

I medici di medicina generale nel servizio sanitario nazionale. Le funzioni, il ruolo e le prospettive

*Martina Conticelli**

1. Premessa

Protagonista quasi assoluto del dibattito sul personale sanitario nell'attuale momento storico, il medico di medicina generale è una figura fondamentale in molti ordinamenti. Se la discussione è alimentata da esigenze di revisione complessiva dell'organizzazione sanitaria, gli argomenti che la animano lasciano trasparire la centralità del ruolo dei cd. medici di famiglia, tanto per quei sistemi che abbiano configurato il modello di assistenza sanitaria nella forma del servizio sanitario pubblico, quanto per quei Paesi che abbiano optato per la soluzione assicurativa. Pur con diversa denominazione, qualifica, formazione, incardinamento e funzioni, la presenza di una figura, con le caratteristiche di cui si dirà, è diffusa certamente in tutta Europa, dal *general practitioner* (noto come GP) per il *National Health Service* britannico, al cd. *médecin généraliste* nel sistema francese, al *médico de família* in Portogallo, sino al *médico de cabecera* spagnolo¹.

Considerato il rilievo assegnato alla riforma dei medici di medicina generale come fulcro nella soluzione dei problemi attuali o emergenti dell'assistenza territoriale, e se si pensa alle premesse svolte in termini di ruolo e posizione, desta stupore il fatto che sino ad oggi il tema non sia stato particolarmente approfondito nelle riflessioni degli studiosi: rispetto al maggiore interesse che l'origine di questa figura ha riscontrato nelle ricostruzioni storiche, una vera e propria valutazione giuridica, concentrata sulla professionalità, sulle funzioni e sul trattamento di colui che in tanti sistemi sanitari detiene il grimaldello dell'accesso alle prestazioni – solo

* Professoressa ordinaria di Diritto Amministrativo, Università Tor Vergata.

¹ Per uno sguardo comparato, sono sempre attuali le riflessioni svolte nei diversi capitoli del prezioso volume di A. PIOGGIA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, G.M. RACCA, M. DUGATO, *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Maggioli, Rimini, 2011.

per citare una delle molte funzioni – non è stata condotta in maniera compiuta, almeno nel campo del diritto amministrativo.

A questa lacuna mirano a porre rimedio i diversi contributi raccolti in questo numero della *Rivista*, che hanno indubbiamente il merito della lungimiranza nella scelta dell'oggetto, oltre che, visti nel loro complesso, della completezza nello sguardo di analisi. Al tempo stesso, è verosimile che nel prossimo futuro molti altri lavori si aggiungano, in quanto destinati ad alimentare le diverse intenzioni di riforma della disciplina dei medici di medicina generale frattanto emergenti nel dibattito pubblico. Questo contributo ambisce a discutere il ruolo e la funzione dei medici di medicina generale nel servizio sanitario nazionale e ad esaminare il punto di vista della riforma attualmente in discussione. Si muove dalle origini storiche della figura, proprio in rapporto alle diverse forme assunte dall'organizzazione delle funzioni sanitarie, dalla unificazione del Regno ad oggi. Si procede, poi, all'analisi della disciplina e dell'inquadramento disegnato dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, sino alle prime misure di revisione dell'organizzazione delle cure primarie. Si traccia, quindi, una rapida rassegna delle diverse modifiche proposte, che si discutono, in questa sede, proprio in riferimento alla loro rispondenza rispetto alle finalità annunciate, vale a dire rispetto all'obiettivo di efficientamento dell'assistenza territoriale.

Alle considerazioni svolte in ordine alla rilevanza del ruolo dei medici di medicina generale, dentro e oltre il contesto nazionale, si accompagna la consapevolezza che la questione centrale del dibattito riguarda in verità, l'assetto dell'assistenza territoriale e delle cure primarie.

