

Fonti legislative di riferimento dell'assistenza Primaria Leggi e normative che condizionano/regolano l'ACN

Franco Pisetta

MODELLI DI ASSISTENZA SANITARIA

1) **Modello Bismarck** (detto anche **modello di assicurazione sociale obbligatoria**)

Otto von Bismarck, Cancelliere del Regno di Prussia dal 1862 al 1890

- Bismarck promosse la creazione di uno “stato sociale” quale misura necessaria per **distaccare il proletariato dalla tentazione rivoluzionaria** e introdusse in Germania nel **1883** una assistenza sanitaria basata su principi di sussidiarietà, solidarietà e corporativismo, in quanto ogni settore aveva la propria mutua specifica
- È il modello sanitario fondato sull'esistenza di **assicurazioni sociali (Mutue) finanziate dai contributi dei lavoratori (e datori di lavoro)** che sovvenzionano le cure degli assicurati presso gli enti sanitari, che possono appartenere al governo, alle assicurazioni stesse o ad enti di diritto privato (profit o non profit).

2) **Modello Beveridge**

Sir William Henry Beveridge (1879/1963). Economista, sociologo dello stato sociale e uomo politico inglese,

- Winston Churchill da ministro nei governi inglesi del primo 900, in collaborazione con Beveridge riuscì a fare approvare leggi per la giornata lavorativa di 8 ore , di un salario minimo, dell'attivazione degli uffici di collocamento e nel 1939 gli affidò la presidenza di una commissione incaricata di elaborare un ulteriore piano di previdenza sociale. Il rapporto finale, intitolato *Social Insurance and Allied Services* ma noto fin da subito come *Rapporto Beveridge*, venne pubblicato nel dicembre 1942
- Il principio guida di queste riforme, che oltre alla sanità riguardavano l'istruzione, la maternità, l'occupazione e le pensioni, fu l'universalità dell'assistenza pubblica: i servizi sociali come diritto di tutti i cittadini. Come disse Churchill, era un programma di tutela sociale «dalla culla alla tomba»
- Il Servizio sanitario nazionale (*National health service* – NHS), entrò in funzione il **5 luglio 1948** e si basa sui seguenti principi
 - Universalità
 - Finanziamento attraverso la fiscalità generale
 - Gratuità
- “*un servizio sanitario onnicomprensivo volto a garantire il miglioramento della salute fisica e psichica delle persone attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie*”).

MODELLI DI ASSISTENZA SANITARIA

In Italia

- Con la **Legge 138 del 1943** viene introdotto il **Modello Bismarck** con l'**obbligatorietà di assicurazione sociale di malattia di lavoratori dipendenti** e nasce l'Ente mutualità fascista-Istituto nazionale assistenza malattie, che diventerà poi Istituto nazionale di Assicurazione Malattia (INAM), la più grande e potente fra le Casse mutue che in seguito si realizzeranno.
- Con la **Legge 833 del 23 dicembre 1978 «Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale»** viene introdotto il **Modello Beveridge**

Classificazione dei sistemi sanitari in base al tipo di finanziamento e posizionamento dei singoli Paesi europei

Modello Beveridge	Finanziamento pubblico basato sulla fiscalità generale, con copertura universale : SSN	Cipro, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Lettonia, Malta, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito
Modello Bismarck	Finanziamento basato sui contributi obbligatori (generalmente dai datori di lavoro e dai lavoratori): Sistema di assicurazione sanitaria e sociale	Belgio, Estonia, Francia, Germania, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Repubblica ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia Ungheria
Modello misto	Finanziamento prevalentemente privato basato su assicurazioni volontarie e/o pagamenti diretti : Sistema di assicurazione sanitaria privata.	Austria, Bulgaria, Grecia

CURE PRIMARIE

Inghilterra

- Il termine Primary Care venne per la prima volta citato nel Dawson Report (1920), un documento che disegnava la rete dei livelli assistenziali nelle città inglesi, con il livello di base rappresentato dai Primary Health Centres, quali “istituzioni equipaggiate con servizi preventivi e curativi diretti dai medici di famiglia di quel distretto
- Nel 1948, all’atto dell’istituzione del National Health Service (NHS), tutti i cittadini britannici avranno diritto all’accesso gratuito ai servizi di cure primarie (Primary Care). Da notare che storicamente nel NHS la Primary Care includeva due differenti tipologie di servizi:
 - a) i servizi erogati dai medici di famiglia, dai dentisti, dagli optometristi e dai farmacisti di comunità gestiti dal Family Health Services Authority (FHSA);
 - b) i servizi sanitari di comunità (community health services) erogati attraverso le infermiere, le assistenti sanitarie, fisioterapisti, chiropratici e altri operatori, gestiti dal District Health Authority (DHA).

CURE PRIMARIE

Stati Uniti

- Nel 1961 sul New England Journal of Medicine compare un articolo “The Ecology of Medical Care”, di Kerr White e coll. Gli Autori rilevarono che la formazione universitaria non si faceva carico della vera esperienza di malattia dei pazienti, concludendo che maggiore attenzione andava rivolta alla “**primary, continuing medical care**”, rispetto alle attività ospedaliere e specialistiche.
- La Family Medicine nasce negli anni '70 in un periodo storico unico nella storia della sanità americana, quello dell'istituzione dei grandi programmi pubblici di copertura sanitaria (Medicare, a favore degli anziani, Medicaid a favore di alcune categorie di poveri).
- Nel 2010 «Obamacare» riuscì ad assicurare 25 milioni di Americani in più. Ne rimangono circa altri 20 milioni senza copertura assistenziale. Trump nel precedente mandato ha cercato di abrogala per 2 volte. La legge fu salvata dal Senato per 2 voti (il Congresso ha sempre approvato)

CURE PRIMARIE

Italia

- Con l'unità d'Italia, dal 1861, viene istituzionalizzata la sanità territoriale con la figura del **medico condotto**, assunto e stipendiato dall'amministrazione comunale per curare gratuitamente la popolazione povera. Uno speciale elenco dei poveri stabiliva quali erano gli abitanti del Comune che avevano diritto all'assistenza sanitaria gratuita, mentre con gli altri abitanti il medico condotto stabiliva un compenso annuo a forfait. Era tenuto a fornire obbligatoriamente la propria assistenza 24 ore al giorno e con due sole settimane di ferie all'anno. Al medico condotto potevano anche essere affidate le funzioni di ufficiale sanitario (specialmente nell'ambito rurale)
- Dal 1943 al 1978, con lo svilupparsi delle Mutue, aumentarono i medici che si convenzionarono e nacque il **Medico della Mutua**, col pagamento a notula, pagato dalle varie Mutue con le quali si convenzionava
- Con la **Legge 833 del 23 dicembre 1978 «Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale»** al medico della mutua subentrò l'attuale MMG e nasce il PLS

<https://www.facebook.com/IlSocioAci/videos/bacio-le-mani-dottore-alberto-sordi-e-tano-cimarosa-ne-il-medico-della-mutua/895220552262941/>

CURE PRIMARIE

- LA CONFERENZA DI ALMA ATA

Nel 1978 l'Organizzazione Mondiale della Sanità convoca ad Alma Ata, capitale della repubblica sovietica del Kazakhstan, una Conferenza Internazionale sulla Primary Health Care (PHC)

- Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018

Global Conference on Primary Health Care

From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals

Tabella 1 - Dalla Primary medical care alla Primary health care

Da		Verso
	Focus	
Malattia Cura		Salute Prevenzione, assistenza, cura
	Contenuti	
Trattamento Problemi episodici Problemi specifici		Promozione della salute Continuità delle cure Assistenza globale
	Organizzazione	
Specialisti Medici che lavorano da soli		Medici di famiglia Con il supporto di altro personale Costituzione in team
	Responsabilità	
Settore sanitario autonomo Dominanza delle professioni Ricezione passiva dei pazienti		Collaborazione intersettoriale Partecipazione comunitaria Auto-responsabilità

Definizione di Cure Primarie

Panel di esperti della Commissione Europea: ('Expert Panel on effective ways of investing in Health (**EXPH**))

«La fornitura di servizi di comunità e di salute globale universalmente accessibili, centralizzati sulla persona, erogati da un team di professionisti responsabili della gestione di un ampio numero di bisogni di salute. Questi servizi sono idealmente erogati in partnership continua con assistiti e caregiver, nel contesto della famiglia e della comunità, e giocano un ruolo centrale nella coordinazione e nella continuità di assistenza delle persone».

