

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CALABRIA

XIII LEGISLATURA

PROPOSTA DI LEGGE

di iniziativa del Consigliere regionale Vincenzo Bruno

**“DISPOSIZIONI URGENTI IN MATERIA DI ASSISTENZA
PRIMARIA:**

*Innalzamento del massimale degli assistiti dei medici di medicina generale nelle aree
disagiate della Calabria”*

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Premessa: il contesto sanitario calabrese e la nuova fase post-commissariamento.

La presente proposta di legge interviene in un momento di particolare rilievo per la sanità regionale. Con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 9 aprile 2026, dopo diciassette anni di gestione straordinaria, la Regione Calabria è stata liberata dal regime di commissariamento del servizio sanitario regionale, ritornando alla piena gestione ordinaria della propria politica sanitaria.

Il superamento del commissariamento, tuttavia, non comporta la contestuale uscita dal Piano di rientro dal disavanzo sanitario, con il quale la Regione continua a operare nel rispetto dei vincoli di spesa e di programmazione concordati con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze. Proprio per questa ragione, ogni intervento legislativo in materia sanitaria deve essere attentamente calibrato, garantendo da un lato il miglioramento dei livelli di assistenza — finalità primaria del Piano stesso — e, dall'altro, la rigorosa invarianza degli equilibri finanziari.

Il contesto calabrese presenta, sotto il profilo dell'assistenza primaria, criticità strutturali di particolare gravità: vaste aree interne e comprensori montani risultano privi di un numero adeguato di medici di medicina generale; la viabilità compromessa aggrava l'isolamento sanitario di intere comunità; la carenza di medici massimalisti e l'elevata età media della categoria rendono non sostenibile nel medio periodo il modello organizzativo attuale. A ciò si aggiunge la sistematica saturazione del servizio di emergenza-urgenza, spesso chiamato a supplire alle carenze dell'assistenza di base.

Il quadro normativo di riferimento e la giurisprudenza costituzionale.

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, all'articolo 38, fissa la disciplina del massimale degli assistiti per ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria. In particolare:

- la determinazione del massimale ordinario degli assistiti per ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria è fissata dall'articolo 38, comma 1, dell'ACN in 1.500 unità;

La medesima fonte contrattuale prevede, tuttavia, due distinti strumenti di flessibilità rispetto al massimale ordinario, concettualmente non sovrapponibili e oggi spesso confusi nella prassi applicativa:

- la deroga al massimale di cui all'articolo 48, comma 3, punto 5, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 — alla quale rinvia l'articolo 38, comma 1, dell'ACN — costituisce uno strumento di natura amministrativa ed eccezionale, che può essere autorizzata «in relazione a particolari situazioni locali», caso per caso e per un tempo determinato non superiore comunque a sei mesi: si tratta, dunque, di una misura puntuale e transitoria, non idonea a rispondere a carenze strutturali e generalizzate;

- l'innalzamento del massimale fino a 1.800 scelte di cui all'articolo 38, comma 2, dell'ACN ha invece natura strutturale ed è demandato alla contrattazione integrativa regionale (AIR), in attuazione della programmazione regionale, esclusivamente per i medici che operano nelle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria e/o in aree disagiate individuate dalla Regione nelle quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza.

Si tratta, come si vede, di due strumenti distinti per natura, finalità e durata: la deroga ex art. 48 L. 833/1978 opera caso per caso, in via amministrativa, per un massimo di sei mesi; l'innalzamento ex art. 38, comma 2, ACN opera in via generale e strutturale, attraverso la fonte negoziale di secondo livello (l'AIR), senza limiti temporali predefiniti. La presente proposta di legge si colloca esclusivamente sul secondo binario — ossia quello dell'articolo 38, comma 2, dell'ACN — e non utilizza in alcun modo la deroga semestrale di cui all'articolo 48 della legge n. 833 del 1978, che resta strumento di esclusiva competenza dell'autorità sanitaria amministrativa per situazioni emergenziali contingenti.

Il sistema dei rapporti convenzionali dei medici di medicina generale è disciplinato, sul piano statale, dall'articolo 48 della legge n. 833/1978, dall'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dall'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e dall'articolo 2-nonies del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito nella legge 26 maggio 2004, n. 138, che demandano all'ACN la regolazione uniforme del rapporto su tutto il territorio nazionale.

