



DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori GASPARRI, PAROLI, ROSSO, RONZULLI, CRAXI,
DAMIANI, DE ROSA, FAZZONE, GALLIANI, LOTITO, OCCHIUTO,
SILVESTRO, TERNULLO, TREVISI e ZANETTIN**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 4 FEBBRAIO 2025

Disposizioni in materia di medici di medicina generale

ONOREVOLI SENATORI. – Il Servizio sanitario nazionale si basa su tre principi fondamentali: uguaglianza, equità e universalità e per il raggiungimento di questi obiettivi è richiesto un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema sempre più vicino alla collettività, ideato per e con gli individui. In tale ambito si inserisce l'esigenza di potenziare i servizi assistenziali territoriali per garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA), attraverso la creazione di un modello di erogazione dei servizi omogeneo e condiviso sul territorio nazionale, volto a ridurre le disuguaglianze sul territorio nazionale. L'assistenza primaria costituisce il primo contatto con il Servizio sanitario nazionale e garantisce « l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita ... » (Direzione generale della Commissione salute europea – DG SANCO, nel 2014).

La norma proposta, pertanto, al fine di potenziare l'assistenza territoriale, a garanzia dei LEA e in attuazione della Missione 6, Componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nonché in linea con quanto previsto dal decreto contenente « Modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN » (cosiddetto DM 71), in corso di compiuta definizione, prevede un potenziamento della funzione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (SSN). La riforma si inserisce nel contesto normativo vigente, che affida alla contrattazione di settore (i cosiddetti accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) la disciplina del rapporto di lavoro instaurato tra i medici di medicina generale e le aziende sanitarie per le quali questi ultimi operano. La stessa costituisce, inoltre, uno specifico sviluppo delle disposizioni previste dagli Accordi collettivi nazionali vigenti che prevedono, in particolare, l'adesione obbligatoria dei medici di cui trattasi all'assetto organizzativo definito dalla regione e alle forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali, in cui si realizza l'integrazione con tutti gli altri operatori dell'azienda. Su tale assetto organizzativo sono intervenuti specifici investimenti nell'ambito del PNRR per la realizzazione di sedi e strutture, quali le case della comunità, in cui opereranno anche i medici in rapporto di convenzionamento con il SSN. La norma proposta si pone, dunque, l'obiettivo di definire i principi concernenti le modalità di coinvolgimento dei medici del ruolo unico a ciclo di scelta (MMG) nel complessivo progetto di implementazione dei nuovi modelli di assistenza territoriale secondo il cronoprogramma definito.

Le disposizioni proposte prevedono che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta sono tenuti a garantire 38 ore settimanali complessive a tempo pieno, introducendo un complessivo ripensamento della prestazione di lavoro dei predetti medici con importanti conseguenze in ordine alla struttura stessa della retribuzione. In particolare l'attività, esercitata a tempo pieno (per 38 ore), viene garantita per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta, per massimo 20 ore settimanali e per lo svolgimento di attività orarie per almeno 18 ore settimanali, da dedicare alle attività stabilite

dall'azienda sanitaria, dal distretto e dalla casa della comunità in ossequio alle modalità definite dall'accordo collettivo nazionale per obiettivi di cure primarie e tutela della salute pubblica determinati sulla base del quadro epidemiologico, della stratificazione della popolazione di riferimento, della programmazione regionale e dei piani e le linee di indirizzo nazionali del Ministero della salute.

Tutti i medici di cui trattasi sono tenuti pertanto ad assicurare il monte orario complessivo del tempo pieno. Le due attività di cui alla lettera *a*) ed alla lettera *b*), dunque, saranno complementari fra di loro rispetto alla prestazione oraria complessiva settimanale delle 38 ore.