Chi sono gli operatori sanitari delle cure primarie in Europa (EXPH)

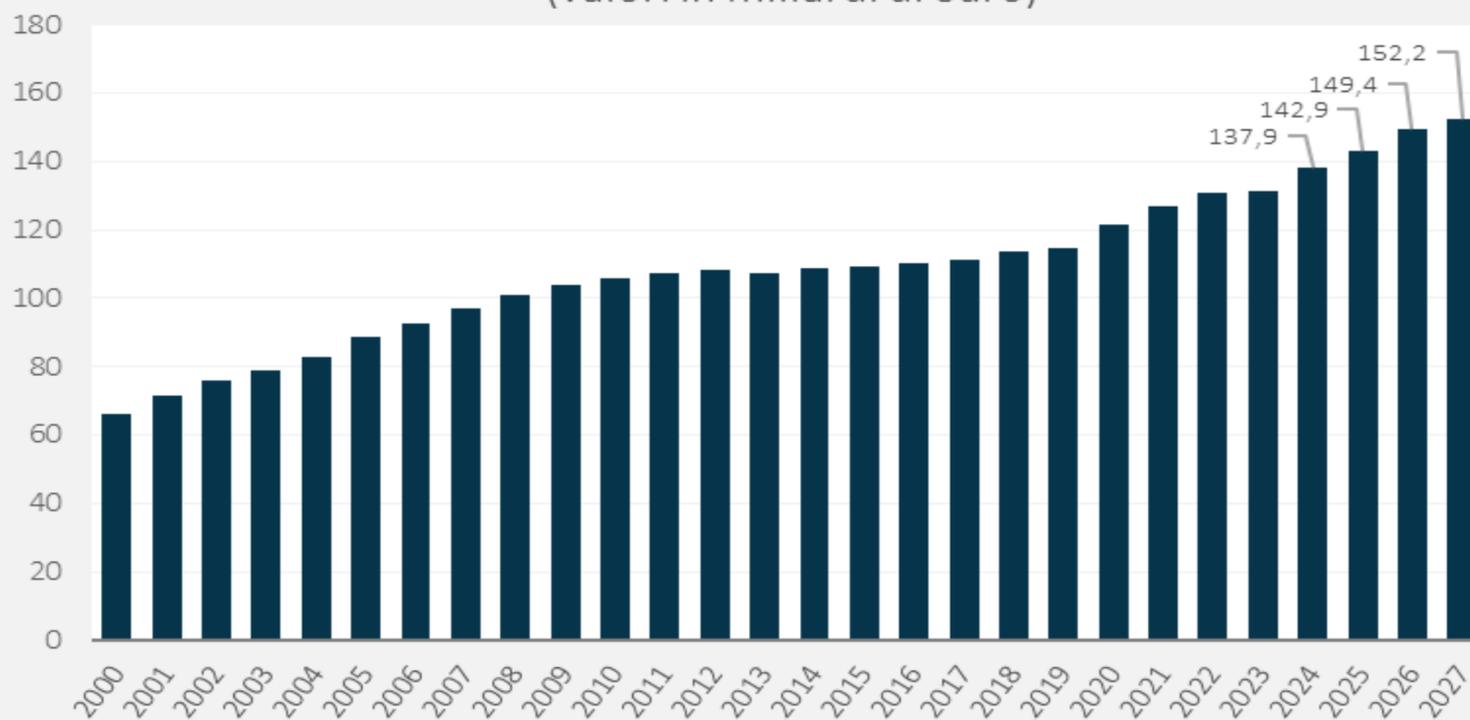
La primary care va intesa come primo punto di accesso al sistema sanitario nel suo complesso e, per tale motivo, le figure che vi operano, **con particolare riferimento al medico di medicina generale (o general practitioner - GP)** potrebbero svolgere il cosiddetto ruolo di gatekeeping, termine usato per indicare un'azione di "filtro" all'accesso verso attività specialistiche e diagnostiche o al ricovero in ospedale. Le altre figure che possono essere coinvolte nel contesto dell'assistenza primaria sono individuate tra:

- pediatri
- odontoiatri
- dietisti
- infermieri
- optometristi
- ostetriche
- farmacisti
- fisioterapisti
- psicologi
- assistenti sociali
- terapisti occupazionali
- specializzazioni di secondary care in un'ottica di efficienza delle cure (in Italia SAI)

Le funzioni delle cure primarie (EXPH)

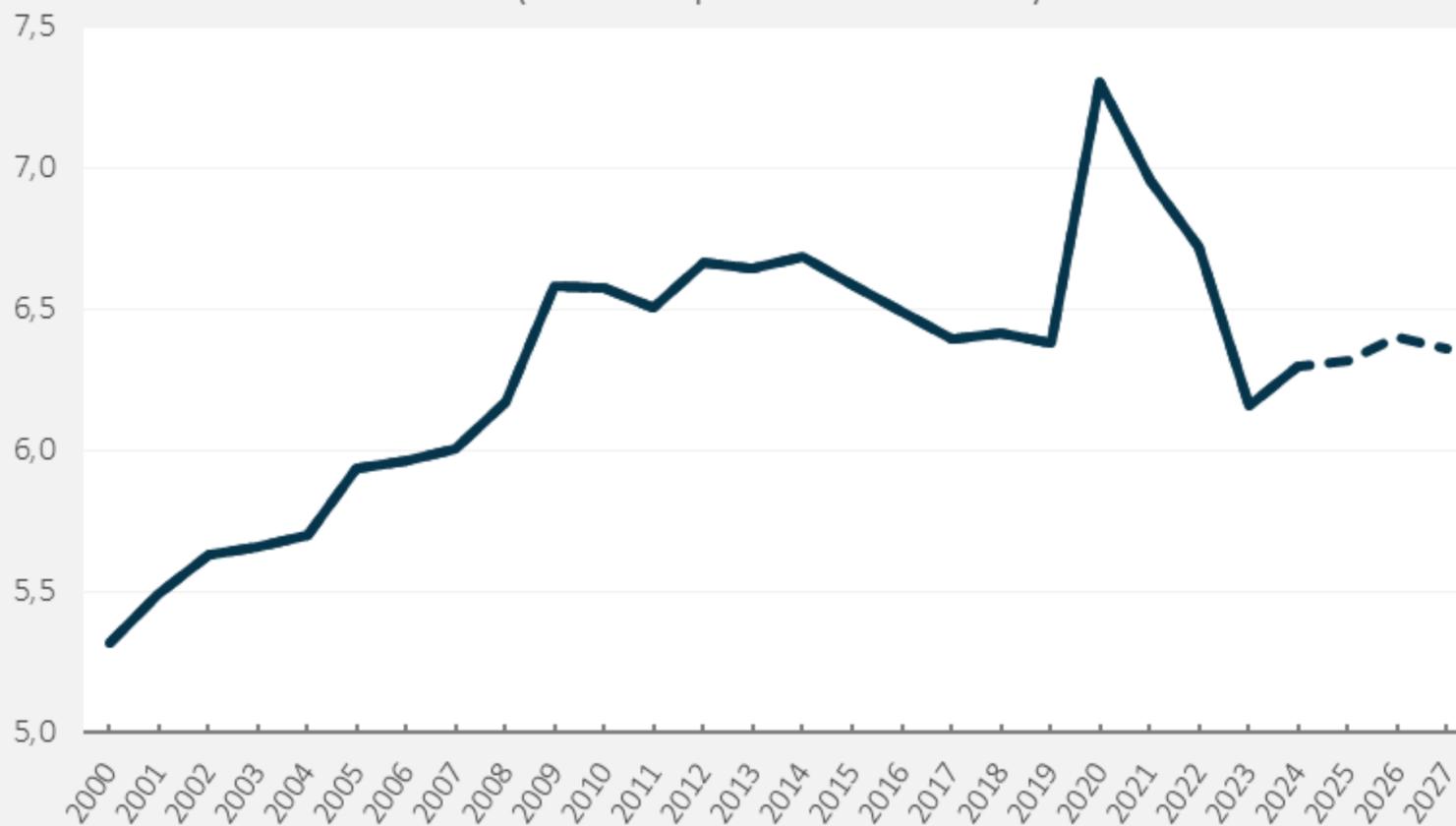
- la promozione della salute,
- la prevenzione,
- la cura delle acuzie,
- la salute riproduttiva,
- la salute della madre e del bambino,
- le malattie del bambino,
- le infezioni virali,
- le cronicità,
- le cure palliative,
- la salute mentale.