La Corte costituzionale, con la sentenza n. 157 del 2019, ha chiarito che la disciplina del rapporto convenzionale dei medici di medicina generale, pur riferendosi a un rapporto di lavoro autonomo «parasubordinato», rientra nell'«ordinamento civile» e si fonda su una «forte integrazione tra la normativa statale e la contrattazione collettiva nazionale», con «rigorosa delimitazione degli ambiti della contrattazione decentrata» e «limitato rinvio alla legislazione regionale per aspetti e materie ben definite». Nella stessa pronuncia la Corte ha valorizzato il rinvio all'articolo 40 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, secondo cui la contrattazione collettiva integrativa (in ambito regionale o aziendale) si svolge «con i vincoli e nei limiti stabiliti dai contratti collettivi nazionali», prevedendo la nullità e l'inapplicabilità delle clausole difformi.

La Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, con la sentenza n. 29137 del 6 ottobre 2022, ha ribadito che il rapporto convenzionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta è disciplinato, quanto agli aspetti economici, dagli accordi collettivi nazionali e integrativi, cui devono conformarsi, a pena di nullità, i contratti individuali, e che la contrattazione regionale o aziendale non può validamente disporre in senso contrastante rispetto a quanto stabilito in ambito nazionale.

In questo quadro, la Regione non può sostituirsi alla contrattazione collettiva per disciplinare direttamente il trattamento economico o la struttura del rapporto convenzionale dei medici, pena l'invasione della competenza esclusiva statale in materia di ordinamento civile e la violazione del principio di uniformità della disciplina sul territorio nazionale. Resta tuttavia salva — come

si vedrà al paragrafo successivo — la competenza legislativa concorrente regionale in materia di tutela della salute, qualora l'intervento abbia ratio prevalentemente organizzativa e si limiti a integrare temporaneamente la disciplina convenzionale nel rispetto dell'ACN.

La legge regionale per attivare strumento ex art. 38 dell'ACN.

Dal quadro normativo e giurisprudenziale appena descritto deriva una conseguenza decisiva sul piano operativo. L'ACN della medicina generale costituisce norma vincolante con efficacia uniforme sul territorio nazionale; ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies, del decreto legislativo n. 165/2001 — espressamente richiamato dalla giurisprudenza costituzionale — eventuali clausole di Accordi integrativi regionali o aziendali difformi dall'ACN sono nulle e vengono automaticamente sostituite dalla disciplina nazionale.

Ne consegue che le Aziende Sanitarie Provinciali e la stessa Giunta regionale, in assenza di una specifica legge regionale, non possono validamente modificare in via generale il massimale delle scelte disposto dall'articolo 38 dell'ACN. Le delibere di Giunta adottate in materia da alcune Regioni si sono infatti collocate sul binario della deroga amministrativa ex articolo 48, comma 3, punto 5, della legge n. 833 del 1978: hanno cioè autorizzato deroghe puntuali al massimale, in relazione a particolari situazioni locali, per un tempo determinato non superiore a sei mesi, con conseguente carattere temporaneo, eccezionale e contingente. Tale strumento, come si è già osservato al paragrafo 2, non è idoneo a rispondere a carenze strutturali e generalizzate dell'assistenza primaria. Solo l'intervento del legislatore regionale consente di attivare lo strumento strutturale di cui all'articolo 38, comma 2, dell'ACN, introducendo una disciplina stabile e organica idonea a rispondere alle esigenze permanenti del territorio. Ad oggi, l'unica Regione italiana ad aver esercitato tale potestà legislativa in via organica è la Sardegna, con la legge regionale 5 maggio 2023, n. 5, la cui legittimità costituzionale è stata riconosciuta dalla Consulta con la sentenza n. 26/2024.

La sentenza della Corte costituzionale n. 26/2024

La legge della Regione Sardegna 5 maggio 2023, n. 5, all'articolo 1, comma 1, ha autorizzato, «nelle more dell'approvazione dell'accordo integrativo regionale di categoria», l'innalzamento del massimale fino a 1.800 scelte, su base volontaria, per i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria operanti in aree disagiate individuate dalla Regione, nelle quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza. La disposizione è stata impugnata dal Governo e la Corte costituzionale, con la sentenza 27 febbraio 2024, n. 26, ne ha dichiarato la legittimità costituzionale.