Il modello delineato di bilanciamento di attività tra scelte ed ore comporta il passaggio da un sistema remunerativo fisso/variabile fondato, per lo più, sulla quota capitaria ad un sistema di retribuzione fissa/variabile basata sulle ore di attività. Tutti i medici percepiranno, dunque, un corrispettivo analogo di retribuzione base ed una parte variabile del compenso che complessivamente dovrà essere pari almeno al 30 per cento. Gli oneri derivanti dalla norma sono pertanto stimabili con riferimento al nuovo criterio remunerativo non più incentrato sulla quota capitaria bensì riferito all'impegno orario del tempo pieno di 38 ore da rendere obbligatoriamente. Il nuovo sistema determina la necessità di garantire la retribuzione base (fissa) a tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che, in forza del previgente meccanismo remunerativo, percepivano trattamenti economici differenziati in base al numero di assistiti.

Di seguito, si illustra nel dettaglio la proposta.

L'articolo 1, al fine di potenziare l'assistenza territoriale, a garanzia dei LEA, prevede che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il SSN, in regime di pa-

rasubordinazione, devono garantire 38 ore settimanali complessive in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) a tempo pieno così articolate: attività a ciclo di scelta per i propri assistiti, con un impegno massimo di 20 ore settimanali (lettera *a*)), ed attività orarie (lettera *b*)), per almeno 18 ore, stabilite dall'azienda sanitaria, dal distretto e dalla casa della comunità in ossequio alle modalità definite dall'ACN per obiettivi di cure primarie e tutela della salute pubblica determinati sulla base del quadro epidemiologico, della stratificazione della popolazione di riferimento, della programmazione regionale e dei piani e le linee di indirizzo nazionali del Ministero della salute. L'articolazione delle ore da dedicare alle attività di cui alla lettera *a*) e alla lettera *b*) è differenziata sulla base del numero di assistiti. Per effetto della riforma i medici in questione sono tenuti, tutti, ad assicurare comunque il monte orario complessivo del tempo pieno, in un *mix* tra attività a ciclo di scelta ed attività oraria. Le due attività di cui alla lettera *a*) ed alla lettera *b*), dunque, saranno complementari fra di loro rispetto alla prestazione oraria complessiva settimanale delle 38 ore. Al comma 3 si prevede che le modalità di organizzazione e l'articolazione oraria delle attività assistenziali devono tener conto delle esigenze epidemiologiche e stagionali della popolazione di riferimento del territorio. Al comma 4, si prevede che le attività orarie prestate presso le strutture dell'azienda sanitaria (distretto o casa della comunità) ad esempio campagne di prevenzione, vaccinazioni, assistenza domiciliare, continuità dell'assistenza, telemedicina, e altro, rappresentino un impegno vincolante per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta. Tali attività sono organizzate dal distretto e dalla casa della comunità raccordandosi con l'AFT di riferimento. Tali attività, a seconda delle loro caratteristi-

che, possono essere svolte presso la casa della comunità, lo studio del medico di medicina generale, la sede della AFT, altri locali individuati dalle autorità sanitarie. Le modalità organizzative, per raggiungere gli obiettivi di salute fissati dall'azienda sanitaria locale, sono definite dall'AFT di riferimento in raccordo con il distretto e la casa della comunità. Il comma 5 prevede che l'accordo collettivo nazionale individui il trattamento economico del medico di medicina generale (attività a ciclo di scelta e attività oraria) e definisca la quota variabile, in misura non inferiore al 30 per cento del compenso complessivo, finalizzato dalle regioni agli obiettivi della programmazione e del PNRR. Il comma 6 prevede, sulla base della programmazione regionale, la possibilità che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, volontariamente ed in presenza di esigenze delle case della comunità o del distretto, esercitino ulteriori sei ore di attività settimanali libero professionali, fermo restando il raggiungimento degli obiettivi nell'ambito dell'attività istituzionale. Il comma 7 prevede la possibilità per le ASL, in coerenza con la programmazione regionale ed a supporto delle iniziative del distretto all'interno delle case di comunità, di assumere medici specialisti in medicina di comunità e cure primarie. Il comma 10, in linea con la nuova rete territoriale disciplinata dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, da realizzare con i fondi del PNRR e del SSN, prevede che gli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, costituiscano le articolazioni (*spoke*) di una rete assistenziale nella quale le case della comunità (*hub*) rappresentano i luoghi fisici dell'integrazione socio-sanitaria e socioassistenziale (lettera a)).

