

## EVOLUZIONE STORICA DEL RAPPORTO DI LAVORO CONVENZIONALE DEI MEDICI SPECIALISTI

Data la difficoltà ad erogare prestazioni assistenziali secondo le necessità locali con personale dipendente, gli enti mutualistici, in particolare modo l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM), stipularono convenzioni nazionali che regolavano i rapporti con i medici di medicina generale, con gli specialisti in pediatria, con gli specialisti che esercitavano la loro attività nei presidi sanitari a diretta gestione e con gli specialisti convenzionati esterni che operavano nei propri studi.

Nel corso degli anni si evidenziò la necessità di uniformare la tipologia delle prestazioni erogate dai vari enti assistenziali, nonché la retribuzione delle stesse, che rappresentava sicuro motivo di discriminazione all'interno della popolazione assistita.

Si evidenziò, inoltre, l'opportunità di mutare radicalmente le modalità di retribuzione dei medici di medicina generale e dei pediatri, sostituendo con la quota capitaria il pagamento a notula, sino allora adottato, in quanto si ritenne, giustamente ad opinione dello scrivente, possibile elemento moltiplicatore di spesa per l'indotto che era in grado di determinare.

Si giunse quindi alla riforma sanitaria che, con l'emanazione della legge n. 833 del 23 dicembre 1978, modificava sostanzialmente tutto il sistema assistenziale.

L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale presupponeva, tanto per gli assistiti quanto per gli operatori stessi, un unico referente e non più un elevato numero di enti, che avevano governato il sistema sulla base delle deliberazioni assunte dai rispettivi consigli d'amministrazione.

Ai fini della stipula degli accordi collettivi nazionali per il personale a rapporto convenzionale furono individuate due parti:

1. La delegazione di parte pubblica
2. La delegazione dei medici

**L'art. 48 della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978** testualmente recita:

*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.*

Le due delegazioni summenzionate conducono le trattative relative alle categorie distintamente interessate che si traducono con la sottoscrizione del rispettivo accordo, di durata triennale, che racchiude l'insieme delle norme di carattere giuridico ed economico che dovranno essere rispettate a livello nazionale.

Detto accordo è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica ed è recepito con propri atti deliberativi dagli organi locali che, conseguentemente, badano a darne pratica attuazione.

**L'art. 48 della Legge n. 833/78** dispone che gli accordi collettivi nazionali 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 in 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;
- 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 e 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 il rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);
- 7) La differenziazione del trattamento economico secondo la quantità 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 al 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 dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;
- 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

Tuttavia, nel corso degli anni, sono intervenuti diversi provvedimenti legislativi che hanno inciso profondamente sulla legge n. 833/78 apportando modifiche radicali e sostanziali in merito ai rapporti tra i medici e il Servizio sanitario nazionale.

In particolare la **Legge n. 412 del 30 dicembre 1991 (legge finanziaria per l'anno 1992), all'articolo 4, comma 7**, stabilisce:

*Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale.*

In tale modo si modificano radicalmente le "abitudini" lavorative del personale dipendente a tempo definito operante nelle strutture ospedaliere ed universitarie e nelle case di cura convenzionate, il quale,

imprevedibilmente, si trova costretto a dover operare una scelta in merito a quale rapporto giuridico mantenere con il Servizio sanitario nazionale.

Non ci deve sfuggire, inoltre, che il legislatore, nell'ambito del costante ed incontrovertibile processo di decentramento che nel corso degli anni ha portato ad una sempre maggiore attribuzione di funzioni e competenze alle Regioni, ha inteso assegnare alle regioni stesse, che di concerto con le aziende sanitarie rappresentano gli organismi realmente preposti alla tutela del bene salute, un ruolo fondamentale in seno alla delegazione pubblica deputata al rinnovo degli accordi collettivi nazionali.

A conferma di quanto sopra, la summenzionata delegazione, esclusi i rappresentanti dell'ANCI e dell'UNCEM, ai sensi della **Legge n. 412 del 30 dicembre 1991, articolo 4, comma 9** è così riformulata:

*La delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il comparto del personale del Servizio sanitario nazionale ed il personale sanitario a rapporto convenzionale è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Balzano. Partecipano i rappresentanti dei Ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e, limitatamente al rinnovo dei contratti, del Dipartimento della funzione pubblica, designati dai rispettivi Ministri. La delegazione ha sede presso la segreteria della Conferenza permanente, con un apposito ufficio al quale è preposto un dirigente generale del Ministero della sanità a tal fine collocato fuori ruolo.*

Appare chiaro, dalla lettura del testo, che unicamente il Ministero della sanità sembra aver conservato un "ruolo", forse più incisivo, mantenendo la responsabilità di mettere a disposizione della delegazione regionale esperti del settore convenzioni quale supporto tecnico della delegazione stessa.

