

“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, veterinari ed altre professionalità sanitarie è disciplinato dagli accordi collettivi nazionali, 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. detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

- a) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale e dagli accordi integrativi regionali rientrino nell'ambito dei livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- 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, abbia validità annuale e sia tacitamente rinnovata;
- c) prevedere l'assegnazione obbligatoria dei medici convenzionati a forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali) che condividono obiettivi, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, Linee Guida, audit, etc. e multi professionali (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 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 per ciascun assistito o per ciascuna ora prestata, definita sulla base di variabili legate alla complessità della casistica degli assistiti, come corrispettivi delle funzioni e attività assistenziali nonché sulla base di eventuali funzioni complementari a quelle assistenziali.

- g) le Aziende sanitarie possono provvedere alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative multi professionali (UCCP) fornendoli in forma diretta oppure tramite l'erogazione delle risorse finanziarie necessarie alla acquisizione degli stessi beni e servizi. In tale caso i medici garantiscono un impegno orario di almeno 38 ore settimanali;
- 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 del profilo professionale del referente/coordinatore delle forme organizzative ;
- l) 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 individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della continuità assistenziale, della medicina dei servizi e della specialistica ambulatoriale, attraverso le forme organizzative multiprofessionali di cui alla lett. c);
- m) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando alle Regioni la definizione di indicatori e standard per le forme associative multiprofessionali di cui alla lett.c);
- n) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati sia dei medici singoli che delle forme organizzative, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;
- o) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;
- p) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti 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 la graduatoria annuale evidenzii i medici forniti dell'attestato o del diploma, al fine di riservare loro una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti ferma restando l'attribuzione agli stessi di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato;
- q) prevedere che l'accesso al rapporto convenzionale per lo svolgimento delle attività di assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi e di emergenza territoriale avvenga attraverso una graduatoria unica generale per titoli, predisposta annualmente a livello regionale;
- r) 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;

- s) l'adempimento del debito informativo, l'adesione all'assetto organizzativo ed al sistema informativo definiti da ciascuna regione costituiscono requisito essenziale e indispensabile per l'acquisizione ed il mantenimento della convenzione;
- t) prevedere la possibilità, per le Aziende Sanitarie, di stabilire specifici accordi con i medici operanti nelle forme organizzative multiprofessionali, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito regionale, anche per l'erogazione di specifiche attività assistenziali con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica;
- u) 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;
- v) le regioni hanno la possibilità di prevedere l'inquadramento dei medici convenzionati nel ruolo della dirigenza medica, con procedure e modalità analoghe a quelle già previste dal d.lgs. n.502/92 e s.m.i. per il passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale, continuità assistenziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale, e di assegnarli a forme associative multi-professionali (all'interno di specifiche progettualità innovative per l'erogazione delle cure primarie gestite direttamente dall'Azienda Sanitaria o da altri organismi identificati dalle regioni).