Si prevede inoltre che i medici in parola svolgano le loro attività sulla base del modello organizzativo delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) che possono assumere una delle forme giuridiche previste in materia dalla vigente normativa in materia (lettera b)). Con il comma 9 si prevede, a parità di livelli essenziali di assistenza, il riordino delle prestazioni erogate in regime di continuità assistenziale in modo che vengano assicurate dalle case della comunità, come previsto dal citato regolamento. In mancanza di sottoscrizione del nuovo accordo collettivo nazionale, che disciplinerà il riordino della medicina generale previsto dalla norma, la riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale dovrà essere disciplinata dal decreto del Ministro della salute, previsto al comma 1 dell'articolo 2.

L'articolo 2 reca disposizioni in materia di contrattazione collettiva nazionale. Il comma 1 prevede che l'accordo collettivo nazionale sia adeguato ai contenuti della presente legge entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore dello stesso e che l'accordo medesimo produca effetti dal 1° marzo 2025. In caso di mancata sottoscrizione del nuovo ACN entro il termine previsto, la materia sarà disciplinata da un apposito decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Il comma 2 stabilisce che la contrattazione decentrata non può modificare le disposizioni, previste dai commi 1, 2, 4 e 6 dell'articolo 1, così come disciplinate e rese esecutive dall'accordo collettivo nazionale.

L'articolo 3 reca modifiche al decreto legislativo n. 502 del 1992. In particolare, si apportano modifiche all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo citato, che detta

i criteri per la definizione degli accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati, per adeguarlo ai contenuti della presente legge. La lettera *a)* integra i contenuti delle lettere *b-bis)*, *b-ter)*, *b-sexies)* e *c)* del comma 1 dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, prevedendo che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il SSN, prestino la propria attività anche presso le case della comunità. La lettera *b)* sostituisce la lettera *d)* del medesimo articolo 8, ridefinendo la struttura del compenso spettante al medico e prevedendo una quota per numero di scelte, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione, e una quota per ciascuna ora di attività resa. Inoltre, viene prevista una quota variabile, non inferiore al 30 per cento del compenso complessivo, collegata al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dall'azienda sanitaria e dal distretto, sulla base della programmazione regionale, fermo restando lo svolgimento delle 38 ore settimanali complessive. Alla lettera *c)* si prevede una modifica della lettera *h)* dello stesso articolo 8, comma 1, prevedendo che il cosiddetto rapporto ottimale (assistiti per ciascun medico) sia definito non più dagli accordi integrativi regionali, ma dall'accordo collettivo nazionale.

L'articolo 4 reca modifiche al comma 2 dell'articolo 26 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, ed in particolare sostituisce la lettera *d)* prevedendo che i medici che svolgono il corso di formazione specifica in medicina generale devono svolgere un periodo di formazione, di dodici mesi, da effettuarsi non più solo presso un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, ma anche in strutture residenziali e semiresidenziali, nonché presso le case della comunità. Il comma 2 dell'articolo prevede che, per affrontare l'attuale pro-