Ulteriore disposto legislativo che va ad incidere profondamente sulla legge n. 833/78 è la **Legge n. 421 del 23 ottobre 1992** -"Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale"- la quale testualmente recita all'articolo 1, comma 1, lettera L:

*Introdurre norme volte, nell'arco di un triennio, alla revisione e al superamento dell'attuale regime delle convenzioni sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, di incentivazione al contenimento dei consumi sanitari, di valorizzazione del volontariato, di acquisizione delle prestazioni, da soggetti singoli o consortili, secondo principi di qualità ed economicità, che consentano forme di assistenza differenziata per tipologie di prestazioni, al fine di assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta.*

Rappresenta l'atto preliminare alla promulgazione del provvedimento comunemente definito "riforma della riforma" o "riforma De Lorenzo" dal nome del Ministro della sanità che se ne fece promotore.

Si perviene in tal modo alla emanazione del **D. l.vo 30 dicembre 1992 n. 502** (riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

Tale decreto, che ingenerò non poche perplessità per le difficoltà che presentava in ordine alla concreta attuazione, fu soggetto a varie modifiche proposte dal successivo Ministro della sanità, On.le Garavaglia, concretandosi con l'emanazione del D. l.vo 7 dicembre 1993 n. 517, il quale all'articolo 8 definisce i principi generali cui devono attenersi in sede di rinnovo gli accordi collettivi nazionali.

I commi 1 e 1 bis attengono alla medicina generale, ai pediatri di libera scelta, ai medici dei servizi ed alla guardia medica, e gettano le basi per la stipulazione di un accordo collettivo nazionale che preveda modalità idonee a concordare livelli di spesa programmati e a disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta, nonché a determinare un più razionale utilizzo del personale sanitario operante nel settore al fine di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.

A tale proposito è prevista una revisione della struttura del compenso, distinguendo una quota fissa ed una quota variabile legata al rispetto dei livelli di spesa programmati.

Appare evidente ad un'attenta lettura del **D. l.vo 517/93, articolo 8**, che quantunque alcuni principi ricalchino quanto contenuto nell'alt. 48 della legge 833/78, è intendimento del legislatore portare avanti, attraverso una razionalizzazione delle risorse e un decentramento delle funzioni e delle responsabilità gestionali, una riforma che si adegui alla ormai incontrastabile necessità di contenere la spesa, mantenendo comunque un elevato livello della qualità dell'assistenza erogata.

Altro provvedimento di legge che deve essere citato, in quanto avrebbe, qualora gli fosse dato seguito, grande importanza ai fini del rapporto di lavoro instaurato con gli specialisti ambulatoriali operanti all'interno delle strutture a diretta gestione, è quello inserito nell'**art. 34 della legge 23.12.1997, n. 449**, legge finanziaria per l'anno 1998:

- 1) *Entro il 31 marzo 1998 le regioni individuano aree di attività specialistica con riferimento alle quali, ai fini del miglioramento del servizio, inquadrano, con decorrenza dal 1° luglio 1998, a domanda ed anche in soprannumero, nel primo livello dirigenziale, con il trattamento giuridico ed economico previsto dal contratto collettivo nazionale, gli specialisti ambulatoriali a rapporto convenzionale, medici e delle altre professionalità sanitarie, che alla data del 31 dicembre 1997 svolgano esclusivamente attività ambulatoriale con incarico non inferiore a ventinove ore settimanali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e che a tale data non abbiano superati i 55 anni di età. Gli specialisti ambulatoriali che, alla data del 31 dicembre 1997, abbiano almeno 55 anni di età mantengono il precedente incarico di medicina ambulatoriale a condizione che non si trovino in trattamento di quiescenza per pregressi rapporti e che, se titolari anche di altro tipo di convenzioni con il Servizio sanitario nazionale, vi rinunzino entro il 1° marzo 1998. Gli specialisti ambulatoriali a rapporto convenzionale che, alla data del 31 dicembre 1997, non siano in possesso dei requisiti di cui al presente comma, mantengono i rapporti di convenzione acquisiti. Le ore già coperte dal personale inquadrato ai sensi del presente comma sono rese indisponibili. Con lo stesso procedimento le regioni provvedono annualmente, a decorrere dal 1° luglio 1999 e fino al 31 dicembre 2003, ad inquadrare anche gli specialisti ambulatoriali che presentino domanda avendo maturato i requisiti richiesti successivamente al 31 dicembre 1997.*
- 2) *L'inquadramento è disposto previa formulazione del giudizio d'idoneità previsto dal regolamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 30 luglio 1997, n. 365.*
- 3) *Dal 1° luglio 1998 cessano i rapporti convenzionali con gli specialisti ambulatoriali di cui al comma 1 che, avendone titolo, non abbiano presentato domanda di inquadramento.*
- 4) *Per l'anno 1998 le regioni, nell'attesa del riordinamento delle funzioni d'assistenza specialistica ambulatoriale, emanano, entro il 31 gennaio 1998, direttive per la rideterminazione, da parte delle aziende unità sanitarie locali, delle ore da attribuire agli specialisti ambulatoriali in modo da realizzare, a livello regionale e con riferimento all'intero anno, una riduzione complessiva non inferiore al 10 per cento dei costi, riferiti all'anno 1997, detratti i costi relativi al personale inquadrato ai sensi del comma 1 e quelli relativi agli istituti economici di cui al successivo periodo del presente comma. Agli specialisti ambulatoriali a tempo indeterminato, a decorrere dal 1° gennaio 1998, cessa l'applicazione degli istituti economici del coordinamento e delle prestazioni di particolare impegno professionale. L'attuazione di quanto previsto dal presente comma non deve comunque comportare diminuzione dell'assistenza sanitaria garantita dai servizi specialistici pubblici territoriali nel corso del 1997, né una sua concentrazione sul territorio.*
- 5) *Le province autonome di Trento e di Bolzano e le regioni Valle d'Aosta e Friuli - Venezia Giulia disciplinano la Materia nell'ambito delle attribuzioni derivanti dallo statuto e dalle relative norme di attuazione.*