La Corte ha osservato che l'articolo 38 ACN consente già all'AIR di innalzare il massimale fino a 1.800 assistiti, in particolare nelle aree disagiate individuate dalla Regione, e che la contrattazione integrativa regionale deve svolgersi nei limiti e con i vincoli fissati dall'ACN, secondo il modello delineato dall'articolo 40 del d.lgs. n. 165/2001. Applicando il criterio di

«prevalenza», la Consulta ha ritenuto che la disposizione sarda, pur incidendo su un profilo del rapporto convenzionale, perseguisse in via prioritaria una finalità organizzativa di tutela della salute: evitare che i cittadini residenti in aree disagiate rimanessero privi di assistenza primaria durante il lungo percorso di definizione dell'AIR.

La Corte ha qualificato la disposizione regionale sarda come misura:

- contingente e temporanea, operante esclusivamente «nelle more dell'approvazione dell'AIR»;
- integrativa della disciplina convenzionale, «nel rispetto della cornice di principio fissata dall'ACN»;
- finalizzata a garantire l'assistenza nelle aree disagiate, attraverso l'innalzamento del massimale fino al limite già previsto dall'ACN, su base volontaria.

Per tali ragioni la Corte ha ricondotto la legge sarda alla materia della «tutela della salute» ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione, in quanto intervento sui profili organizzativi dell'assistenza primaria, escludendo la violazione della competenza esclusiva statale in materia di «ordinamento civile».

La sovrapponibilità della situazione calabrese alla fattispecie sarda.

La situazione calabrese, ad un'attenta analisi, risulta giuridicamente sovrapponibile a quella sarda vagliata dalla Consulta nel 2024. Va tuttavia evidenziata, in via preliminare, una differenza di contesto temporale che, come si dirà, non incide sulla legittimità dell'intervento ma anzi la rafforza. Quando la Regione Sardegna ha adottato la propria legge nel maggio 2023, l'Accordo Integrativo Regionale di categoria non era ancora stato approvato, e la Corte costituzionale ha valorizzato proprio la formula «nelle more dell'approvazione dell'AIR» come elemento qualificante della legittimità della misura. La Regione Calabria si trova oggi in una posizione differente sul piano formale: l'AIR è stato approvato con DCA n. 58 del 21 marzo 2025, ai sensi dell'ACN del 4 aprile 2024. Tuttavia — ed è questo il punto giuridicamente rilevante — l'AIR calabrese non disciplina l'innalzamento del massimale a 1.800 assistiti per i medici operanti nelle aree disagiate, lasciando integralmente scoperto proprio il profilo che la legge sarda ha invece coperto in via legislativa. Sul piano sostanziale, dunque, la condizione è la medesima: la facoltà prevista dall'articolo 38, comma 2, dell'ACN non risulta attivata dalla contrattazione integrativa regionale, e la sua attivazione per via negoziale richiederebbe tempi non compatibili con l'urgenza assistenziale.

Tutti gli elementi che la Corte costituzionale ha ritenuto decisivi per qualificare l'intervento sardo come legittimo esercizio della competenza legislativa concorrente in materia di tutela della salute ricorrono, a ben vedere, anche nel contesto calabrese.

In primo luogo, sussiste in entrambe le Regioni la medesima esigenza sostanziale: garantire l'assistenza primaria a cittadini residenti in aree disagiate, caratterizzate da carenza strutturale di

medici di medicina generale e da condizioni orografiche e di viabilità che ne aggravano l'isolamento sanitario. Le caratteristiche del territorio calabrese — vaste aree interne, comuni montani, viabilità compromessa, popolazione anziana — corrispondono pienamente a quelle che la Consulta ha valorizzato nella sentenza n. 26/2024 con riferimento al territorio sardo.

In secondo luogo, ricorre la medesima condizione giuridica di lacuna della contrattazione integrativa di secondo livello sul punto specifico del massimale nelle aree disagiate. Tale lacuna assume in Sardegna la forma della mancata approvazione dell'AIR, e in Calabria la forma della mancata disciplina dello specifico istituto in un AIR pure formalmente approvato: ma il risultato giuridico è identico, ossia l'inattivazione, sul territorio regionale, della facoltà strutturale prevista dall'articolo 38, comma 2, dell'ACN.