blematica della carenza di medici di medicina generale e in attesa di una revisione del sistema di formazione specifica in medicina generale, subordinatamente ai medici in possesso del diploma specifico e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale, si possano assegnare gli incarichi vacanti a laureati in medicina e chirurgia in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale e iscritti al corso di formazione stesso. Si stabilisce, inoltre, che l'attività svolta, sotto la supervisione di un *tutor* di medicina generale e in rapporto funzionale con la casa della comunità di riferimento, dai medici in formazione nell'ambito di tali incarichi è riconosciuta ai fini del conseguimento del diploma. Il recupero delle attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti va, comunque, assicurato dalle regioni, nel rispetto delle disposizioni europee vigenti in materia di formazione specifica in medicina generale. Il trattamento economico previsto dall'accordo collettivo nazionale, da sommarsi alla borsa di studio, va corrisposto ai medici di cui sopra fino alla data di conseguimento del diploma in medicina generale. L'accordo collettivo nazionale medesimo deve disciplinare gli incarichi, cui si applica, comunque, il massimale di 1.000 scelte durante il periodo di frequenza del corso. Al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, infine, è previsto il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.

Con l'articolo successivo si modifica l'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, inserendo nella «Struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale», oltre ai rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento

e di Bolzano, due componenti nominati dal Ministro della salute, quali parti integranti della struttura stessa.

L'articolo 6 reca misure transitorie finalizzate a introdurre, per i medici di medicina generale in servizio all'entrata in vigore della legge ai quali mancano non più di cinque anni per il collocamento a riposo, la possibilità di scegliere se optare per l'accesso anticipato alla pensione o se accettare la permanenza in servizio con le nuove disposizioni introdotte con questa legge.

L'articolo 7 introduce la clausola di invarianza finanziaria. Si prevede, nello specifico, che all'attuazione della norma si provvede nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, ivi comprese le risorse di cui all'articolo 1, comma 274,

della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Si prevede inoltre che le risorse degli Accordi integrativi regionali vigenti alla data di entrata in vigore della norma proposta concorrano a garantire, nell'ambito della contrattazione decentrata, la salvaguardia transitoria dei saldi di spesa derivanti dalle disposizioni introdotte e a garantire i livelli retributivi locali dei medici in servizio alla data di entrata in vigore della legge.

L'ultimo articolo prevede che le disposizioni previste si applichino alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, tenuto conto dell'autonomia organizzativa e delle peculiarità demografiche territoriali.

DISEGNO DI LEGGE

Art 1.

(Disposizioni in materia di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta)

1. Al fine di potenziare l'assistenza territoriale, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, in attuazione della Missione 6, Componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e dei modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, di cui al regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (SSN), in regime di parasubordinazione, garantiscono 38 ore settimanali complessive in aggregazioni funzionali territoriali (AFT), a tempo pieno per:

a) attività a ciclo di scelta e rapporto fiduciario per i propri assistiti, presso gli studi dei medici di medicina generale o di riferimento della AFT;

b) attività orarie, per almeno 18 ore settimanali, definite dalla azienda sanitaria locale competente per territorio, dal distretto sanitario, dalla casa della comunità e svolte con modalità disciplinate dall'accordo collettivo nazionale, per obiettivi di cure primarie e tutela della salute pubblica determinati sulla base del quadro epidemiologico, della stratificazione della popolazione di riferimento, della programmazione regionale e dei piani e delle linee di indirizzo nazionali del Ministero della salute.

2. Le attività di cui al comma 1 comportano un impegno orario così articolato:

a) per medici con un massimale non inferiore a 1.500 assistiti, almeno 20 ore per le attività di cui alla lettera *a)* del comma 1 e 18 ore per le attività di cui alla lettera *b)* del medesimo comma 1;

b) per i medici con un massimale di assistiti non inferiore a 500 e non superiore a 1.500, almeno 15 ore per le attività di cui alla lettera *a)* del comma 1 e le rimanenti ore a completamento dell'orario di 38 ore complessive per le attività di cui alla lettera *b)* del medesimo comma 1;

c) per i medici con un numero di assistiti non superiore a 500, almeno 10 ore per le attività di cui alla lettera *a)* del comma 1 e le rimanenti ore a completamento dell'orario di 38 ore complessive per le attività di cui alla lettera *b)* del medesimo comma 1.