Fig. 1: La spesa pubblica per la sanità in Italia
(valori in miliardi di euro)



Fonte: elaborazioni OCPI su dati Mef e Istat.

Fig. 2: La spesa pubblica per la sanità in Italia
(valori in percentuale al Pil)



Fonte: elaborazioni OCPI su dati Mef e Istat.

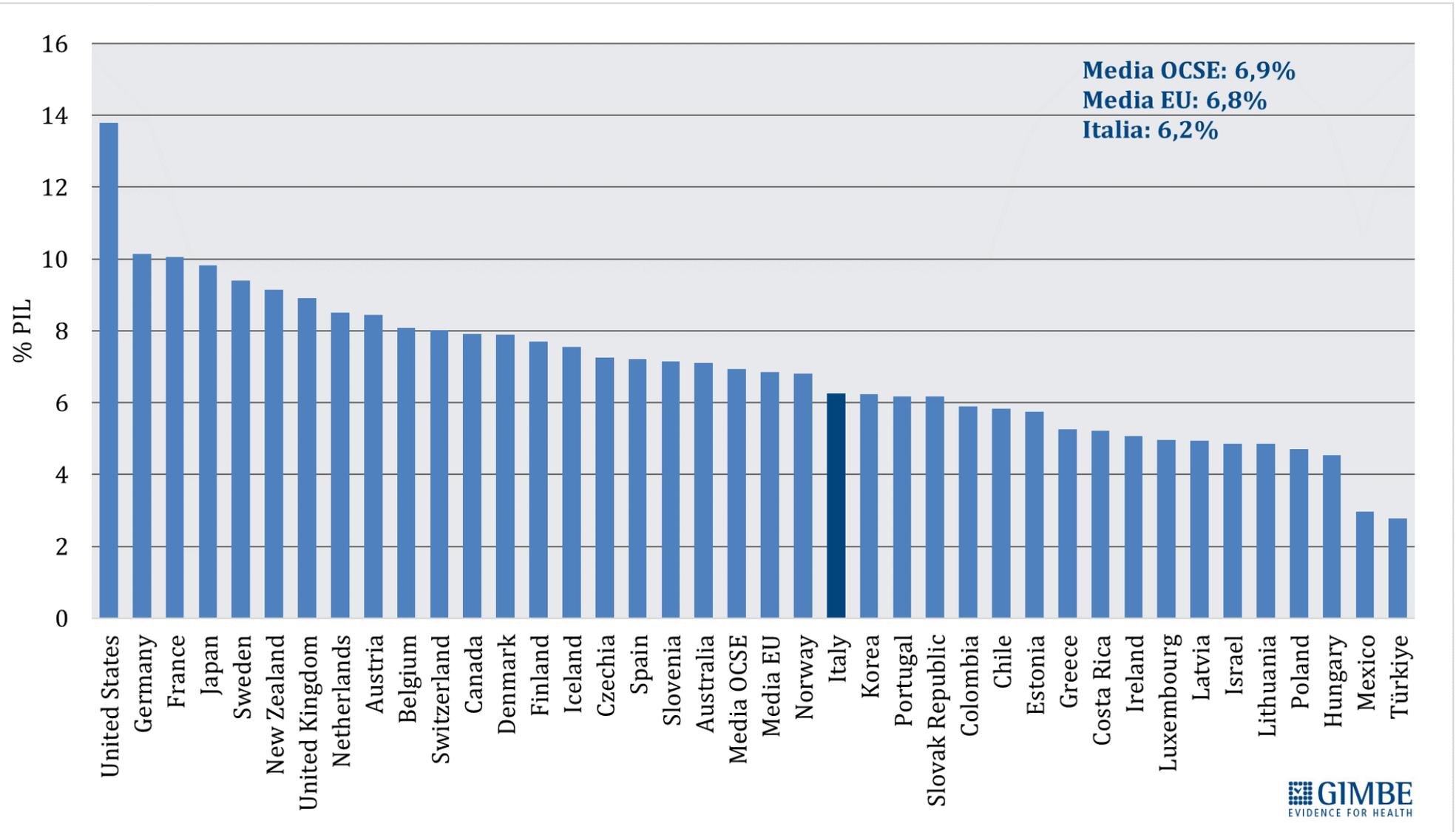
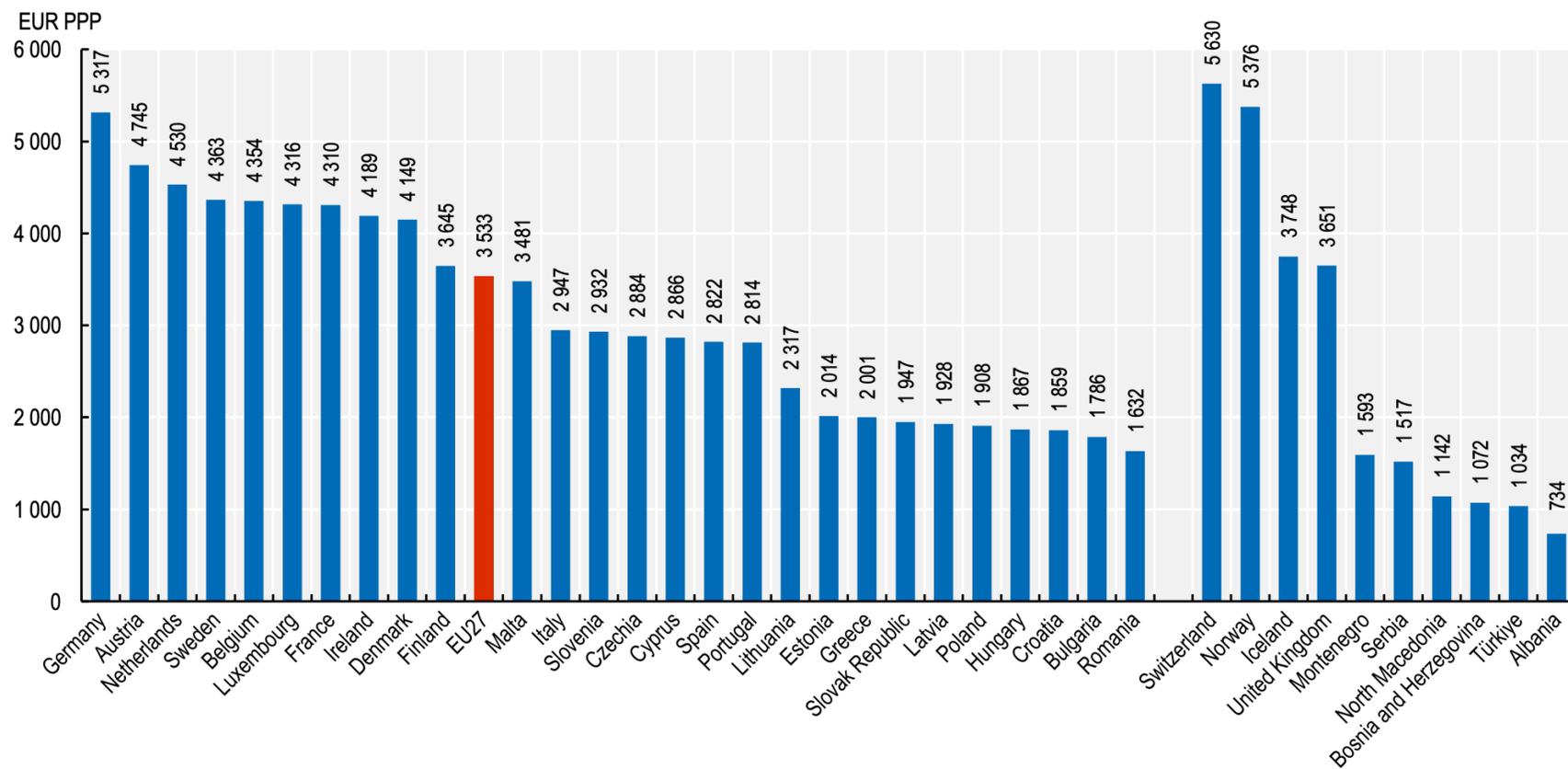