Se questo è il vero nodo della discussione, è chiaro, per un verso, che eventuali misure di riforma della stessa organizzazione territoriale non possano che coinvolgere anche l'inquadramento dei medici di base, e, per l'altro, che questi interventi possano comunque essere concepiti in modi e forme molto differenziati, tanto da incidere in misura molto diversa sulla disciplina delle professionalità di cui si discute.

Premesso che ogni intervento sulla figura del medico di medicina generale sia da calibrare con particolare attenzione, è pur vero che qualsiasi riforma dell'organizzazione sanitaria si voglia intraprendere, non sia possibile prescindere da una riflessione su una categoria così centrale di professionisti.

Quanto appena rilevato in tanto è vero, in quanto alla domanda in ordine a quando sia emersa la rilevanza della collocazione del medico di medicina generale nel nostro ordinamento, può darsi una risposta che ci spinge a fare riferimento a diverse fasi, quasi tutte inquadrabili come momenti di passaggio.

In altre parole, il problema della configurazione del ruolo o delle funzioni del cd. medico di base è, a parere di chi scrive, un tema in qualche modo ricorrente: anche per queste premesse, si tratta di una questione, per un verso, irrisolta, e per altro verso, complementare rispetto alla accurata gestione dello stesso sistema sanitario e alla misura concreta del suo stato di salute.

Polo di attrazione di attenzione nei momenti più critici, negli ultimi anni, i medici di medicina generale – e il relativo stato giuridico – hanno attirato grande attenzione tanto a seguito della verifica delle lacune nelle cure primarie e nell’assistenza territoriale, e della conseguente disparità tra i servizi regionali che si è manifestata con chiarezza nella fase della gestione della situazione di emergenza causata dalla diffusione della pandemia da Covid Sars², a partire dal 2020³, quanto in ogni riflessione complessiva in ordine alla mancanza di personale e diminuzione delle risorse del servizio sanitario in Italia.

Appare comunque evidente che il tema di fondo di qualsiasi analisi mirata alla sistematizzazione o alla riforma del ruolo di queste professionalità celi – come si è scritto – essenzialmente il problema del sostegno alla organizzazione dell’assistenza sanitaria di base. Si tratta anche in questo caso di difficoltà di lungo corso, se si pensa che la risoluzione dei problemi connessi con l’assistenza territoriale e con l’accessibilità continua ai servizi⁴,

² Si v. i diversi contributi pubblicati nel numero speciale *I sistemi multilivello alla prova dell'emergenza*, in *questa Rivista*, 2020, edizione digitale, in particolare, per questa chiave di lettura, G. GARDINI, A. PIOGGIA e M. CONTICELLI.

³ Si cfr., A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto Pubblico*, 2, 2020, pp. 385-403, ma anche in Id., *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza. Commento a decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34 (Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19)*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 5, 2020, pp. 561-567.

⁴ In tema, M. BELLENTANI, L. BUGLIARI ARMENIO, S. CATANIA (Agenas), *Assistenza primaria, assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso*, Relazione presentata al convegno Sanit 2012, Roma, 12 giugno 2012.

oggetto di un decreto ministeriale già nel 2007⁵, tuttavia, sono rimasti a lungo nell'elenco dei buoni propositi⁶, sebbene tali questioni fossero state indicate quali obiettivi prioritari nel Piano sanitario nazionale per l'anno 2009, riproposti nell'agenda degli interventi negli anni successivi, e fatta eccezione per le iniziative assunte da alcune realtà territoriali⁷.

Senonché, la situazione di emergenza provocata dalla diffusione della pandemia ha semplicemente messo in luce carenze e problemi dell'assistenza territoriale, valutata forse per la prima come funzione a sé, ben oltre l'incessante bisogno di ridimensionamento dell'offerta ospedaliera (che resta elemento catalizzatore di qualsiasi revisione)⁸.

Oggi, l'assistenza territoriale è al centro degli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per la tutela della salute⁹.