Tale articolo ha ingenerato un vasto contenzioso tradottosi in una serie di ricorsi al pretore del lavoro.

A tal proposito il Ministro della sanità, On.le Bindi, nel corso dell'anno ha fatto pervenire agli Assessori alla sanità delle Regioni due circolari:



1) una in data 30 marzo 1998 nella quale, comunicando che si è provveduto a costituire un gruppo di lavoro adibito ad esaminare le problematiche connesse all'applicazione dell'alt. 34, si chiede di soprassedere all'adozione dei provvedimenti derivanti da detto articolo;

2) una in data 28 agosto 1998 nella quale si fornisce un'interpretazione, accreditata anche dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale, afferente la posizione dei medici che si trovano in trattamento di quiescenza per pregressi rapporti di lavoro, chiarendo che: *"sono esclusi dal rapporto convenzionale solo i percettori di trattamento pensionistico per precedenti rapporti convenzionali di specialistica ambulatoriale. Pertanto, i titolari di altri trattamenti pensionistici, anche per precedenti rapporti convenzionali di altra natura con il Servizio sanitario nazionale, possono mantenere il rapporto convenzionale purché alla data del 31 dicembre 1997 avessero almeno 55 anni di età e rinunzino ad altri rapporti di natura convenzionale eventualmente in essere"*. Si fa inoltre presente che: *sono allo studio iniziative legislative in ordine alle questioni inerenti il riconoscimento dell'attività svolta in regime convenzionale e il ricongiungimento ai fini previdenziali*.

Segue il **Decreto l.vo 29 aprile 1998, n. 124**, ai fini della ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 (legge finanziaria per l'anno 1998).

**L'art. 3, comma 10** recita: *Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le regioni disciplinano i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere determinano, entro trenta giorni dall'efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni di cui ai commi 3 e 4 e l'erogazione della stessa. Di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione.*

**L'art. 3, comma 12** recita: *Le regioni disciplinano, anche mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestività dell'erogazione delle predette prestazioni, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi: a) assicurare all'assistito l'effettiva possibilità di vedersi garantita l'erogazione delle prestazioni nell'ambito delle strutture pubbliche attraverso interventi di razionalizzazione della domanda, nonché interventi tesi ad aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature e delle strutture, ad incrementare la capacità di offerta delle aziende eventualmente attraverso il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria, ovvero a forme di remunerazione legate al risultato anche ad integrazione di quanto sia previsto dai vigenti accordi nazionali di lavoro, nonché a garantire l'effettiva corresponsabilizzazione di sanitari dipendenti e convenzionati.*

Il **Decreto l.vo 19 giugno 1999, n. 229 ( riforma ter )**, interviene nuovamente sull'articolo 8 abrogando i commi 5, 6, 7 e 9 e modificando i commi 1, 1 bis e 8.

Tale intervento legislativo, cassando l'impostazione esasperatamente privatistica legata al pagamento a prestazione, è indicativo del ruolo che si vuoi ridare al S.S.N., attribuendogli piene funzioni di gestore e controllore dell'assistenza sanitaria.

I commi 1 e 1 bis testualmente recitano:

*1) Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 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 riconsiliazione della scelta da parte del medico quando ricorrono eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità; c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che il tempo complessivamente dedicato alle attività in*

*libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza fra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale; d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e nel rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f); e) 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 guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio; f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità 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 dei medici singoli od associati, in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto; g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento; h) 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 fomiti dell'attestato di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi del predetto decreto, prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzia i medici fomiti dell'attestato, al fine di riservare loro una percentuale predeterminata di posti in sede di copertura delle zone carenti; i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto; j) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale; k) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.*

*l-bis.) Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, le regioni possono individuare aree di attività di emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto*

*d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite ed approvate nel rispetto dei principi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale.*

Ai sensi di quanto previsto al punto h) del precitato articolo 8 comma 1, in attuazione della direttiva numero 86/457/CEE relativa alla formazione specifica in medicina generale e ai fini di una costante riqualificazione dei servizi, appare evidente che il legislatore intende attribuire sempre maggiore importanza alla preparazione del personale medico, disponendo che l'attuale accordo collettivo nazionale per la medicina generale preveda ai fini dell'iscrizione nelle graduatorie generali il possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, di cui all'**art. 2 del Decreto Legislativo 8 agosto 1991, n. 256**, che testualmente recita:

*Dal 1° gennaio 1995, il possesso dell'attestato di cui al comma 2 dell'ari. 7, fatti salvi i diritti acquisiti di cui all'ari. 6, costituisce titolo necessario per l'esercizio della medicina generale ai sensi dell'ari. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.*

**L'art. 6, comma 1 del Decreto Legislativo n. 256/91** cita:

*Indipendentemente dal possesso degli attestati di formazione di cui agli articoli 1 e 2, hanno diritto ad esercitare l'attività professionale in qualità di medico di medicina generale i titolari, alla data del 31 dicembre 1994, di un rapporto convenzionale disciplinato dagli accordi collettivi nazionali previsto dall'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, quale: medico di medicina generale, medico addetto al servizio di guardia medica attiva ed emergenza territoriale, medico titolare di incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi, medico specialista ambulatoriale della branca di medicina interna, nonché medico generico fiduciario e medico di ambulatorio presso il Servizio assistenza sanitario naviganti (S.A.S.N.).*

E' aggiunto, in fine, un periodo all'**art. 8 comma 8**, il quale testualmente recita:

*8.) Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialisti ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a 29 ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i*

*tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi d'idoneità. In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, inclusa la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nell'assistenza distrettuale. Resta/ermo quanto previsto dall'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.*

In ultimo, andiamo ad esaminare gli **art. 3-quater, 3-quinquies, 3-sexies, 15-nonies, 15-decies, 16-bis, 16-ter e 16-quater del D. L.vo 19 giugno 1999, n. 229**, che, contestualmente ai commi 1, 1-bis e 8 dell'art. 8, incidono direttamente sui rinnovi degli accordi collettivi nazionali.

#### *Art. 3 - quater (Il distretto)*

- 1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.*
- 2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico- gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale*
- 3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative: a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies; b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza; c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.*
- 4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione (27).*

*(27) Articolo così inserito dall'art. 3, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz- Uff. 16 luglio 1999, n. 165, n. S.O.).*

#### *Art. 3 - quinquies (Funzioni e risorse del distretto)*

- 1. Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire: a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali; b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate; c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica*



*ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.*

2. *Il distretto garantisce: a) assistenza specialistica ambulatoriale; b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenti; c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia; d) attività o servizi rivolti a disabili e anziani; e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata; f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.*
3. *Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona (28).*

*(28) Articolo così inserito dall'art. 3, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, n. S.O.).*

#### *Art. 3 - sexies (Direttore di distretto)*

1. *Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.*
2. *Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.*
3. *L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.*
4. *La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3-quater, comma 3, e 3-quinquies, commi 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni (29).*

*(29) Articolo così inserito dall'art. 3, comma 3, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, n. S.O.).*

#### *Art. 15 - nonies (Limite massimo di età per il personale della dirigenza medica e per la cessazione dei rapporti convenzionali)*

1. *Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fatta salva l'applicazione dell'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503. E' abrogata la legge 19 febbraio 1991, n. 50, fatto salvo il diritto a rimanere in servizio per coloro i quali hanno già ottenuto il beneficio.*
2. *Il personale medico universitario di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, cessa dallo svolgimento delle ordinarie attività assistenziali di cui all'articolo 6, comma 1, nonché dalla direzione delle strutture assistenziali, al raggiungimento del limite massimo di età di sessantasette anni. Il personale già in servizio cessa dalle predette attività e direzione al compimento dell'età di settanta anni se alla data del 31 dicembre 1999 avrà*

*compiuto sessantasei anni e all'età di sessantotto anni se alla predetta data avrà compiuto sessanta anni. I protocolli d'intesa tra le regioni e le Università e gli accordi attuativi dei medesimi, stipulati tra le Università e le aziende sanitarie ai sensi dell'articolo 6, comma 1, disciplinano le modalità e i limiti per l'utilizzazione del suddetto personale universitario per specifiche attività assistenziali strettamente correlate all'attività didattica e di ricerca (103/a).*

3. *Le disposizioni di cui al precedente comma 1 si applicano anche nei confronti del personale a rapporto convenzionale di cui all'articolo 8. In sede di rinnovo delle relative convenzioni nazionali sono stabiliti tempi e modalità di attuazione (103/b).*
4. *Restano confermati gli obblighi contributivi dovuti per l'attività svolta, in qualsiasi forma, dai medici e dagli altri professionisti di cui all'articolo 8 (104) (104/cost).*

*(103/a) La Corte costituzionale, con sentenza 7-16 marzo 2001, n. 71 (Gazz. Uff. 21 marzo 2001, n. 12 - Serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità del presente comma nella parte in cui dispone la cessazione del personale medico universitario di cui all'art. 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, dallo svolgimento delle ordinarie attività assistenziali, nonché dalla direzione delle strutture assistenziali, al raggiungimento dei limiti massimi di età ivi indicati, in assenza della stipula dei protocolli d'intesa tra università e regioni previsti dalla stessa norma ai fini della disciplina delle modalità e dei limiti per l'utilizzazione del suddetto personale universitario per specifiche attività assistenziali strettamente connesse all'attività didattica e di ricerca.*