Figure 5.1. Health expenditure per capita, 2022 (or nearest year)



Note: The EU average is weighted (based on OECD calculations).

Source: OECD Health Statistics 2024; Eurostat (hlth_sha11_hf); WHO Global Health Expenditure Database.

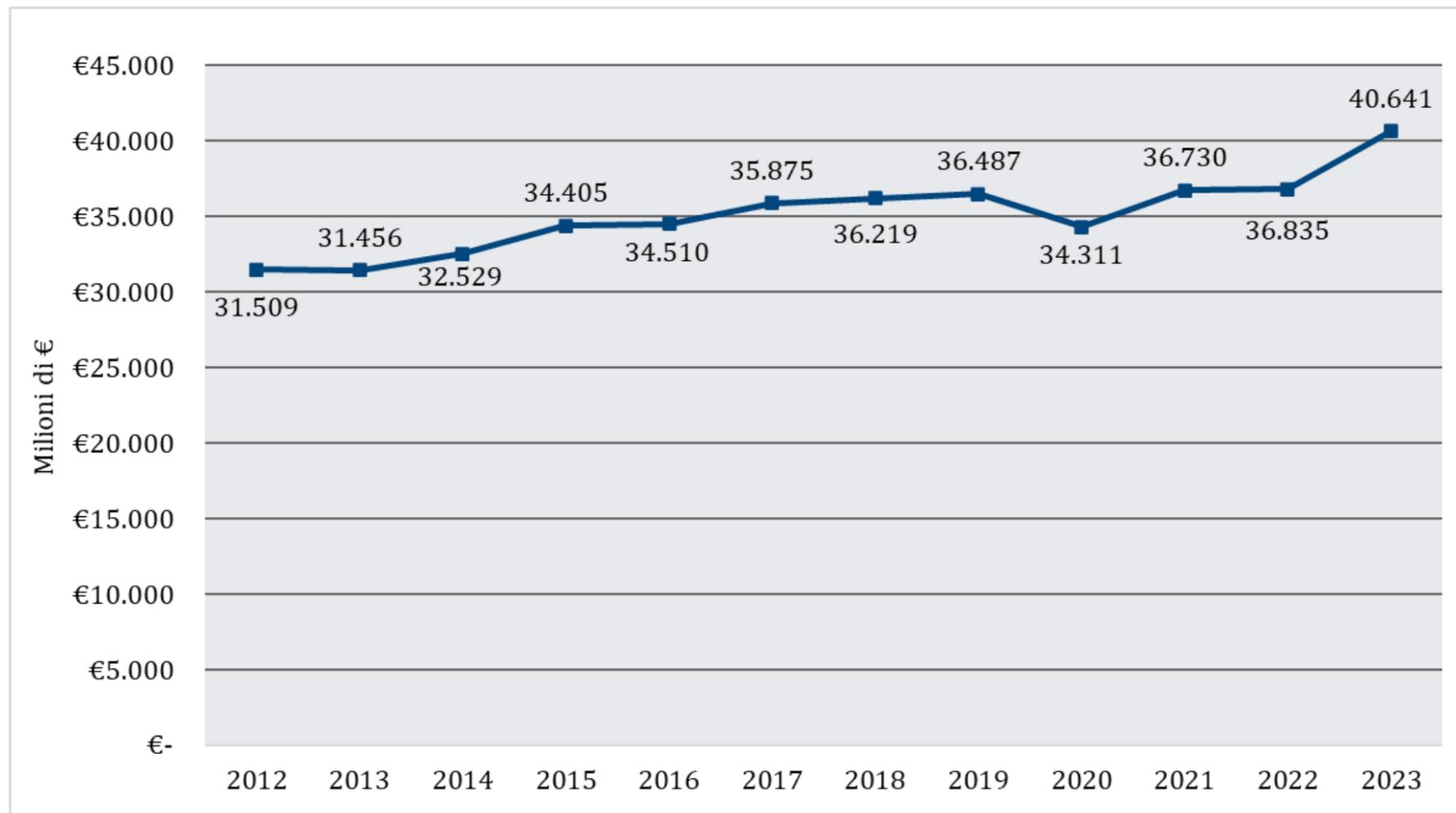


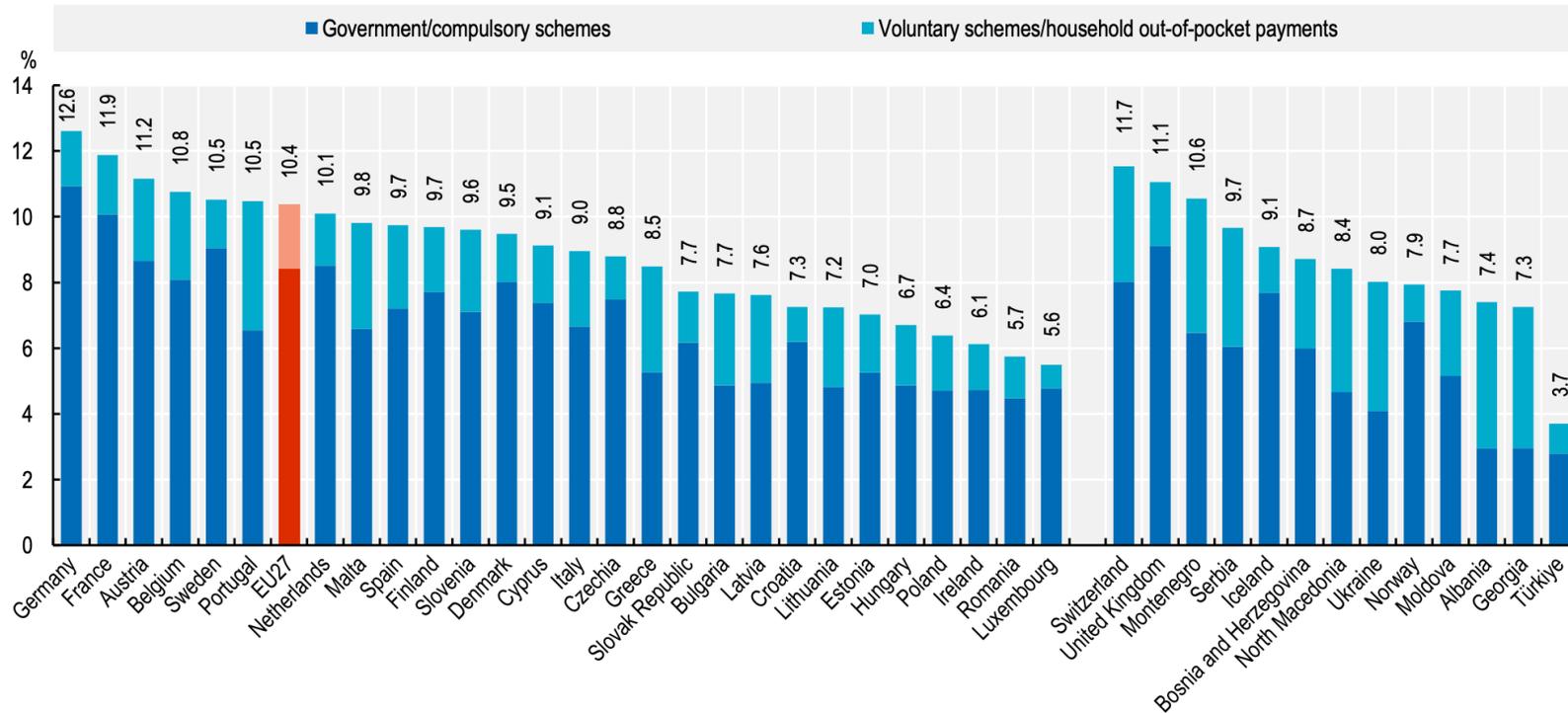
Figura 3.11. Trend spesa sanitaria privata 2012-2023 (dati ISTAT-SHA)

Area geografica	2022	2023	Variazione	Variazione %
Nord	€ 1.473,12	€ 1.462,80	-€ 10,32	-0,7%
Centro	€ 1.397,52	€ 1.623,36	+€ 225,84	+16,2%
Sud	€ 1.175,16	€ 1.192,80	+€ 17,64	+1,5%
Italia	€ 1.362,24	€ 1.408,92	+€ 46,68	+3,4%

