



Disposizioni concernenti l'attività, lo stato giuridico e il trattamento dei medici di medicina generale

A.C. 2218

Dossier n° 570 - Schede di lettura
23 febbraio 2026

Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	2218
Titolo:	Disposizioni concernenti l'attività, lo stato giuridico e il trattamento dei medici di medicina generale
Iniziativa:	Parlamentare
Primo firmatario:	Benigni
Iter al Senato:	No
Numero di articoli:	8
Date:	
presentazione:	29 gennaio 2025
assegnazione:	19 febbraio 2025
Commissione competente :	XII Affari sociali
Sede:	referente
Pareri previsti:	I Affari Costituzionali, V Bilancio e Tesoro, VII Cultura, XI Lavoro (ex articolo 73, comma 1-bis, del regolamento, relativamente alle disposizioni in materia previdenziale), XIV Politiche UE e della Commissione parlamentare per le questioni regionali

Contenuto

La **presente proposta di legge (A.C. n. 2218)** interviene a riformare l'attività, lo stato giuridico e il trattamento dei **medici di medicina generale**, con il particolare intento di definire i principi concernenti le modalità di coinvolgimento dei medici del ruolo unico a ciclo di scelta nel complessivo progetto di attuazione dei nuovi modelli di assistenza territoriale previsti dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, adottato nell'ambito della Missione 6, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

A tale proposito si può ricordare che nell'ambito della Missione 6, Componente 1, del PNRR, è previsto l'investimento 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona", il quale pone l'obiettivo di attivare, entro il secondo trimestre del 2026, almeno 1.038 Case della Comunità, dotate di attrezzature tecnologiche, che garantiscano parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone, indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico. Si specifica che almeno il 50 per cento del sostegno del Dispositivo di ripresa e resilienza (RRF) per i costi di investimento deve essere destinato alla costruzione di nuovi edifici (campo d'intervento 025 ter), conformemente ai requisiti di cui all'allegato VI, nota 5, [regolamento \(UE\) 2021/241](#), o all'efficientamento energetico di edifici (campo d'intervento 026), secondo quanto certificato dal perito indipendente. Per tale investimento sono stati stanziati 2 miliardi di euro di prestiti.

A tal fine, si è avviata la riforma dell'assistenza territoriale, attuata con il decreto Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022 ("Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"), con i seguenti obiettivi:

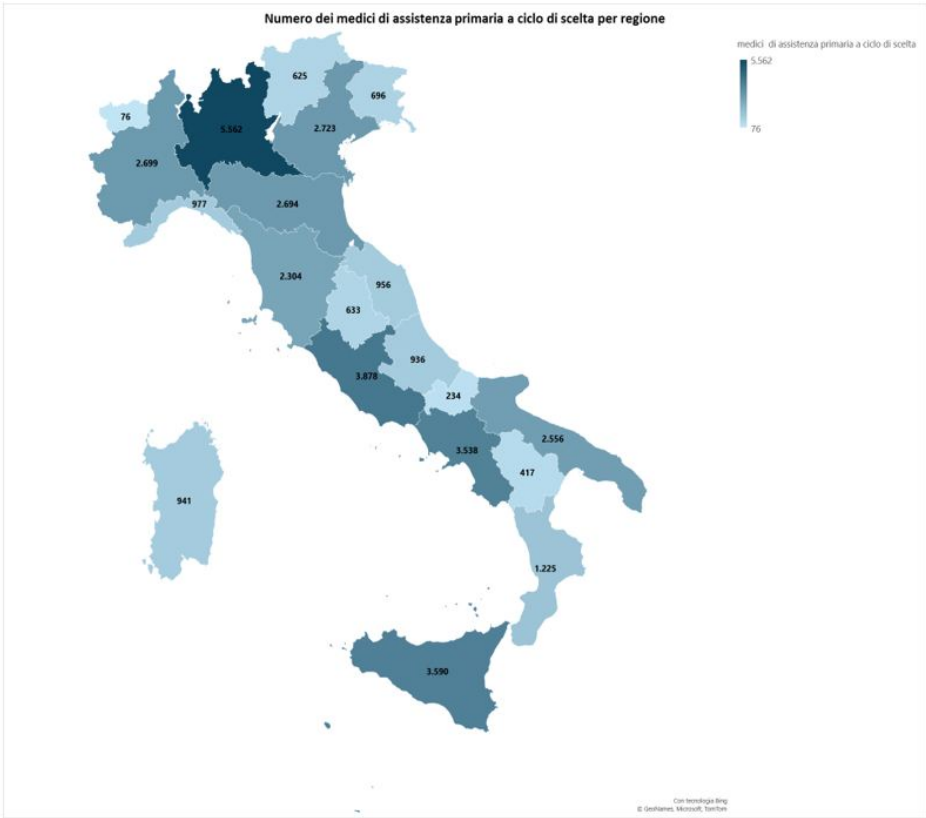
- definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza territoriale, definendo standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale per le strutture territoriali previste dal PNRR (Case della comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali della Comunità);
- facilitare l'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche;
- favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario;
- disegnare un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico.