*(103/b) Per la sospensione dell'efficacia della disposizione di cui al presente comma vedi il comma 2-ter dell'art. 8 del presente provvedimento, aggiunto dall'ari. 6, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254 (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.).*

*(104) Articolo aggiunto dall'art. 13, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).*

*(104/cost) La Corte costituzionale, con ordinanza 12-25 luglio 2001, n. 303 (Gazz. Uff. 1° agosto 2001, n. 30, serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità delle questioni di legittimità costituzionale dell'art. 15-nonies aggiunto dall'ari. 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sollevate in riferimento agli articoli 3, 9, 36, 76 e 77 della Cost.*

#### *Art. 15 - decies (Obbligo di appropriatezza)*

1. *I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio sanitario nazionale.*
2. *In ogni caso, si applicano anche ai sanitari di cui al comma 1 il divieto di impiego del ricettario del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di medicinali non rimborsabili dal Servizio, nonché le disposizioni che vietano al medico di prescrivere, a carico del Servizio medesimo, medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco e prevedono conseguenze in caso di infrazione.*
3. *Le attività delle aziende unità sanitarie locali previste dall'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, sono svolte anche nei confronti dei sanitari di cui al comma 1 (105).*

*(105) Articolo aggiunto dall'art. 13, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).*

*Art.16 – bis (Formazione continua)*

- 1. Ai sensi del presente decreto, la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.*
- 2. La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi cimici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. La formazione continua di cui al comma 1 è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'art. 16-ter (108).*

*(108) Articolo così inserito dall'ari. 14, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).*

*Art. 16 - ter (Commissione nazionale per la formazione continua)*

- 1. Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è nominata una Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni. La Commissione è presieduta dal Ministro della salute ed è composta da tre vicepresidenti, di cui uno nominato dal Ministro della salute, uno dalla Conferenza permanente dei Presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Balzano, uno rappresentato dal Presidente della federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché da 16 membri, di cui due designati dal Ministro della salute, due dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, uno dal Ministro per la funzione pubblica, uno dal Ministro per le pari opportunità, uno dal Ministro per gli affari regionali, sei dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Balzano, su proposta della Conferenza permanente dei presidenti delle regioni e delle province autonome, due dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri e uno dalla Federazione nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, e vigilatrici d'infanzia. Con il medesimo decreto sono disciplinate le modalità di consultazione delle categorie professionali interessate in ordine alle materie di competenza della Commissione (108/a).*
- 2. La Commissione di cui al comma 1 definisce, con programmazione pluriennale, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Balzano nonché gli Ordini e i Collegi professionali interessati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico - terapeutici. La Commissione definisce i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative. La Commissione definisce altresì i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e procede alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi.*

3. *Le regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli ordini e dei collegi professionali, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, concorrono alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui al comma 2, elaborano gli obiettivi formativi di specifico interesse regionale, accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale secondo i criteri di cui al comma 2. Le regioni predispongono una relazione annuale sulle attività formative svolte, trasmessa alla Commissione nazionale, anche al fine di garantire il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua (109).*

*(108/a) Comma così modificato prima dall'ari. 8, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254 (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.) e poi dall'ari. 3, D.L. 7 febbraio 2002, n. 8.*

*(109) Articolo così inserito dall'ari. 14, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).*

*Art. 16 - quater (Incentivazione della formazione continua)*

1. *La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private.*
2. *I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale.*
3. *Per le strutture sanitarie private l'adempimento, da parte del personale sanitario dipendente o convenzionato che opera nella struttura, dell'obbligo di partecipazione alla formazione continua e il conseguimento dei crediti nel triennio costituiscono requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accreditamento da parte del Servizio sanitario nazionale (110).*

*(110) Articolo così inserito dall'art. 14, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).*

Con **D.L.vo 28 luglio 2000, n. 254, all'art. 8 dopo il comma 2** sono inseriti i seguenti:

2-bis) con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, 59, sono individuati i criteri per la valutazione:

a) del servizio prestato in regime convenzionale dagli specialisti ambulatoriali medici e delle altre professionalità sanitarie, al fine dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico ai soggetti inquadrati in ruolo ai sensi dell'art. 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449;

b) per lo stesso fine, del servizio prestato in regime convenzionale dai medici della guardia medica, dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi nel caso le regioni abbiano proceduto o procedano ad instaurare il rapporto d'impiego ai sensi del comma 1-bis del presente articolo sia nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, sia nel testo introdotto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; a tali medici è data facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale previdenza ed assistenza medici (ENPAM); tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo. Il servizio di cui al presente comma è valutato con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici e delle altre professionalità sanitarie dipendenti dalla azienda sanitaria.