3. Le modalità di organizzazione e l'articolazione oraria delle attività assistenziali di cui ai commi 1 e 2 tengono conto delle esigenze epidemiologiche e stagionali della popolazione di riferimento del territorio.

4. Le attività di cui al comma 1, lettera *b)*, quali progetti di salute, percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), piano assistenziale individualizzato (PAI), campagne di prevenzione, vaccinazioni, assistenza domiciliare, continuità dell'assistenza, telemedicina, attività di studio e ricerca, al fine di promuovere la medicina d'iniziativa, rappresentano un impegno vincolante per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta. Tali attività, a seconda delle loro caratteristiche, possono essere svolte presso la casa della comunità, lo studio del medico di medicina generale, la sede della AFT e altri locali individuati dalle autorità sanitarie. Le modalità organizzative, per raggiungere gli obiettivi di salute fissati dall'azienda sanitaria locale, sono definite dall'AFT di riferimento in raccordo con il distretto sanitario e la casa della comunità.

5. L'accordo collettivo nazionale individua il trattamento economico delle attività di cui al comma 1, lettere *a)* e *b)*, e definisce la quota variabile, non inferiore al 30 per cento del compenso complessivo, che le regioni finalizzano agli obiettivi della programmazione e del PNRR.

6. I medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, in presenza di esigenze delle case della comunità o del distretto sanitario, su base volontaria, possono esercitare ulteriori 6 ore di attività settimanali libero professionali, fermo restando il raggiungimento degli obiettivi da conseguire nell'ambito dell'attività istituzionale. Tale integrazione oraria è regolamentata sulla base della programmazione regionale.

7. Le aziende sanitarie locali, coerentemente con la programmazione regionale, per supportare le iniziative del distretto all'interno della casa della comunità, possono assumere medici specialisti in medicina di comunità e cure primarie.

8. Ai fini dell'implementazione della nuova rete territoriale da realizzare con i fondi del PNRR e del SSN:

a) gli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta costituiscono le articolazioni di una rete nella quale le case della comunità rappresentano i luoghi fisici dell'integrazione socio-sanitaria e socioassistenziale, ai sensi del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;

b) i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta svolgono le loro attività sulla base di un modello organizzativo che ha come *standard* di riferimento le AFT. Le ATF possono assumere una delle forme giuridiche previste in materia dalla vigente legislazione per l'esercizio di attività professionali.

9. Le prestazioni erogate in regime di continuità assistenziale sono oggetto di ri-

ordine in modo da essere assicurate, a parità di livelli essenziali di assistenza, dalle case della comunità nell'ambito del nuovo modello di assistenza territoriale. La riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale è disciplinata dall'accordo collettivo nazionale o, in mancanza di sottoscrizione, dal decreto di cui al comma 1 dell'articolo 2 e non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 2.

*(Disposizioni in materia di
contrattazione collettiva nazionale)*

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le parti procedono all'adeguamento dell'accordo collettivo nazionale nel rispetto delle disposizioni di cui alla presente legge. Il nuovo accordo produce effetti a decorrere dal 1° marzo 2025. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo entro il termine di cui al primo periodo, il Ministro della salute adotta, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, un decreto per l'attuazione, in via transitoria, dei principi previsti dalla presente legge. Il decreto cessa di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore dell'accordo collettivo nazionale.

2. Le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 4 e 6 dell'articolo 1, così come disciplinate e rese esecutive dall'accordo collettivo nazionale, sono disposizioni vincolanti e non modificabili dalla contrattazione decentrata.

Art. 3.