Secondo i dati SISAC aggiornati al 1° gennaio 2024, i medici di assistenza primaria a ciclo di scelta, che operano su tutto il territorio nazionale, sono 37.260. Di seguito, si dà conto della loro distribuzione sul

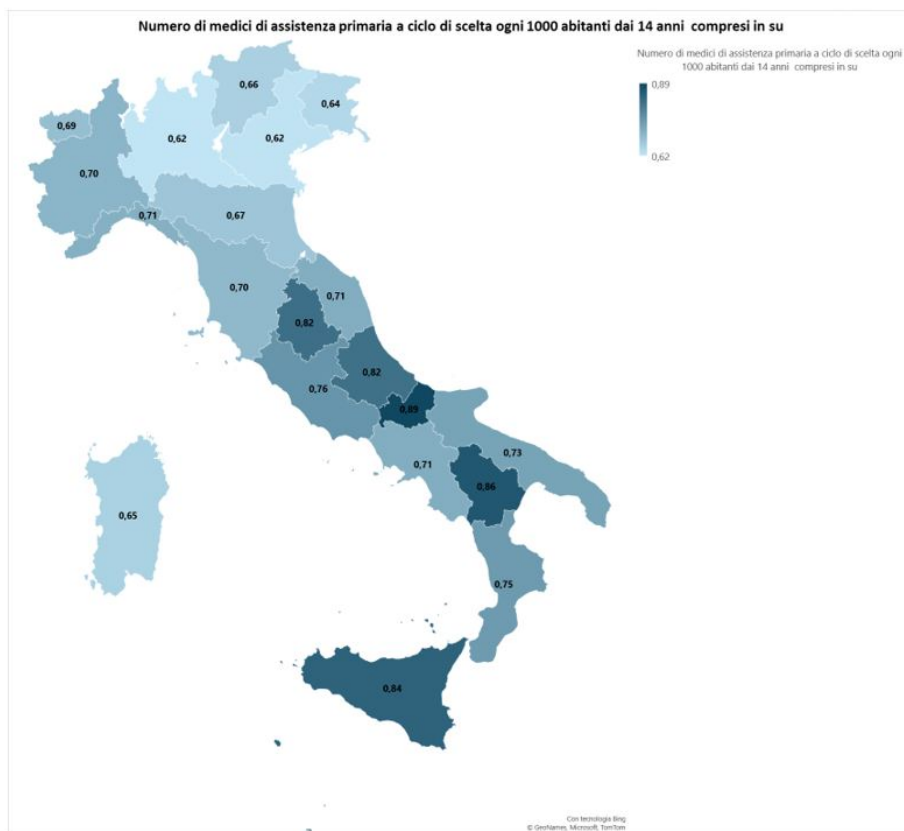
territorio e del numero di tali medici ogni 1000 abitanti per singola regione:

Regioni	medici di assistenza primaria a ciclo di scelta	Totali abitanti dai 14 anni compresi in su ²	Numero di medici di assistenza primaria a ciclo di scelta ogni 1000 abitanti dai 14 anni compresi in su
Abruzzo	936	1.143.862	0,82
Basilicata	417	483.114	0,86
Calabria	1.225	1.639.796	0,75
Campania	3.538	4.949.051	0,71
Emilia-Romagna	2.694	3.996.071	0,67
Friuli-Venezia Giulia	696	1.082.244	0,64
Lazio	3.878	5.122.469	0,76
Liguria	977	1.375.511	0,71
Lombardia	5.562	8.950.808	0,62
Marche	956	1.337.940	0,71
Molise	234	263.137	0,89
Piemonte	2.699	3.839.986	0,70
Puglia	2.556	3.492.406	0,73
Sardegna	941	1.437.742	0,65
Sicilia	3.590	4.260.916	0,84
Toscana	2.304	3.310.743	0,70
Trentino-Alto Adige	625	951.451	0,66
Umbria	633	771.378	0,82
Valle d'Aosta	76	110.672	0,69
Veneto	2.723	4.357.137	0,62
Totale	37.260	52.876.434	

*Elaborazione Servizio studi Camera dei deputati su dati SISAC e sui dati ISTAT: i dati sono aggiornati al 1° gennaio 2024.



*Elaborazione Servizio studi Camera dei deputati su dati SISAC e ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2024.



*Elaborazione Servizio studi Camera dei deputati su dati SISAC e ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2024.

La proposta di legge si compone di **8 articoli**.

L'**articolo 1**, composto da nove commi, stabilisce il **numero di ore settimanali complessive** che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, convenzionati con il SSN, sono chiamati a svolgere, nonché le relative modalità di organizzazione.

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

a) attività a ciclo di scelta e rapporto fiduciario in favore dei propri assistiti, presso i propri studi o quelli di riferimento della AFT;

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

Si ricorda che con il [decreto legge n. 158 del 13 settembre 2012](#), conv. con modif. dalla Legge n. 189/2012 si è proceduto, tra l'altro, al riordino dell'assistenza territoriale. In particolare l'articolo 1 del decreto-legge citato ha provveduto alla riorganizzazione citata, apportando alcune modifiche all'articolo 8, comma 1, del [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) (*Riordino della disciplina in materia sanitaria*), innovando la disciplina del rapporto tra il Servizio sanitario nazionale e i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, definita dagli accordi collettivi nazionali di durata triennale, sulla scorta di quanto, in parte, già delineato dagli Accordi medesimi. In particolare, la predetta disposizione ha istituito il ruolo unico per i medici di medicina generale.

Successivamente, l'articolo 31 dell'[ACN 2016-2018 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale](#) ha previsto che, dall'entrata in vigore del medesimo ACN, i medici di medicina generale già titolari di incarico di assistenza primaria e di continuità assistenziale assumano la denominazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria. Tali medici svolgono attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, nell'ambito delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e delle UCCP (forme organizzative multiprofessionali). Pertanto, attualmente sono ricompresi nella categoria dei medici di medicina generale quelli a ruolo unico a ciclo di scelta, ruolo unico ad attività oraria, i medici della medicina dei servizi, dell'emergenza sanitaria territoriale e dell'assistenza negli istituti penitenziari e della pediatria di libera scelta (che è composta di un settore unico).

In particolare, occorre precisare che con tali modifiche è stata prevista la facoltà per i medici di assistenza primaria a ciclo di scelta di svolgere incarichi anche come medici di assistenza primaria ad attività oraria: in questa categoria rientrano i medici che operano nelle sedi di continuità assistenziale (oggi in corso di trasferimento nelle case della comunità).