**Tabella 3.5. Famiglie: spesa annuale per la salute
(dati ISTAT sui consumi delle famiglie, 2022 e preliminari 2023)**

²⁷ Istituto Nazionale di Statistica. Comunicato stampa "Resta stabile la povertà assoluta, la spesa media cresce ma meno dell'inflazione". Roma, 25 marzo 2024. Disponibile a: www.istat.it/it/files/2024/03/STAT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2023_25.03.24.pdf. Ultimo accesso: 30 settembre 2024.

Figure 5.3. Health expenditure as a share of GDP, 2022 (or nearest year)



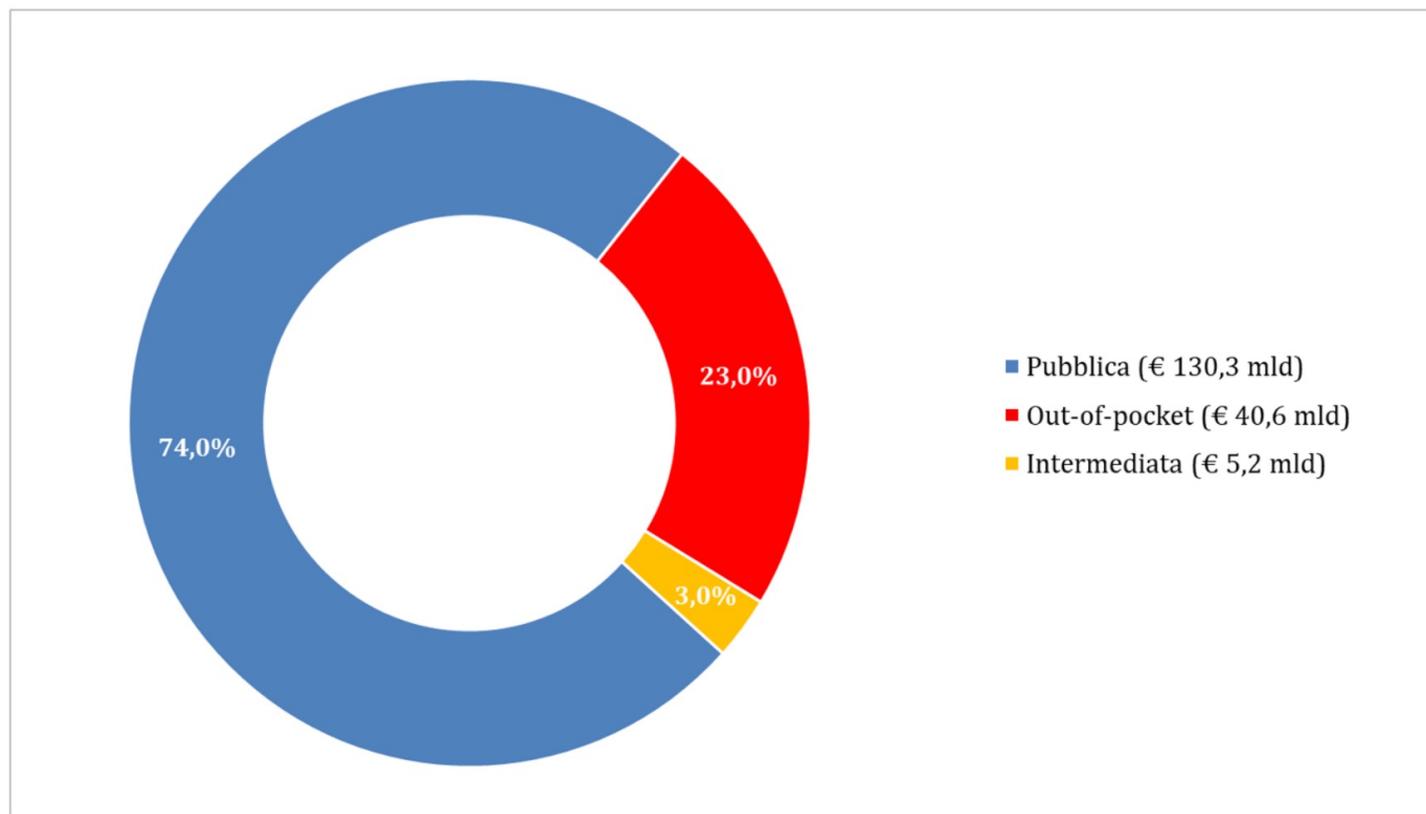
Note: The EU average is weighted.