2-ter) Con decreto del Ministro della sanità è istituita, senza oneri a carico dello Stato, una commissione composta da rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e del lavoro e della previdenza sociale e da rappresentanti regionali designati dalla Conferenza



permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di individuare modalità idonee ad assicurare che l'estensione al personale a rapporto convenzionale, di cui all'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dei limiti di età previsti dal comma 1 dell'art. 5-nonies dello stesso decreto avvenga senza oneri per il personale medesimo. L'efficacia della disposizione di cui all'art. 15-nonies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'art. 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è sospesa fino all'attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della Commissione di cui al presente comma.

Un ulteriore dato innovativo è stato introdotto con la **Legge 28 dicembre 2001, n. 448 (legge finanziaria 2002 ), art. 19 comma 10** che testualmente recita:

*10. I medici di base iscritti negli elenchi di medicina generale del Servizio sanitario nazionale, con almeno dieci anni di servizio, in possesso di titoli di specializzazione riconosciuti dall'Unione europea, possono, a richiesta e secondo la disponibilità dei posti, essere inseriti nella medicina specialistica ambulatoriale e sul territorio, rinunciando all'incarico di medico di base.*

Segue una circolare esplicativa del Ministero della Salute che chiarisce che gli incarichi assegnati sono a tempo indeterminato e che i turni saranno attribuiti una volta esperite le procedure previste all'art. 10 del D.P.R. 271/2000.



Ministero della Salute

Roma, 13 MAG 2002

Direzione Generale delle risorse umane e professionali sanitarie  
UT.VI

91 1200/SRC/SAM/QUE30/244

91 Risposta al Foglio del \_\_\_\_\_

91 \_\_\_\_\_

Alla Regione Piemonte  
Assessorato alla Sanità  
Direzione 29  
Corso Regina Margherita 153/BIS  
10122 Torino

## OGGETTO:

Art.19, comma 10, Legge  
n.448/2001 (Finanziaria 2002).

Si fa riferimento al quesito posto con la nota n.2548/29.3, del 25/2/2002, relativo all'oggetto.

Al riguardo, si deve anzitutto precisare che l'art.19, comma 10 della Legge n.448, a parere dello scrivente, disciplina l'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato, in quanto, per gli incarichi relativi alle situazioni o a tempo determinato esiste già lo strumento regolamentare di cui al Protocollo aggiuntivo ex DPR n.271/2000.

Tanto premesso, si rappresenta che, dal combinato disposto della norma di cui all'art.19, comma 10, L.n.448/2001, con l'art.10 del D.P.R. 271/2000, Regolamento di esecuzione dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, ai medici di base, in possesso dei requisiti richiesti, potranno essere attribuiti i turni della specialistica ambulatoriale, ancora disponibili, una volta esperite le procedure di assegnazione secondo l'ordine di priorità previsto dal citato art.10.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Giancarlo De Simone)

## Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali

(D.P.R. 28 luglio 2000. n. 271)

Sino dai tempi dei disciolti enti mutualistici, si è avuta l'esigenza di erogare un ragguardevole numero di prestazioni specialistiche necessario a soddisfare le richieste degli assistiti, che, in concomitanza con l'evoluzione stessa della medicina, nel corso degli anni si sono fatte sempre più specifiche.

Dovendo tener conto, in tal senso, delle peculiari caratteristiche che contraddistinguono il nostro territorio nazionale, ed avendo, quindi, la necessità di adattarsi alle diverse realtà locali, che vanno dalle comunità montane ed insulari ai grossi agglomerati urbani, in cui tuttavia le prestazioni debbono essere fornite, si è realizzato, nel tempo, un impianto territoriale così capillarmente diffuso da consentire un facile accesso anche a quelle fasce di popolazione che notoriamente incontrano maggiori difficoltà per fruire dei servizi: anziani, gestanti, cardiopatici.

Si sono, quindi, disseminati sul territorio una serie di presidi più o meno grandi, cercando di coniugare le necessità dei cittadini, che hanno sempre visto di buon occhio la collocazione delle strutture in prossimità del proprio domicilio, con le esigenze di gestione che hanno sempre dovuto tenere conto sia della qualità delle prestazioni fornite sia del costo delle stesse.

Ad integrazione delle strutture a gestione diretta, là dove ne era di difficile attuazione l'insediamento, si provvide convenzionando professionisti esterni facenti capo al proprio studio professionale, con cui intrattenere rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa.

Conseguentemente a quanto stabilito dal decreto legislativo n. 517/93, che all'art. 8, comma 8, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi, dispone che gli specialisti ambulatoriali, in servizio alla data di entrata in vigore del decreto stesso, vengano utilizzati dalle unità sanitarie locali sulla base dei criteri stabiliti dall'accordo collettivo nazionale stipulato ai sensi dell'art. 8 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ne è derivato che l'attuale accordo è molto simile al precedente.

Pochi sono stati, in effetti, i correttivi apportati, in quanto la normativa sembrava soddisfare pienamente le aspettative delle varie amministrazioni, in particolare modo per la flessibilità che discende dal poter assegnare i turni per un numero di ore adeguate ai concreti bisogni del servizio interessato.