Secondo il disposto del **comma 2**, le attività di cui al comma 1 comportano il seguente impegno orario:

a) per medici con un massimale di assistiti non inferiore a 1.500, almeno 20 ore per le attività a ciclo di scelta (di cui alla lettera a) del comma 1), e almeno 18 ore per le attività di assistenza primaria ad attività oraria (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 a ciclo di scelta (di cui alla lettera a) del comma 1), e le rimanenti ore a completamento delle 38 ore settimanali complessive per le attività di assistenza primaria ad attività oraria (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 a ciclo di scelta (di cui alla lettera a) del comma 1), e le rimanenti ore a completamento delle 38 ore settimanali complessive per le attività di assistenza primaria ad attività oraria (di cui alla lettera b) del medesimo comma 1);

La disposizione in commento prevede pertanto che i medici siano tenuti ad assicurare il monte orario complessivo pari a 38 ore settimanali suddivise, in base al numero degli assistiti, tra l'attività a ciclo di scelta e l'attività oraria, da svolgere nelle nuove strutture di assistenza territoriale, tra cui le case della comunità.

Come già ricordato, nell'ambito della Componente 1 della Missione 6 del PNRR, è stato adottato un nuovo modello di assistenza territoriale con il D.M. n. 77 del 2022 (Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale), fondato sui diversi obiettivi.

Innanzitutto, si è inteso predisporre un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza territoriale, attraverso la definizione di *standard* strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale per le strutture territoriali previste dal PNRR (Case della comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali della Comunità).

Si intende, inoltre, facilitare l'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche e, al contempo, favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario. Infine, è prevista la necessità di disegnare un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico.

Il **comma 3** prevede di tenere conto delle esigenze epidemiologiche e stagionali della popolazione di riferimento del territorio nelle modalità di organizzazione e nell'articolazione oraria delle attività assistenziali di cui ai commi 1 e 2.

Al **comma 4** è stabilita la vincolatività per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta dello svolgimento delle attività orarie di cui al comma 1, lettera b), quali progetti di salute, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, piano assistenziale individualizzato, campagne di prevenzione, vaccinazioni, assistenza domiciliare, continuità dell'assistenza, telemedicina, attività di studio e ricerca, al fine di promuovere la medicina d'iniziativa. Si precisa altresì che, a seconda delle loro caratteristiche, possono essere svolte presso la casa della comunità, lo studio del medico di medicina generale, la sede dell'AFT nonché presso altri locali individuati dalle autorità sanitarie, secondo le modalità organizzative, definite dall'AFT di riferimento in raccordo con il distretto sanitario e la casa della comunità, per raggiungere gli obiettivi di salute fissati dall'azienda sanitaria locale.

Il **comma 5** demanda all'Accordo collettivo nazionale (ACN) il compito di individuare il trattamento economico da corrispondere per lo svolgimento delle attività a ciclo di scelta e ad attività oraria, 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 al perseguimento degli obiettivi della programmazione e del PNRR.

Si ricorda che attualmente, in base al testo vigente dell'articolo 8, comma 1, lett. d), del [D.lgs. n. 502 del 1992](#), il compenso del medico è così strutturato:

- una quota fissa per ogni soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in relazione alle funzioni definite in convenzione;
- una quota variabile collegata al raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati;
- una quota variabile collegata ai compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali.

Come meglio specificato dall'articolo 47 dell'ACN concernente la disciplina dei rapporti di lavoro dei medici di medicina generale, sottoscritto nel 2025 e relativo al triennio 2022-2024, il trattamento economico del medico del ruolo unico di assistenza primaria, innanzitutto, include il compenso per l'attività a ciclo di scelta e quello ad attività oraria (se svolta).

In particolare, la retribuzione per l'attività a ciclo di scelta, al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, si articola in:

- A. quota capitaria per assistito, definita e negoziata a livello nazionale;
- B. quota variabile, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale, finalizzata all'effettuazione di specifici programmi di attività per la promozione del governo clinico, allo sviluppo della medicina d'iniziativa ed alla presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica;
- C. quota per servizi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;
- D. quota del fondo aziendale dei fattori produttivi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;
- E. quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale.