(Modifiche al decreto legislativo
30 dicembre 1992, n. 502)

1. All'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) alla lettera *b-bis*), dopo le parole: « nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire » sono inserite le seguenti: « , sia presso gli studi medici che presso le case della comunità, »;

b) alla lettera *b-ter*), dopo le parole: « del distretto sanitario » sono inserite le seguenti: « e delle case della comunità »;

c) alla lettera *b-sexies*), dopo le parole: « di attività del distretto » sono inserite le seguenti: « e delle case della comunità »;

d) alla lettera *c*), le parole: « e al domicilio del paziente » sono sostituite dalle seguenti: « , al domicilio del paziente e nelle case della comunità »;

e) la lettera *d*) è sostituita dalla seguente:

« *d*) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota per numero di scelte, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione, e una quota per ciascuna ora di attività resa. La quota variabile, non inferiore al 30 per cento del compenso complessivo, è collegata al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dall'azienda sanitaria e dal distretto, sulla base della programmazione regionale e comunque fermo restando lo svolgimento delle 38 ore settimanali complessive »;

f) alla lettera *h*), le parole: « nell'ambito degli accordi regionali, » sono sostituite dalle seguenti: « nell'ambito dell'accordo collettivo nazionale, ».

Art. 4.

(Disposizioni in materia di assegnazione di incarichi a laureati in medicina generale)

1. All'articolo 26, comma 2, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, la lettera *d)* è sostituita dalla seguente:

« *d)* un periodo di formazione in medicina generale, di dodici mesi, effettuato presso uno studio di un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, comprendente attività medica guidata ambulatoriale, domiciliare, nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nonché presso le case della comunità ».

2. Al fine di far fronte alla contingente carenza dei medici di medicina generale, nelle more di una revisione complessiva del relativo sistema di formazione specifica, ai laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, sono assegnati gli incarichi convenzionali relativi agli ambiti territoriali vacanti, in via subordinata rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale in forza di altra disposizione. L'attività svolta dai medici in formazione nell'ambito degli incarichi di cui al presente comma è riconosciuta ai fini del conseguimento del diploma ed è svolta con la supervisione di un *tutor* di medicina generale, in rapporto funzionale con la casa della comunità di riferimento. Le regioni, nel rispetto della normativa europea vigente in materia di formazione specifica in medicina generale, assicurano il recupero delle attività formative necessarie al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla normativa vigente. Ai predetti medici, fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, è corrisposto, oltre alla borsa di studio, il trat-

tamento economico previsto dall'accordo collettivo nazionale di cui all'articolo 2. Con il medesimo accordo collettivo nazionale è definita la disciplina degli incarichi di cui al presente comma, fermo restando che agli stessi si applica il massimale di 1.000 scelte durante il periodo di frequenza del corso e che l'incarico a tempo indeterminato è conferito al conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale.

Art. 5.

*(Modifiche all'articolo 4 della legge
30 dicembre 1991, n. 412)*

1. All'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al secondo periodo, dopo le parole: « di Trento e di Bolzano » sono aggiunte le seguenti: « nonché da due componenti nominati dal Ministro della salute »;

b) al terzo periodo, le parole: « Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute » sono sostituite dalle seguenti: « Ministeri dell'economia e delle finanze e del lavoro e delle politiche sociali ».

Art. 6.

(Norme transitorie)

1. In sede di prima applicazione, ai medici di medicina generale in servizio che maturano i requisiti per il collocamento a riposo entro cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge è consentito, a domanda, un anticipo di età, rispetto al requisito anagrafico di accesso alla pensione di vecchiaia e alla pensione anticipata o possono optare per la permanenza in servizio all'interno del Servizio sanitario nazionale ai

sensi di quanto disposto dalla presente legge.

Art. 7.

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. All'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, ivi comprese le risorse di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Le risorse degli Accordi integrativi regionali vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge concorrono a garantire, nell'ambito della contrattazione decentrata, la salvaguardia transitoria dei saldi di spesa derivanti dal presente comma e i livelli retributivi locali dei medici in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 8.

*(Clausola di salvaguardia
per le autonomie speciali)*

1. Le presenti disposizioni si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, tenuto conto dell'autonomia organizzativa e delle peculiarità demografiche territoriali.

€ 1,00