Il presente accordo regola, quindi, il rapporto di lavoro, coordinato e continuativo, instaurato tra le Aziende e i medici specialisti operanti nelle strutture pubbliche, per la erogazione in forma diretta delle prestazioni specialistiche a scopo diagnostico, terapeutico, preventivo e di riabilitazione.

Al fine di avere chiaro il concetto che gli specialisti ambulatoriali sono parte integrante del S.S.N., è utile riportare il **comma 2 della dichiarazione preliminare del D.P.R. 271/2000**: *gli specialisti di cui all'Accordo Collettivo Nazionale Unico per la Medicina Specialistica Ambulatoriale, sono parte attiva e qualificante del Servizio Sanitario, integrandosi nell'assistenza primaria attraverso il coordinamento con le altre categorie di erogatori ammesse ad operare nel distretto, secondo quanto previsto dal comma 1, lett. a) e b), dell'art. 3 quinquies del D.Lvo 229/99, e presso le strutture accreditate ospedaliere ed extraospedaliere per l'espletamento, secondo modalità d'accesso ed erogative uniformi, di tutti gli interventi specialistici, diagnostica-terapeutici, preventivi e riabilitativi.*

**L'art. 1, commi 2 e 3** recitano inoltre: *2) gli specialisti ambulatoriali erogano, all'interno del macro livello "Assistenza sanitaria distrettuale" previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, l'assistenza specialistica ambulatoriale in modo coordinato ed integrato con tutte le attività di assistenza sanitaria di carattere extra-ospedaliero. In tale contesto gli specialisti ambulatoriali concorrono a garantire i livelli assistenziali di assistenza che il S.S.N., è tenuto ad assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale alla totalità dei cittadini e che vengono definiti dai Piani sanitari regionali e dai programmi attuativi delle Aziende sanitarie; 3) Il rapporto con il S.S.N. è da intendersi unico a tutti gli effetti, anche se lo specialista svolge la propria attività in più posti di lavoro e/o in più Aziende.*

Anche questa categoria è regolata da istituti giuridici ed economici assimilati a quelli del personale dipendente: *retribuzione in base alle ore d'incarico, controllo dell'orario di lavoro, congedo matrimoniale congedo ordinario (ferie), aggiornamento professionale, mobilità, attività svolta al di fuori del presidio, malattia, attività svolta nei giorni festivi e/o durante le ore notturne, libera professione intra-moenia, ecc..*

Sostanziali le innovazioni introdotte con **l'art. 4** in merito alla flessibilità operativa ed alla mobilità in ambito aziendale ed interaziendale che, per una più efficiente organizzazione dell'area dell'attività specialistica, da un lato da allo specialista maggiori possibilità di concentrare l'orario di attività presso una sola Azienda e/o un solo posto di lavoro prima di avviare le procedure per il conferimento degli incarichi disponibili, e dall'altro da all'Azienda la possibilità di adottare, nel rispetto di criteri generali concordati in sede regionale con i sindacati di cui all'art. 20 comma 11, provvedimenti di mobilità anche in ambito interaziendale.

Di eguale rilievo le modifiche apportate con **l'art. 5** ai criteri previsti per l'eventuale riduzione dell'orario di attività.

La domanda annuale per l'inserimento in graduatoria va inoltrata direttamente al Comitato Zonale ed ha valore tanto per gli incarichi di sostituzione quanto per gli incarichi a tempo determinato ai sensi del "protocollo aggiuntivo".

Rispetto al precedente accordo è stata reintrodotta la valutazione dell'attività professionale svolta nella branca principale dopo il conseguimento del titolo valido per l'inclusione in graduatoria dalla data di pubblicazione del presente accordo, visto l'utilizzo della graduatoria per nuove assunzioni.

I turni disponibili vengono pubblicati con cadenza bimestrale e la domanda deve essere fatta entro il 10° giorno del mese successivo, e, nell'intento di tenere conto delle esigenze del servizio che talvolta possono essere legate alla necessità di assegnare un particolare incarico ad un medico che abbia specifiche competenze professionali, **l'art. 9, comma 2** recita: *la pubblicazione dei turni disponibili può contenere eventuali specificazioni circa il possesso di particolari capacità professionali che si richiedono allo specialista, al quale deve essere attribuito il turno stesso. In tali casi la scelta dello specialista, nel rispetto delle procedure di cui all'art. 10, avviene sulla base della preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità richieste da parte di apposita commissione di esperti del settore composta di due specialisti delegati dall'Azienda e due specialisti designati da membri di parte medica del Comitato consultivo zonale di cui all'art. 11.*

Altra modifica di rilievo, rispetto al precedente accordo, nell'interesse tanto dell'Azienda quanto dei sanitari operanti nell'area, è quanto previsto **all'art. 10, comma 5**: *in deroga alle priorità ed alle procedure di cui ai commi che precedono, ove presso un presidio e per una determinata branca specialistica si verifichi un incremento delle richieste di prestazioni, l'Azienda, sentiti i Sindacati firmatari del presente Accordo, ha la facoltà di attribuire aumenti di orario ad uno o più specialisti che prestano servizio nel presidio e nella branca, sempre che il sanitario interessato al provvedimento svolga in via esclusiva attività professionale ai sensi del presente Accordo.*

Tale norma, infatti, consente, da un lato, all'Azienda di concentrare su un ristretto numero di sanitari attività soggette ad elevata richiesta di prestazioni, dall'altro, permette allo specialista, qualora sia interessato, di accentrare con maggior facilità il proprio orario di servizio presso un minor numero di presidi.