Le risorse contrattuali relative alle quote B, C e D potranno rappresentare fino al 30% del totale e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote possono essere ulteriormente integrate con gli incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale-territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali di assistenza primaria. Per maggior dettagli su come viene determinata ogni singola quota si rinvia al medesimo articolo 47 dell'ACN.

Con la disposizione in commento si prevede di mantenere il sistema retributivo basato su una componente fissa e una variabile; tuttavia, viene superato il meccanismo di calcolo basato sulla quota capitaria, prevedendo invece un trattamento economico di base parametrato alle ore di attività svolte.

Secondo il disposto del **comma 6**, i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, in presenza di esigenze della casa 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. L'integrazione oraria di cui al presente comma è disciplinata sulla base della programmazione regionale.

Il **comma 7** stabilisce che le aziende sanitarie locali (ASL), coerentemente con la programmazione regionale, per sostenere le iniziative del distretto sanitario all'interno della casa della comunità, possono assumere medici specialisti in medicina di comunità e cure primarie.

Il **comma 8** precisa che, ai fini dell'attuazione della nuova rete territoriale da realizzare con le risorse 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 socio-assistenziale ai sensi del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022;

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

Il **comma 9** specifica che le prestazioni erogate in regime di continuità assistenziale sono oggetto di riordino al fine di 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 terzo periodo del comma 1 dell'articolo 2 e non deve comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

L'**articolo 2**, composto da due commi, detta disposizioni in materia di **contrattazione collettiva nazionale**.

In particolare, il **comma 1** stabilisce che entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le parti procedono all'adeguamento dell'accordo collettivo nazionale applicabile alle attività di cui all'articolo 1, ai fini dell'attuazione delle disposizioni della presente legge. Tale adeguamento produce effetti a decorrere dal 1° marzo 2025. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo di adeguamento entro il termine di cui al primo periodo, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, con proprio decreto, provvede all'attuazione, in via transitoria, delle disposizioni della presente legge; il decreto cessa di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore dell'accordo di adeguamento.

Il **comma 2** esclude la possibilità di modificare da parte della contrattazione decentrata le disposizioni dell'articolo 1, commi 1, 2, 4 e 6, come attuate ai sensi del comma 1 del presente articolo.

L'**articolo 3**, composto da un unico comma, modifica l'articolo 8, comma 1, del [D.Lgs. n. 502 del 1992](#) (*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*) che individua i **criteri per la definizione degli accordi collettivi nazionali (ACN) dei medici convenzionati** (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta).

In particolare, **lettere a), b), c) e d)** novellano, rispettivamente, le lettere *b-bis*), *b-ter*), *b-sexies*) e *c*) del citato articolo 8, comma 1, del D.Lgs. n. 502 del 1992. Come riportato dalla relazione illustrativa, tali modifiche sono volte a prevedere che i **medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta**, convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, svolgano la loro attività anche presso le **case della comunità**.

Si ricorda, inoltre, che lettere *b-bis*), *b-ter*) e *b-sexies*) dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. n. 502 del 1992, introdotte dall'articolo 1, comma 4, del [D.L. n. 158 del 2012](#) (*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*), prevedono i seguenti principi di cui devono tener conto gli ACN dei medici convenzionati:

- la garanzia, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, **dell'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana**, nonché di un'**offerta integrata delle prestazioni** dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli

- specialisti ambulatoriali mediante l'adozione di **forme organizzative monoprofessionali e multi professionali** (lett. *b-bis*));
- la facoltà per le **aziende sanitarie di adottare, anche tramite il distretto sanitario, forme di finanziamento a budget per le forme organizzative multi professionali** (lett. *b-ter*));
 - la previsione delle **modalità attraverso cui le aziende sanitarie locali, coerentemente con gli indirizzi regionali e nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle nuove forme aggregative** (lett. *b-sexies*)).

La lettera c) prevede criteri relativi alla **disciplina degli ambiti e delle modalità di esercizio della libera professione**, stabilendo che il tempo dedicato alle attività in libera professione non deve compromettere il corretto svolgimento degli obblighi del medico.