Source: OECD Health Statistics 2024; Eurostat (hlth_sha11_hf); WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <https://stat.link/eyd8n9>

Figure 5.4. Trends in health expenditure in EU27 and selected countries, 2015-22

Spesa sanitaria 2023: € 176.153 milioni



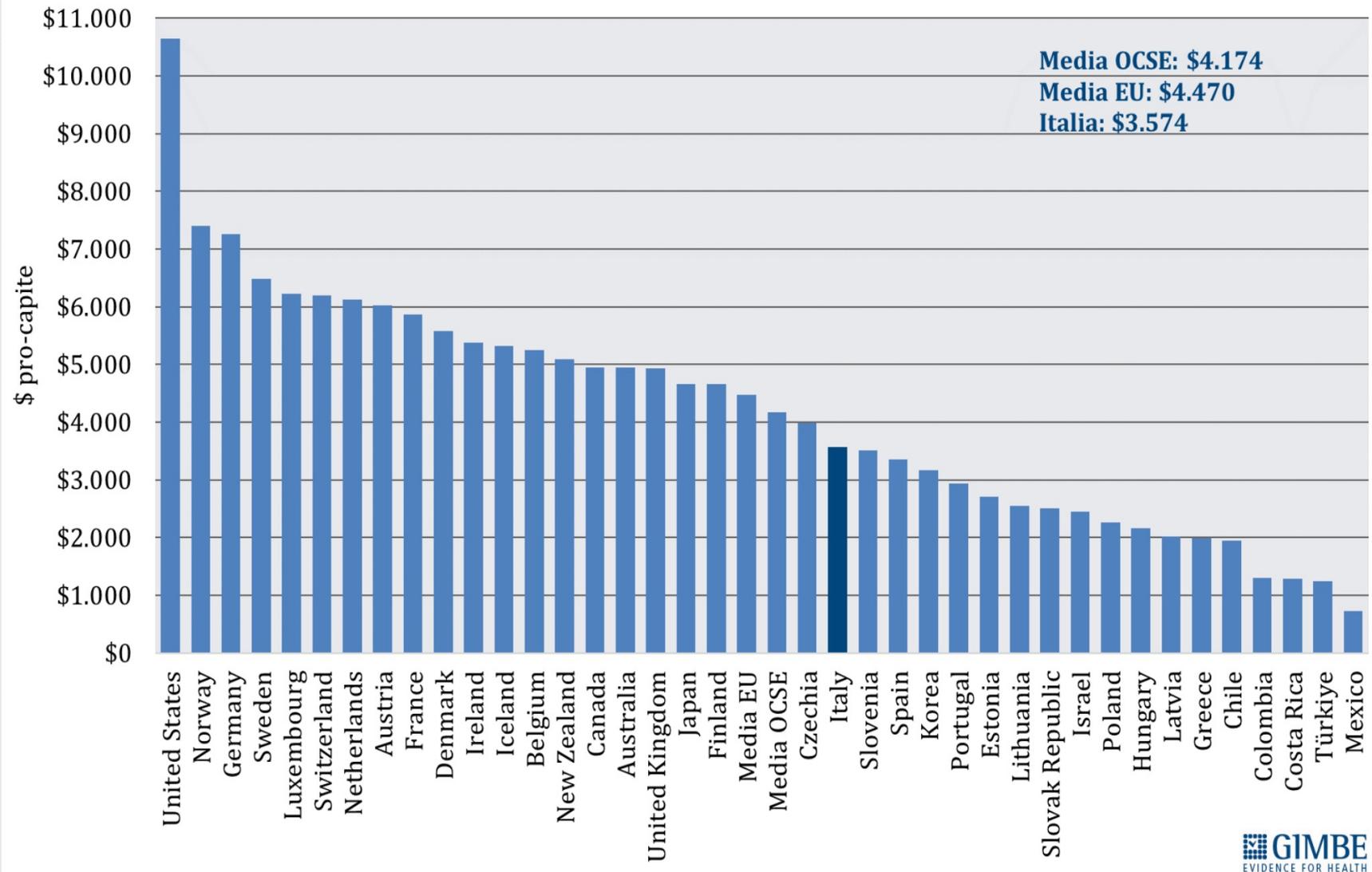
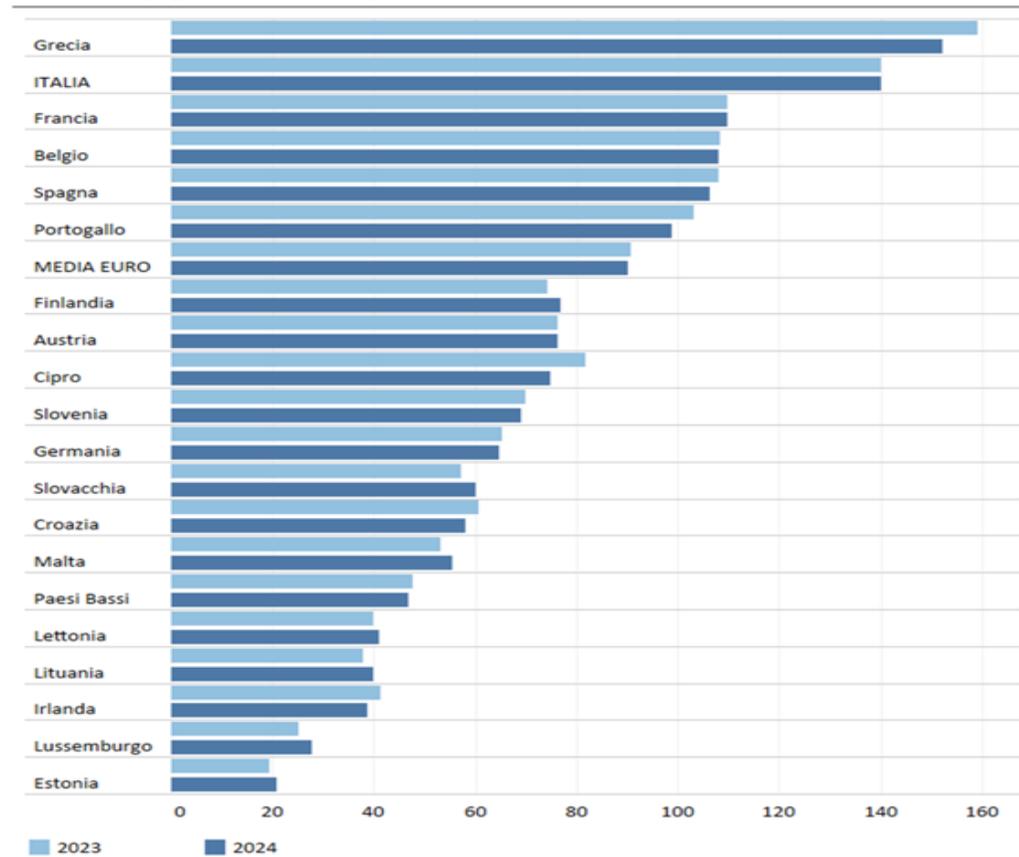


Fig. 1 – Debito pubblico – Biennio 2023-24 (1)
(in percentuale del PIL)



Fonte: elaborazioni sulle tabelle statistiche di bilancio ("Fiscal statistical tables") alla base delle valutazioni dei DPB 2024 da parte della Commissione europea del 21 novembre 2023.