In terzo luogo, la presente proposta di legge replica fedelmente la struttura dell'intervento sardo: opera su base volontaria; si applica esclusivamente alle aree disagiate individuate dalla Regione; non pregiudica i futuri esiti della contrattazione collettiva di secondo livello; rispetta integralmente la cornice di principio fissata dall'ACN; non incide sul trattamento economico dei medici, che resta integralmente disciplinato dall'ACN e dagli accordi integrativi vigenti. Quanto al carattere temporaneo, la presente proposta lo esplicita all'articolo 2, comma 4, prevedendo che la disposizione abbia efficacia fino all'eventuale modifica dell'AIR sul punto e comunque non oltre tre anni dall'entrata in vigore della legge. Tale termine triennale costituisce un'autolimitazione di prudenza che la Regione si dà nell'esercizio della propria competenza legislativa concorrente, e non è in alcun modo collegato al termine semestrale di cui all'articolo 48, comma 3, punto 5, della legge n. 833 del 1978: come già chiarito al paragrafo 2, quel termine governa lo strumento amministrativo della deroga eccezionale, mentre la presente proposta esercita la diversa facoltà strutturale prevista dall'articolo 38, comma 2, dell'ACN, per la quale non è fissato alcun limite temporale predefinito. La Corte costituzionale, nella sentenza n. 26/2024, ha del resto espressamente escluso l'adeguatezza del rimedio semestrale ex articolo 48 della legge n. 833 del 1978, osservando che esso non è idoneo a fronteggiare interventi «di dimensione ben più ampia e generalizzata».

Per queste ragioni, la presente proposta di legge si pone sulla medesima traiettoria giuridica della legge sarda n. 5/2023, e può ritenersi assistita dalla stessa solidità costituzionale che la Consulta ha riconosciuto a quest'ultima con la sentenza n. 26/2024.

L'AIR Calabria e la lacuna sulla disciplina del massimale nelle aree disagiate.

La Regione Calabria ha sottoscritto il proprio Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale, approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 58 del 21 marzo 2025, in attuazione dell'ACN del 4 aprile 2024 e previo parere favorevole dei Ministeri affiancanti (nota Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze prot. CALABRIA-DGPROGS-23/12/2024-0000602-P).

Tale AIR — pur affrontando la tematica delle aree disagiate attraverso la previsione di ore aggiuntive di assistenza per i medici operanti nei Comuni con popolazione inferiore ai 3.000 abitanti e distanza di almeno 30 minuti di percorrenza dalla residenza del paziente — non contempla alcuna disposizione espressa sull'innalzamento del massimale degli assistiti a 1.800 unità. La disciplina di tale istituto resta pertanto affidata, in Calabria, al solo rinvio all'ACN vigente contenuto nella clausola di salvaguardia dell'AIR.

Questa lacuna produce un effetto assai significativo sul piano pratico. L'articolo 38, comma 2, dell'ACN del 4 aprile 2024 consente l'innalzamento del massimale fino a 1.800 scelte esclusivamente per i medici che operano nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria — segnatamente UCCP e AFT ad alta complessità — ovvero, in alternativa, nelle aree disagiate individuate dalla Regione. In Calabria, tuttavia, essendo operative al momento solo sette strutture ex UCCP (tutte nell'ASP di Catanzaro, transitate nella forma di AFT ad alta complessità), la facoltà di innalzamento del massimale risulta di fatto fruibile soltanto in un ristrettissimo perimetro territoriale, mentre resta preclusa proprio là dove servirebbe di più: nei piccoli comuni interni e montani, dove il medico opera spesso in AFT a sede unica o in rete, senza configurazione multiprofessionale strutturata.

In altre parole, le aree maggiormente disagiate — quelle per le quali lo strumento è stato concepito dalla giurisprudenza costituzionale — restano ad oggi escluse dalla possibilità di innalzamento del massimale. Ne deriva il rischio concreto che intere comunità restino prive di medico di medicina generale o con una copertura gravemente insufficiente, con conseguente aggravio per il sistema di emergenza-urgenza e per i Pronto Soccorso.