Si ricorda, infine, che il 9 settembre 2025 la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha approvato [Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle case della comunità](#).

In merito all'**investimento 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona"**, nell'ambito della Missione 6, Componente 1, si veda *supra*.

La **lettera e)** sostituisce la lettera d) dell'articolo 8, comma 1, del citato D.Lgs. n. 502 del 1992, prevedendo una nuova definizione dei criteri per il compenso del medico. In particolare, viene stabilito che tale compenso è composto da:

- una **quota per numero di scelte**, corrisposta su base annuale in relazione alle funzioni stabilite in convenzione;
- una **quota per ciascuna ora di attività svolta**;
- una **quota variabile** legata al conseguimento degli obiettivi definiti dall'azienda sanitaria locale e dal distretto sanitario, in base alla programmazione regionale fermo restando lo svolgimento di attività per un numero complessivo di 38 ore settimanali; tale quota non deve essere inferiore al **30 per cento del compenso complessivo**.

Come già precisato, in base al testo vigente del predetto articolo 8, il compenso del medico è così strutturato:

- una quota fissa per ogni soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in relazione alle funzioni definite in convenzione;
- una quota variabile collegata al raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati;
- una quota variabile collegata ai compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali.

Alteriori specificazioni sono previste nell'Accordo collettivo nazionale e nei contratti integrativi regionali (v. *supra*).

Tale modifica è collegata alla nuova disciplina relativa alle prestazioni di lavoro dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta prevista dalla proposta di legge in esame (v. *supra*).

La **lettera f)**, infine, modifica la lettera e) dell'articolo 8, comma 1, del citato D.lgs. n. 502 del 1992, prevedendo che il **rapporto ottimale** (rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio ed abitanti residenti) sia **definito direttamente dall'accordo collettivo nazionale** e non più, come disposto dal testo vigente, nell'ambito degli accordi regionali.

Si ricorda che la lettera h) dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. n. 502 del 1992 prevede che l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del SSN si attua mediante una graduatoria unica per titoli, elaborata annualmente a livello regionale e in base al citato rapporto ottimale.

Si ricorda, inoltre, che in base all'articolo 32 dell'[ACN 2022-2024 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale](#), in caso di assenza degli Accordi Integrativi Regionali, il rapporto ottimale viene definito applicando il parametro di un medico ogni 1.200 residenti o frazione di 1.200 superiore al 50%, calcolato secondo quanto previsto dall'Allegato 7 del citato ACN, con un correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5.000 residenti.

L'**articolo 4**, composto da due commi, reca disposizioni relative al **corso di formazione specifica in medicina generale** e all'assegnazione di incarichi ai laureati in medicina e chirurgia iscritti a tale corso.

In particolare, il **comma 1** sostituisce la lettera d) dell'articolo 26, comma 2, del [D.Lgs. n. 368 del 1999](#) (*Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE*), stabilendo che il corso di formazione specifica in medicina generale deve prevedere un periodo di formazione in medicina generale, della durata di dodici mesi, da svolgere presso un medico di medicina generale convenzionato con il SSN, che include **attività medica guidata ambulatoriale, domiciliare, nelle strutture residenziali e semiresidenziali e presso le case della comunità**.

Si ricorda che, nel testo vigente, l'articolo 26, comma 2, lettera d) del citato D.Lgs. n. 368 del 1999 prevede, nell'ambito del corso di formazione specifica in medicina generale, un periodo di formazione di dodici mesi effettuato presso un ambulatorio di un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, che include attività medica guidata ambulatoriale e domiciliare; inoltre, dispone che, in caso di indisponibilità di un numero adeguato di medici convenzionati per lo svolgimento di tali attività, il suddetto periodo di formazione può essere effettuato, in parte, anche in strutture ospedaliere, pubbliche o equiparate, nonché in centri di cure primarie quali *day-hospital* e ambulatori delle aziende unità sanitarie locali.

