

## **“RIORDINO DELLE CURE PRIMARIE”**

*(Modifiche dell'articolo 8 comma 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni)*

### **Articolo 8 - Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali**

L'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito come di seguito:

1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, **nel cui ambito** sono compresi anche veterinari ed altre professionalità sanitarie, è disciplinato dagli accordi collettivi nazionali **di durata triennale** stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa, e **sulla diffusione a livello nazionale** (in attesa di nota tecnica dalla SISAC). Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:
  - a) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano inseriti nell'ambito dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, **fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni in materia di Lea aggiuntivi e con la relativa copertura economica a carico del bilancio regionale;**
  - b) prevedere che la scelta del medico sia liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico modulabile a livello regionale secondo criteri individuati negli accordi collettivi nazionali, abbia validità annuale e sia tacitamente rinnovata;
  - c) **prevedere l'assegnazione obbligatoria dei medici convenzionati a forme organizzative monoprofessionali (aggregazioni funzionali territoriali) che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, e a forme organizzative multiprofessionali (unità complesse di cure primarie) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale, secondo modelli individuati dalle singole regioni;**
  - d) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nonché la riacquiescenza della scelta da parte del medico qualora ricorrano accertati motivi di incompatibilità;
  - e) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che il medico sia tenuto a comunicare all'azienda sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero professionale, al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione, comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

- f) definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa e una quota variabile per ciascun assistito o per ciascuna ora prestata, definite sulla base della complessità della casistica degli assistiti, come corrispettivi delle funzioni e attività assistenziali, nonché di eventuali funzioni complementari a quelle assistenziali;
- g) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le Regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi sulla base di accordi regionali e/o aziendali, fornendoli in forma diretta oppure tramite l'erogazione delle risorse finanziarie necessarie alla acquisizione degli stessi beni e servizi;
- h) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le Aziende sanitarie possano adottare forme di finanziamento a budget fermo restando quanto previsto alla lettera f);
- i) prevedere la definizione dei compiti, delle funzioni e dei criteri di selezione, del referente/coordinatore delle forme aggregative e organizzative previste al punto c);
- j) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi derivanti dalle specificità contenute nelle rispettive convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale in tutte le loro funzioni, dei pediatri di libera scelta, e della specialistica ambulatoriale;
- k) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;
- l) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle forme aggregative di cui alla lett. c) e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lett. h);
- m) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;
- n) prevedere che l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, o titolo equipollente, prevedendo, altresì che ai medici forniti dell'attestato o del diploma, al fine di riservare loro una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti, venga attribuito un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato.
- o) prevedere che l'accesso alle funzioni di Pediatria di libera scelta del SSN avvenga attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali;

- p) regolare la partecipazione dei medici convenzionati a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;
- q) prevedere la regolamentazione dell'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione **nonché al Sistema Informativo Nazionale compresi gli aspetti relativi al sistema della Tessera Sanitaria secondo quanto stabilito dall'art. 50 del Decreto Legge 30 settembre 2003 n. 269, convertito, con modificazioni, dall'art. 1, nella legge 24 novembre 2003, n. 326 e successive modificazioni;**
- r) **prevedere i limiti e gli ambiti di competenza dei vari livelli di contrattazione;**
- s) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici convenzionati nella organizzazione distrettuale, le aziende sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione;
- t) prevedere l'adeguamento dei disposti convenzionali **con riferimento alle peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori.**