Va sottolineato, sul piano giuridico, che la presente proposta di legge non subordina la propria efficacia alla rinegoziazione dell'AIR né tale rinegoziazione è imposta da alcuna disposizione: la riapertura del tavolo negoziale dipende infatti dalla volontà concorrente della Regione, delle organizzazioni sindacali della medicina generale e — in regime di Piano di rientro — dal parere preventivo dei Ministeri affiancanti ai sensi dell'articolo 3, comma 1, dell'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2009, recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010. La presente proposta si limita pertanto a stabilire che la disciplina da essa introdotta opera fino all'eventuale modifica dell'AIR sul punto, e comunque non oltre il termine massimo di tre anni di cui all'articolo 2, comma 4: ove l'AIR venisse rinegoziato e la materia disciplinata in via strutturale, la legge regionale cesserebbe di trovare applicazione su quei profili; ove invece la rinegoziazione non avvenisse o non interessasse il punto specifico del massimale nelle aree disagiate, la legge continuerebbe a operare entro il termine triennale, salvo proroga espressa con successiva legge regionale.

Una rinegoziazione dell'AIR sul punto specifico del massimale, peraltro, sarebbe in concreto difficilmente praticabile in tempi compatibili con l'emergenza assistenziale: l'AIR è di recentissima stipulazione (marzo 2025); la sua riapertura richiederebbe nuovo accordo con le organizzazioni sindacali, nuovo parere preventivo dei Ministeri affiancanti e nuovo decreto approvativo, con tempi tecnici non commensurabili alla gravità e all'urgenza dei disagi segnalati

nei territori. La legge regionale costituisce pertanto l'unico strumento giuridicamente idoneo ed effettivamente praticabile per introdurre, in tempi compatibili con l'emergenza assistenziale, la facoltà di innalzamento del massimale nelle aree disagiate calabresi. Essa non si sovrappone né entra in conflitto con l'AIR vigente: ne integra la disciplina, fornendo al medico di medicina generale una ulteriore opzione organizzativa su base volontaria, destinata a operare parallelamente alle misure già previste dall'AIR per le zone carenti.

Finalità e contenuti della proposta di legge.

Alla luce della giurisprudenza costituzionale, la presente proposta di legge:

- non intende modificare la disciplina nazionale del rapporto convenzionale dei medici di medicina generale, né la struttura del trattamento economico, che restano integralmente regolati dall'ACN e dagli accordi integrativi;
- si limita a utilizzare, in via temporanea e circoscritta alle aree disagiate, la facoltà di innalzamento del massimale fino a 1.800 assistiti già prevista dall'articolo 38, comma 2, dell'ACN, allo scopo di garantire la continuità dell'assistenza primaria;
- si configura come misura organizzativa di tutela della salute, esercizio della competenza legislativa concorrente regionale, nel rispetto della «cornice di principio» fissata dall'ACN e dei vincoli derivanti dal Piano di rientro dal disavanzo sanitario.

L'articolato, in particolare:

- definisce le finalità in termini di tutela del diritto alla salute nelle aree disagiate, richiamando l'articolo 32 della Costituzione e la competenza concorrente ex articolo 117, terzo comma, Cost.;
- autorizza, su base volontaria e temporanea, l'innalzamento del massimale fino a 1.800 scelte per i medici operanti nelle aree disagiate individuate dalla Giunta regionale, nelle quali l'incremento si renda necessario per garantire l'assistenza, nel rispetto dell'ACN e dell'AIR vigenti;
- disciplina le modalità di individuazione e aggiornamento delle aree disagiate, ancorandole anche ai criteri già fissati dal DCA n. 58/2025;
- prevede un sistema di monitoraggio dell'attuazione e una relazione annuale al Consiglio regionale;
- prevede che la misura operi fino all'eventuale modifica dell'Accordo Integrativo Regionale sul punto, e comunque non oltre tre anni dall'entrata in vigore della legge, salvo proroga espressa con successiva legge regionale a seguito del monitoraggio;
- introduce una clausola di invarianza finanziaria e di coerenza con il Piano di rientro.

Compatibilità con il Piano di rientro.

La presente proposta è pienamente compatibile con i vincoli del Piano di rientro dal disavanzo sanitario ancora vigente nella Regione Calabria. L'intervento, infatti: (a) non comporta nuova o maggiore spesa a carico del bilancio regionale, essendo i compensi ai medici di medicina generale già integralmente disciplinati dall'ACN e coperti dal Fondo Sanitario Regionale; (b) concorre al miglioramento dei Livelli Essenziali di Assistenza, che rappresentano finalità primaria e non derogabile dello stesso Piano di rientro; (c) contribuisce alla riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e al servizio 118 nonché al contenimento della mobilità sanitaria passiva, con un effetto indiretto di riduzione della spesa sanitaria complessiva.