Si ricorda, inoltre, che l'art. 26 del citato D.Lgs. n. 368 del 1999 prevede che il corso di formazione specifica in medicina generale sia articolato in attività didattiche pratiche e attività didattiche teoriche da svolgersi in un ambiente ospedaliero individuato dalla regione o provincia autonoma territorialmente competente. La formazione prevede un totale di almeno 4800 ore, di cui 2/3 rivolti all'attività formativa di natura pratica. Gli obiettivi didattici, le metodologie di insegnamento-apprendimento ed i programmi delle attività teoriche e pratiche e l'articolazione della formazione vengono definiti con decreto del Ministro della salute, sentito il Consiglio superiore di sanità, la Conferenza per i rapporti permanenti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Si ricorda, infine, che con il [decreto del Ministro della salute 13 gennaio 2026](#) sono stati prorogati i termini per lo scorrimento delle graduatorie degli idonei al corso di formazione specifica in medicina generale del triennio 2025-2028.

Il **comma 2** prevede, al fine di **far fronte alla carenza** di medici di medicina generale, l'**assegnazione di incarichi convenzionali vacanti** a laureati in medicina e chirurgia, in possesso dell'abilitazione professionale e iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale. Tale assegnazione avviene, in ogni caso, **in via subordinata** rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri aventi diritto all'inserimento nella graduatoria regionale. Inoltre, stabilisce che tale attività, svolta dai medici assegnati ai posti vacanti sotto la **supervisione di un tutor** di medicina generale, sia **riconosciuta ai fini del conseguimento del diploma**. In aggiunta, il comma prevede che il **recupero delle attività formative** necessarie al raggiungimento degli obiettivi previsti dall'ordinamento vigente sia assicurato dalle **regioni**. Ai medici assegnati ai posti vacanti è, poi, corrisposto il **trattamento economico** previsto **dall'accordo collettivo nazionale** di cui **all'articolo 2** (cfr. *supra*) fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica, in aggiunta alla borsa di studio da loro percepita. Il **medesimo accordo collettivo nazionale** di cui all'articolo 2 (cfr. *supra*), inoltre, disciplina gli incarichi in esame comunque prevedendo il **massimale di 1.000 assistiti** durante il periodo di frequenza del corso. Infine, il comma stabilisce che, **al conseguimento del diploma** di formazione specifica in medicina generale, **l'incarico** è conferito **a tempo indeterminato**.

Si ricorda che, per sopperire alla contingente carenza di medici di medicina generale, il Decreto semplificazioni (art. 9 D 135/2018, conv. con L. n. 12/2019) ha previsto che, fino al 31 dicembre 2021 (termine poi prorogato al 31 dicembre 2022 ai sensi della Legge di bilancio 2021, comma 426), anche i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale e gli iscritti al corso di formazione specifica in Medicina generale possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, la cui disciplina si rimette all'accordo collettivo nazionale nell'ambito dei rapporti con i medici di medicina generale.

Da ultimo, l'**art. 4, comma 9, D.L. n. 202/2024** (Proroga termini, L. 15/2025), la **possibilità** per i **laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale**, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, di **partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali**, è stata confermata, escludendo altresì la transitorietà della disposizione.

L'**articolo 5**, composto da un unico comma, modifica l'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (*Disposizioni in materia di finanza pubblica*) il quale istituisce la **struttura tecnica interregionale** per la **disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale**, la quale rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale.

In particolare, la **lettera a)** modifica la **composizione della struttura aggiungendovi due componenti nominati dal Ministro della salute**.

Si ricorda che, attualmente, l'art. 4, c. 9, della L. 412/1991 prevede, invece, che la struttura sia costituita solo da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, con la partecipazione alla delegazione di parte pubblica, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, di rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri.

Dunque, la **lettera b)** **adeguа conseguentemente** la composizione della **delegazione di parte pubblica**, prevedendo la partecipazione alla struttura tecnica, come composta in base alle modifiche di cui alla lettera a), del presente comma (v. *supra*), dei soli **rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze e del lavoro e delle politiche sociali**.