Va ricordato che in attesa dell'individuazione dell'avente diritto possono essere conferiti incarichi provvisori di durata non superiore a tre mesi, secondo l'ordine della graduatoria e con priorità per medici non titolari di altro incarico e non in posizione d'incompatibilità.

All'**art. 15** si sottolineano il ruolo e la piena partecipazione dello specialista ambulatoriale ai progetti e programmi di rilievo regionale ed aziendale in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, a norma del D.L.vo n. 229/99.



All'**art. 16** si prevede il responsabile di branca, demandando ad appositi accordi regionali l'individuazione di funzioni, compiti ed appositi compensi.

Si ribadisce la piena integrazione del lavoro svolto dagli specialisti con quello del personale dipendente anche ai fini del raggiungimento di specifici obiettivi e dei relativi incentivi economici.

All'**art. 17**, riveste particolare importanza il comma 4 che, confermando la predetta integrazione, prevede la valutazione economica per il raggiungimento dei risultati in modo proporzionale al personale dipendente.

Anche all'**art. 18**, relativo alle prestazioni di attività extra-moenia, sono state apportate alcune modifiche per dargli maggiore applicabilità. E' previsto che l'Azienda può far svolgere allo specialista la propria attività professionale al di fuori della sede abituale di lavoro, di norma oltre l'orario di servizio, ma eventualmente anche all'interno dello stesso orario, sempre che ricorrano oggettive condizioni di fattibilità. Tale attività è chiaramente soggetta a preventiva programmazione con il medico interessato.

E' inoltre prevista per la prima volta la pronta disponibilità.

Con l'**art. 19** si definiscono importanti criteri per il diritto - dovere degli specialisti alla formazione continua.

Con l'**art. 20** viene modificata in modo sostanziale tanto la valutazione dell'entità dei distacchi sindacali, quanto la rappresentatività sindacale in ambito nazionale, regionale ed aziendale.

La corretta lettura di tale articolo è fondamentale per l'insediamento dei comitati zionali e regionali e delle commissioni di disciplina.

L'**art. 28**, che disciplina le sostituzioni, è stato da sempre uno dei cardini della medicina specialistica ambulatoriale. La sua grande importanza discende dal fatto di facilitare l'erogazione delle prestazioni anche in condizioni d'emergenza, talora determinate da fatti imprevedibili, come ad esempio in occasione d'improvvisa malattia del sanitario. L'opportunità di poter provvedere personalmente a designare il sostituto impedisce la riduzione dell'indice di gradimento degli utenti conseguente alla costrizione di rinviare delle visite, chissà da quando prenotate, e che rappresentano una necessità e non certo una scelta.

**Art. 43 - Libera professione intra-moenia**

- 1.) *L'Azienda consente allo specialista e ai medici di cui alla "Norma finale n. 6" l'esercizio della libera professione intra-moenia per prestazioni ambulatoriali.*
- 2.) *Lo svolgimento dell'attività deve avvenire fuori dell'orario di servizio, in giorni e orari prestabiliti, compatibilmente con la disponibilità di spazi e personale e con le possibilità di accesso dell'utenza.*

Come nel mondo medico della dipendenza, anche nella categoria degli specialisti ambulatoriali tale articolo ha suscitato e suscita non poche perplessità.

Appare logico, del resto, che si opponga resistenza nei confronti di un qualcosa che stravolge il modo di concepire l'attività libero professionale.

In effetti, il dover rinunciare all'autonomia goduta sino ad oggi, per costringere la professione, e quindi la professionalità, all'interno di schemi rigidi, tanto organizzativi quanto economici, con conseguente possibile riduzione della qualità, sta facendo sollevare da tutto il mondo medico numerose e veementi rimostranze.

Anche se ciò appare comprensibile, è, comunque, convinzione dello scrivente, che in tempi non eccessivamente lunghi, tale attività prenderà sempre più consistenza all'interno delle diverse strutture, portando ad una reale divisione del corpo medico, in base alla naturale collocazione che ogni sanitario ritiene più congeniale a se stesso.

La **norma finale n. 8** individua gli argomenti inerenti gli accordi regionali ed aziendali e la data entro cui devono essere iniziate le trattative.

La **norma finale n. 9** rappresenta l'anello di congiunzione per l'assegnazione degli incarichi a tempo determinato secondo la disciplina del "protocollo aggiuntivo".

La **norma transitoria n. 5** sancisce la cessazione dei rapporti a tempo determinato in atto, salvo la possibilità di rinnovarli mediante le procedure del "protocollo aggiuntivo".

**dott. Roberto Lala**