L'intervento si colloca quindi non in contrasto, bensì in piena sintonia con gli obiettivi del Piano di rientro, rappresentando uno strumento di razionalizzazione organizzativa dell'assistenza primaria a costo zero per l'erario regionale.

Conclusioni.

Per le ragioni sopra esposte, si sottopone al Consiglio regionale la presente proposta di legge, nella convinzione che essa rappresenti uno strumento concreto, immediato e giuridicamente solido per restituire il diritto costituzionale alla salute ai cittadini calabresi residenti nelle aree più disagiate del territorio regionale.

RELAZIONE TECNICO-FINANZIARIA

Ai sensi dell'articolo 39 dello Statuto della Regione Calabria e delle disposizioni vigenti in materia di copertura finanziaria delle leggi regionali, si rappresenta quanto segue.

Relazione tecnico-finanziaria Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria.
PdL: “Disposizioni urgenti in materia di assistenza primaria: innalzamento del massimale degli assistiti dei medici di medicina generale nelle aree disagiate della Calabria”

Tab. 1 - Oneri finanziari:

Articolo	Descrizione spese	Tipologia I o C	Carattere Temporale A o P	Importo
Art. 1 (Finalità e ambito di applicazione)	Norma a carattere ordinamentale che indica oggetto e finalità della proposta.	//	//	0
Art. 2 (Innalzamento temporaneo del massimale degli assistiti nelle aree disagiate)	Norma a carattere ordinamentale che indica la possibilità dell'innalzamento del massimale degli assistiti nelle aree disagiate.	//	//	0
Art. 3 (Individuazione e aggiornamento delle aree disagiate)	Norma a carattere programmatico che consente di individuare ed aggiornare le aree disagiate senza gravare sulle risorse autonome del bilancio regionale.	//	//	0
Art. 4 (Monitoraggio e relazione al Consiglio regionale)	Norma a carattere programmatico relativa al monitoraggio ed ai risultati conseguiti dall'applicazione della legge	//	//	0
Art. 5 (Clausola di invarianza finanziaria e coordinamento con il Piano di rientro)	Norma che reca la clausola di invarianza finanziaria e la compatibilità con il piano di rientro dal disavanzo sanitario.	//	//	
Art. 6 (Entrata in vigore)	“	//	//	

Criteria di quantificazione degli oneri finanziari

La presente proposta di legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale. Il trattamento economico dei medici di medicina generale, ivi compresa la quota capitaria corrisposta per ciascun assistito in carico, è integralmente disciplinato dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente e dai relativi Accordi Integrativi Regionali e Aziendali, e trova copertura nelle risorse ordinarie del Fondo Sanitario Regionale già iscritte in bilancio.

L'innalzamento volontario del massimale degli assistiti non determina alcun incremento della dotazione organica del personale convenzionato, ma si limita a consentire una più efficiente redistribuzione delle scelte degli assistiti tra i medici disponibili, con l'effetto di assicurare la copertura sanitaria ai cittadini residenti in aree attualmente prive di medico di base.

Dal punto di vista degli effetti indiretti, la misura è suscettibile di produrre risparmi per il Sistema Sanitario Regionale in termini di: riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e al servizio di emergenza-urgenza 118; contenimento della mobilità sanitaria passiva verso altre Regioni; minor ricorso a prestazioni specialistiche sostitutive dell'assistenza primaria. **Tali effetti, ancorché non quantificabili ex ante con precisione, si collocano in senso favorevole al conseguimento degli obiettivi del Piano di rientro dal disavanzo sanitario.**

La proposta di legge è pertanto pienamente coerente con la cornice finanziaria vigente e con i vincoli derivanti dal Piano di rientro, rispetto ai quali non introduce alcun elemento di criticità.

Tab. 2 Copertura finanziaria:

Indicare nella Tabella 2 il Programma e/o capitolo di copertura degli oneri finanziari indicate nella tabella 1.