L'**articolo 6** introduce, in sede di prima applicazione della legge in esame, la facoltà di optare per la permanenza in servizio o per l'accesso anticipato alla pensione (di vecchiaia o anticipata) con corrispondente riduzione del requisito anagrafico previsto. Tale facoltà è riconosciuta ai medici di medicina generale in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge ai quali mancano non più di cinque anni per il collocamento a riposo.

L'**articolo 7** dispone che all'attuazione del provvedimento in esame si provvede con le risorse disponibili a legislazione vigente, garantendone quindi la **neutralità finanziaria**. Si richiamano espressamente le risorse previste dall'art. 1, comma 274, della [L. n. 234/2021](#) (Legge di bilancio 2022), destinate all'assunzione di personale aggiuntivo del SSN necessario per il potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso

l'implementazione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

L'art. 1, comma 274, della L. n. 234/2021 (Legge di bilancio 2022) ha autorizzato, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la spesa massima di 90,9 milioni per il 2022, 150,1 milioni per il 2023, 328,3 milioni per il 2024, 591,5 milioni per il 2025 e 1.015,3 milioni a decorrere dal 2026. Successivamente, l'art. 1, comma 244, della [L. n. 213/2023](#) (Legge di bilancio 2024) ha incrementato di 250 milioni di euro per l'anno 2025 e di 350 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la spesa massima autorizzata per il potenziamento dell'assistenza territoriale prevista a legislazione vigente in relazione ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente. Tale personale è pertanto reclutabile anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli che determina un maggior costo. Rientra nella suddetta spesa di potenziamento dell'assistenza territoriale anche il personale convenzionato (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta).

Si richiamano, inoltre, le risorse degli accordi integrativi regionali in vigore alla data di entrata in vigore della presente legge, in quanto concorrono a garantire la salvaguardia transitoria dei saldi di spesa derivanti dal provvedimento in esame, nonché i livelli retributivi locali dei medici in servizio.

Si ricorda che la retribuzione dei medici di medicina generale è definita principalmente dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), che stabilisce le quote base, e dagli Accordi Integrativi Regionali (AIR): sul punto v. *supra* per un approfondimento.

L'art. 8 reca la **clausola di salvaguardia** per le **Regioni a statuto speciale e per le Province autonome di Trento e di Bolzano**. In particolare, le disposizioni del provvedimento in esame sono applicabili nelle Regioni a statuto speciale e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, tenuto conto anche dell'autonomia organizzativa e delle caratteristiche demografiche e territoriali.

Le clausole di salvaguardia, come quella in commento, hanno lo scopo di adattare l'applicabilità della legislazione statale in conformità agli statuti e alle relative norme di attuazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province di Trento e di Bolzano, nel rispetto della loro autonomia.

Relazioni allegate o richieste

Si tratta di una proposta di legge di iniziativa parlamentare, corredata della sola relazione illustrativa.

Necessità dell'intervento con legge

Come sopra ricordato la presente proposta di legge interviene a riformare l'attività, lo stato giuridico e il trattamento dei **medici di medicina generale**, intervenendo a modificare diverse disposizioni contenute in decreti legislativi: si giustifica, pertanto, l'utilizzazione dello strumento legislativo.

Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

Come sopra ricordato la presente proposta di legge interviene a riformare l'attività, lo stato giuridico e il trattamento dei **medici di medicina generale**, allo scopo di migliorarne l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, dettando anche disposizioni relative alla contrattazione collettiva nazionale del settore, all'attribuzione di incarichi a laureati in medicina e chirurgia, al pensionamento anticipato.

La materia trattata sembra quindi afferire ad ambiti diversi, quali la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" assistenza" e "previdenza sociale", oggetto di potestà legislativa esclusiva ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera l), nonché le materie "tutela della salute", "tutela e sicurezza del lavoro", oggetto di potestà legislativa concorrente ai sensi dell'articolo 117, comma 3 della Costituzione.