(1) Dati dei DPB 2024 dei paesi dell'area dell'euro. Le medie sono calcolate pesando le variabili in base al PIL nominale del 2022.

PIL - ELENCO DEI PAESI

[Mondo](#)
[Europa](#)
[America](#)
[Asia](#)
[Africa](#)
[Australia](#)
[G20](#)
[↓ Esportazione](#)

Paese	Ultimo	Precedente	Riferimento	Unità	Formazio Prodotto
Stati Uniti	27361	25744	2023-12	Usd - Miliardi	
Cina	17795	17882	2023-12	Usd - Miliardi	▼ Mercat
Area Euro	15545	14224	2023-12	Usd - Miliardi	▼ Lavor
Germania	4456	4082	2023-12	Usd - Miliardi	▼ Prezzi
Giappone	4213	4256	2023-12	Usd - Miliardi	▼ Soldi
India	3550	3353	2023-12	Usd - Miliardi	▼ Comr
Regno Unito	3340	3089	2023-12	Usd - Miliardi	▼ Gover
Francia	3031	2779	2023-12	Usd - Miliardi	▼ Gover
Italia	2255	2067	2023-12	Usd - Miliardi	▼ Impre
Brasile	2174	1952	2023-12	Usd - Miliardi	▼ Const
Canada	2140	2161	2023-12	Usd - Miliardi	▼ Allog
Russia	2021	2266	2023-12	Usd - Miliardi	▼ Allog
Messico	1789	1463	2023-12	Usd - Miliardi	▼ Impo
Australia	1724	1693	2023-12	Usd - Miliardi	

Fonti legislative di riferimento dell'assistenza Primaria nel SSN

- Legge 833/1978
- Decreto Legislativo 502/1992
- (Legge Cost. 3/2001 Riforma del titolo V della Costituzione)
- Legge 158/2012

Un anno e mezzo prima della 833/1978 viene promulgata la

- Legge 29 giugno 1977, n. 349.

«Norme transitorie per il trasferimento alle regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria».

Legge 29 giugno 1977, n. 349

- **Art. 7.**

Fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, i commissari di cui al precedente articolo 2 sono tenuti ad adottare per la **disciplina dei rapporti convenzionali con i medici generici, con gli specialisti esterni, con i medici ambulatoriali, con i titolari di farmacie, con i biologi e con gli appartenenti alle categorie sanitarie ausiliarie, le convenzioni nazionali uniche in tutto conformi all'accordo nazionale tipo** stipulato ai sensi dell'articolo 8 della presente legge.

Legge 29 giugno 1977, n. 349

• Art. 9.

Per le categorie mediche le **convenzioni uniche** devono prevedere la disciplina unitaria dei rapporti convenzionali **che ciascun medico può stipulare con gli enti e casse mutue.**

Sarà in particolare fissato:

1) il **rapporto ottimale** medico-assistibili **per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta**, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che possono essere convenzionati in ogni comune o consorzio di comuni, comunità montane o ambiti territoriali all'uopo definiti dalla regione e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, fatto salvo il principio del reale diritto di libera scelta del medico anche per i lavoratori autonomi;

2) l'istituzione e i criteri di formazione **di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali.**

All'iscrizione negli elenchi unici avranno diritto anche i medici aventi residenza in altra provincia, secondo le modalità che verranno fissate nelle convenzioni, tenuto conto per la provincia di Bolzano dello statuto di autonomia e delle norme di attuazione relative.

L'accesso alla convenzione è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

3) il **numero massimo degli assistiti** per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili;

la regolamentazione degli **obblighi che derivano al medico** in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore;

il divieto di esercizio della **libera professione** nei confronti dei propri convenzionati;

le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione.

Eventuali **deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni** e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, previa domanda motivata del rappresentante degli enti e gestioni estinti sentiti i comuni interessati;

4) la disciplina delle **incompatibilità** e delle limitazioni **del rapporto convenzionale** rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) l'**incompatibilità** con qualsiasi forma di **cointeressenza** diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche;

L. 29 giugno 1977, n. 349.

6) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate di diagnosi, cura e medicina preventiva: saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un **compenso globale annuo per assistito**; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. **Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;**

la determinazione della misura dei **contributi previdenziali** e delle modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 15 ottobre 1976;

7) le forme di **controllo sull'attività** dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici agli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

8) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in **zone particolarmente disagiate**, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

9) le modalità per assicurare **l'aggiornamento obbligatorio** professionale dei medici convenzionati;

10) la semplificazione e l'uniformità per tutti gli enti e casse mutue degli adempimenti amministrativi cui è tenuto il medico convenzionato;

11) le modalità per assicurare **la continuità dell'assistenza** anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le **forme di collaborazione fra medici**, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) le modalità per garantire comunque agli assistiti le prestazioni attualmente in atto, in attesa che un'equa distribuzione dei medici assicuri eguale assistenza su tutto il territorio;

14) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio;

15) l'utilizzazione, su richiesta delle regioni o degli enti locali, presso i servizi pubblici del territorio degli specialisti ambulatoriali, con onere a carico dell'ente con cui sono convenzionati.

Le convenzioni non dovranno prevedere alcun maggiore onere con decorrenza anteriore al 1° gennaio 1978.

Le convenzioni uniche devono prevedere una disciplina per quanto possibile uniforme degli istituti normativi comuni a tutte le categorie mediche e devono tendere a realizzare una regolamentazione unitaria del lavoro medico nell'ambito delle strutture dell'istituendo Servizio sanitario nazionale.

I criteri di cui ai commi precedenti si estendono alle convenzioni uniche per le categorie non mediche indicate all'articolo 7, in quanto applicabili.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

"Istituzione del servizio sanitario nazionale»

Primo firmatario: Onorevole Tina Anselmi

- Costituzione Italiana

32. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti

- Legge 833

1. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

- Art. 25. Prestazioni di cura.

Le prestazioni curative comprendono l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica. Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare.

L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino. La scelta del medico di fiducia deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente. Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento, a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata...

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

- Art. 48. Personale a rapporto convenzionale.

L'uniformità del trattamento economico e normativo del **personale sanitario a rapporto convenzionale** è garantita sull'intero territorio nazionale da **convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria.** La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281 ; da sei rappresentanti designati dall'ANCI. L'accordo nazionale di cui al comma precedente è **reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica**, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi. **Gli accordi collettivi nazionali** di cui al primo comma **devono prevedere:**

- 1) **il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta**, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati di ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;
- 2) **l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici** per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti, convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;
- 3) **l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;**
- 4) **la disciplina delle incompatibilità** e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

- Art.48

- 5) **il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta** a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; **il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati**; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. **Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unità sanitaria locale**;
- 6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di **cointeressenza** diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);
- 7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un **compenso globale annuo per assistito**; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. **Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione**;
- 8) le forme di **controllo sull'attività dei medici** convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;
- 9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in **zone particolarmente disagiate**, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

- ART 48

- 10) le modalità per assicurare l'**aggiornamento obbligatorio** professionale dei medici convenzionati;
- 11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;
- 12) le **forme di collaborazione fra i medici**, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio. I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo. Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'articolo 28. È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture. È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori. **Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche. Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche.** Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione. In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti di cui l'ordine provinciale non ha dato corso. Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla Gazzetta Ufficiale del 28 ottobre 1976, n. 289

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

Art. 8.

Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

1) Il rapporto tra il servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli 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. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

- a) prevedere che la **scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito**, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;
- b) regolamentare la **possibilità di revoca** della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la riacquiescenza della scelta da parte del medico quando ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;
- c) prevedere le modalità per **concordare livelli di spesa programmati** e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero;

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

d) prevedere che l'**accertato e non dovuto pagamento anche parziale da parte dell'assistito delle prestazioni previste in convenzione comporta il venir meno del rapporto con il Servizio sanitario nazionale;**

e) **concordare**, unitamente anche alle organizzazioni sindacali delle categorie di guardia medica e dei medici di medicina dei servizi, **i compiti e le prestazioni da assicurare in base ad un compenso capitaro per assistito definendo gli ambiti rimessi ad accordi di livello regionale, i quali dovranno garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche attraverso forme gradualistiche di associazionismo medico, e prevedere, altresì, le prestazioni da assicurare con pagamento in funzione delle prestazioni stesse;**

f) definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo **una quota fissa** per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione, e **una quota variabile in funzione delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale;**

g) 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 nell'arco di un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto l'accesso medesimo sia consentito a tutti i medici forniti dell'attestato di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256 o titolo equipollente ai sensi del predetto decreto. L'anzidetto attestato non è richiesto per i medici incaricati di guardia medica e per i medici titolari di incarico ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 14 febbraio 1992, n. 218, che siano in servizio alla data del 31 dicembre 1992;

h) **prevedere la cessazione degli istituti normativi previsti dalla vigente convenzione, riconducibili direttamente o indirettamente al rapporto di lavoro dipendente.**

Decreto Legge 158/2012 come convertito dalla Legge 189 del 8 novembre 2012

- **Articolo 1 - Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie**

1. *Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono **forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.** In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di **reti di poliambulatori territoriali** dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.*

Legge 189 Art.1

*2. Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso **personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale**. Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, **presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando** ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.*

*3. **Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali**. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali.*

Legge 189 Art.1 comma 4

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

a) alla lettera a) è premessa la seguente:

*"0a) prevedere che le **attività e le funzioni** disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano **individuare tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza** di cui all'articolo 1, comma 2, nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Servizio sanitario nazionale, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale;"*

b) dopo la lettera b) sono inserite le seguenti :

*"b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, **garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana**, nonché 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, adottando forme organizzative **monoprofessionali**, denominate **aggregazioni funzionali** territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative **multiprofessionali**, denominate **unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria**, tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori;*

b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare, anche per il tramite del distretto sanitario, forme di finanziamento a budget;

Legge 189 Art.1 comma 4

b-quater) definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste alla lettera b-bis);

*b-quinquies) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le **regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative** di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali;*

b-sexies) 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 lettera b-bis) 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 lettera b-ter);

b-septies) 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;";

Legge 189 Art.1 comma 4

c) la lettera e) è abrogata;

d) la lettera f) è abrogata;

e) dopo la lettera f), è inserita la seguente:

"f-bis) prevedere la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica, secondo modalità e in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale";

f) la lettera h) è sostituita dalle seguenti:

"h) 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, e a quelli in possesso di titolo equipollente, ai sensi dell'articolo 30 del medesimo decreto. Ai medici forniti dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti, con l'attribuzione di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma;

h-bis) prevedere che l'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali;

h-ter) disciplinare l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale secondo graduatorie provinciali alle quali sia consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente alla branca di interesse;"

Legge 189 Art.1

g) alla lettera i), le parole: "di tali medici" sono sostituite dalle seguenti: "dei medici convenzionati";

h) dopo la lettera m-bis) è inserita la seguente:

"m-ter) prevedere l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione, al Sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche".

5. Nell'ambito del patto della salute, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, vengono definiti modalità, criteri e procedure per valorizzare, ai fini della formazione specifica in medicina generale, l'attività remunerata svolta dai medici in formazione presso i servizi dell'azienda sanitaria e della medicina convenzionata.

6. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto si procede, secondo la normativa vigente, all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali ai contenuti dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal comma 4 del presente articolo, con particolare riguardo ai principi di cui alle lettere b-bis), b-ter), b-quater), b-quinquies), b-sexies), h), h-bis) e h-ter) del citato articolo 8, comma 1, nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali e nel rispetto dell'articolo 15, comma 25, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e delle disposizioni ivi richiamate. Entro i successivi novanta giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, sono stipulati i relativi accordi regionali attuativi.

Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (T.U. del Pubblico Impiego)

- Solo per gli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49
- **TITOLO III** Contrattazione collettiva e rappresentatività sindacale
 - 40. Contratti collettivi nazionali e integrativi.
 - 41. Poteri di indirizzo nei confronti dell'ARAN.
 - 42. Diritti e prerogative sindacali nei luoghi di lavoro.
 - 46. Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni
 - 47. Procedimento di contrattazione collettiva.
 - 48. Disponibilità destinate alla contrattazione collettiva nelle amministrazioni pubbliche e verifica. (cifra fissa non più aumento percentuale su tutte le voci)
 - 49. Interpretazione autentica dei contratti collettivi 1. Quando insorgano controversie sull'interpretazione dei contratti collettivi, le parti che li hanno sottoscritti si incontrano per definire consensualmente il significato della clausola controversa. L'eventuale accordo, stipulato con le procedure di cui all'articolo 47, sostituisce la clausola in questione sin dall'inizio della vigenza del contratto.

Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (T.U. del Pubblico Impiego)

- Sempre più incombente

Articolo 54 Codice di comportamento

Articolo 55 Sanzioni disciplinari e responsabilità

Entrano nei nuovi ACN

ACN 2022 (confermato in ACN 2024):

- Art. 24 - Procedimento di contestazione
- Allegato 6 - Codice di comportamento dei Pediatri di Libera Scelta

Atto di Indirizzo per gli ACN

Linee guida delle Regioni per le trattative del rinnovo degli ACN

- Redatto da:
 - «**Comitato di Settore della Sanità**» composto da 7 componenti (di norma Assessori regionali alla Sanità), uno di questi in veste di Presidente del Comitato, nominati da :
 - «**Conferenza delle Regioni e delle Province autonome**» composta dai Presidenti di Regione
- Trattativa con
 - **SISAC** (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati) composta da rappresentanti regionali (un Coordinatore un Vice Coordinatore e altri 5 componenti) nominati da
 - «**Conferenza delle Regioni e delle Province autonome**»

Pediatria di Libera Scelta

E' basata su questi principi:

- **Libera scelta da parte delle famiglie**
- **Continuità del personale rapporto fiduciario** (considerato universalmente parametro essenziale di qualità dell'assistenza nelle Cure Primarie)
- **Approccio olistico** con presa in carico globale per la tutela della salute (fisica, psicologica, sociale) del bambino dalla prevenzione alla diagnosi alla cura alla riabilitazione e recupero
- **Accesso libero** (telefonico, informatico, diretto) secondo necessità dell'assistito e adeguata organizzazione assistenziale.
- **Non ha un orario prestabilito, ma un «congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alle necessità degli assistibili».** Solo con l'ACN del **2005** si introduce l'orario minimo di riferimento di apertura settimanale da dividere giornalmente per i 5 giorni lavorativi.
- **C'è un tempo di competenza:** i giorni feriali 8-20, orario in cui NON c'è la Continuità Assistenziale (Guardia Medica)

Solo il rapporto di lavoro in convenzione con pagamento a quota capitaria permette la realizzazione di questi principi,

compreso il soddisfacimento delle quotidiane necessità degli assistiti senza limiti predefiniti fino all'esaurimento delle richieste, modalità che, a differenza di ogni altro regime assistenziale, elimina di fatto ogni lista d'attesa.