A titolo esemplificativo e non esaustivo si individuano come possibili coperture:

- l'utilizzo di accantonamenti a fondi speciali di parte corrente e/o di parte capitale
- riduzione di precedenti autorizzazioni legislative di spesa;
- nuove o maggiori entrate;
- imputazione esatta al Programma inerente e coerente con la spesa prevista;
- altre forme di copertura.

Tab. 2

Programma / capitolo	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Totale
Missione	//	//	//	//
Totale	//	//	//	0

Proposta di legge di iniziativa del Consigliere Vincenzo Bruno recante:

“Disposizioni urgenti in materia di assistenza primaria: innalzamento del massimale degli assistiti dei medici di medicina generale nelle aree disagiate della Calabria”

Testo

Art. 1

(Finalità e ambito di applicazione)

1. La Regione Calabria, in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione e ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione, adotta disposizioni urgenti per garantire la continuità dell'assistenza primaria nei territori caratterizzati da carenza di medici di medicina generale.
2. La presente legge è adottata nel rispetto della disciplina statale e della contrattazione collettiva nazionale e integrativa in materia di rapporti convenzionali con i medici di medicina generale, nonché dei vincoli derivanti dal Piano di rientro dal disavanzo sanitario..
3. La presente legge integra, per i soli profili da essa disciplinati, l'Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 58 del 21 marzo 2025.

Art. 2

(Innalzamento del massimale degli assistiti nelle aree disagiate)

1. È autorizzato, ai sensi dell'articolo 38, comma 2, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, l'innalzamento del massimale fino al limite massimo di 1.800 scelte, su base volontaria, per i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria operanti nelle aree disagiate di cui all'articolo 3.
2. L'adesione è facoltativa e revocabile in ogni tempo, senza pregiudizio del rapporto convenzionale.
3. L'innalzamento non incide sul trattamento economico e normativo del medico, integralmente disciplinato dall'Accordo Collettivo Nazionale e dagli accordi integrativi vigenti.
4. La presente disposizione si applica fino all'eventuale modifica dell'Accordo Integrativo Regionale di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 58 del 21 marzo 2025 che disciplini in via strutturale la materia, e comunque non oltre tre anni dall'entrata in vigore della presente legge. La proroga è disposta con legge regionale, previa valutazione degli esiti del monitoraggio di cui all'articolo 4.

Art. 3

(Individuazione e aggiornamento delle aree disagiate)

1. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, individua con propria deliberazione, sentite le Aziende Sanitarie Provinciali e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della medicina generale, le aree disagiate ai fini dell'articolo 2.
2. L'individuazione delle aree disagiate tiene conto dei seguenti criteri:
 - a) carenza di medici di medicina generale rispetto al rapporto ottimale previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;
 - b) condizioni orografiche, demografiche e di viabilità che ostacolano l'accesso al medico di medicina generale, con particolare riguardo ai Comuni di cui all'articolo 2 dell'Accordo Integrativo Regionale approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 58 del 21 marzo 2025;
 - c) assenza o insufficienza di forme organizzative multiprofessionali dell'assistenza primaria.
3. La deliberazione di cui al comma 1 è aggiornata con cadenza almeno annuale in relazione all'evoluzione del quadro assistenziale territoriale, previo parere delle Aziende Sanitarie Provinciali.

Art. 4

(Monitoraggio e relazione al Consiglio regionale)

1. Il Dipartimento regionale "Salute e servizi sanitari", in collaborazione con le Aziende Sanitarie Provinciali, monitora l'attuazione della presente legge, con riferimento al numero dei medici aderenti e degli assistiti interessati, alle aree coinvolte e agli effetti sulla continuità assistenziale e sull'accesso alle cure primarie.
2. La Giunta regionale, entro il 31 marzo di ogni anno, trasmette al Consiglio regionale una relazione sull'attuazione della presente legge e sui risultati conseguiti, con particolare riferimento all'impatto sugli accessi ai servizi di emergenza-urgenza e sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Art. 5

(Clausola di invarianza finanziaria e coordinamento con il Piano di rientro)

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale. Alle attività previste dalla presente legge si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie del Fondo Sanitario Regionale per l'assistenza primaria, a legislazione vigente.

2. La presente legge è attuata in coerenza con gli obiettivi e i vincoli del Piano di rientro dal disavanzo sanitario della Regione Calabria.

Art. 6

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.

f. to Vincenzo Bruno
Gruppo consiliare
“Tridico Presidente”