Nel rilievo accordato alla esigenza di «rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari», tra le varie misure, la missione 6, componente 1, inserisce l'attivazione di circa 1.280 di Case comunità in un lasso di tempo abbastanza circoscritto, come progetti di nuova realizzazione o per mezzo della riconversione di progetti pre-esistenti.

⁵ Si v. il d.m. Salute, 10 Luglio 2007, adottato in attuazione della l. 27 Dicembre 2006, n. 296, cd. legge finanziaria 2007.

⁶ Sull'organizzazione territoriale della sanità, si cfr. C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Maggioli, Rimini, 2016.

⁷ Tra le esperienze precedenti censite dal Ministero della Salute in convenzione con Agenas già nel 2009, si possono citare le seguenti: Ambulatorio codici minori (Cold) (Lombardia); Ambulatorio codici minor gravità (A.DI.TE) (Molise); Aggregazioni Funzionali Territoriali (Veneto); Casa della Salute (Toscana); Assistenza Territoriale Integrata (Emilia Romagna); Strutture Polifunzionali per la Salute SPS; Ambulatorio codici bianchi pediatrico (Campania); Ambulatori Territoriali Integrati; Ambulatorio codici minor gravità (Liguria); Presidi Territoriali di Assistenza (Abruzzo); Assistenza Territoriale Integrata (Calabria); Assistenza Territoriale Integrata (A.T.I.B) (Basilicata); Punti di Primo Intervento (PPI) (Sicilia). Sul tema, anche M. CONTICELLI, *Lavori in corso nel servizio sanitario nazionale*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 5, 2013, pp. 485-493.

⁸ In merito, si v. Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese – 2011*, Roma 2012, pp. 68 ss.

⁹ Si cfr. *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Next Generation Italia, Italia Domani, pp. 227 ss.

In questo contesto, si inserisce anche la proposta di riforma che mira alla ridefinizione della disciplina dei medici di medicina generale, che merita di essere valutata, quindi, in riferimento a questo obiettivo¹⁰.

2. Le origini e l'evoluzione della figura, dal medico condotto al medico di famiglia

La figura del medico di medicina generale viene introdotta nel sistema sanitario nazionale sin dalla sua istituzione, che avviene, com'è noto, con l. 23 dicembre 1978, n. 833.

L'art. 25 di quella legge isola l'assistenza medico-generica e l'assistenza pediatrica, e ne affida la responsabilità al personale dipendente del servizio sanitario nazionale oppure a professionisti convenzionati, comunque operanti nelle unità sanitarie locali ovvero nel comune di residenza del cittadino.

La disposizione muove dalla valorizzazione di due condizioni fondamentali: la libertà di scelta del medico di base e il rapporto di fiducia tra medico e pazienti. La centralità dei due aspetti trova conferma nella previsione che lascia aperta la possibilità di interruzione del rapporto instaurato, tanto su iniziativa dell'uno, quanto per decisione degli altri. Sulla rilevanza di questi profili si tornerà più avanti.

L'architettura complessiva della legge – che come è noto ci ha lasciato un sistema sanitario universale – è stata rivista nel corso degli anni, e per ragioni diverse. Sinora, tuttavia, i diversi interventi hanno lambito questo aspetto, peraltro in via indiretta. Eppure, riforme e ritocchi hanno nel tempo eroso l'equilibrio complessivo disegnato nel 1978, con ripercussioni proprio sull'assistenza territoriale e quindi indirettamente sui compiti e sulle responsabilità affidate alle figure professionali di cui parliamo.

Nello sforzo di comprendere l'inquadramento compiuto dalla legge istitutiva negli anni Settanta del secolo scorso, può essere utile ritrovare, in quelli che ne sono considerati i precedenti storici, quei ruoli e quelle professionalità che, normalmente richiamati per indicarne le origini, nel corso degli ultimi due secoli e sino a quella riforma, hanno svolto funzioni analoghe a quelle che oggi sono assegnate ai medici di medicina

¹⁰ Si cfr. Camera dei Deputati, Proposta di legge d'iniziativa dei Deputati Benigni, Cappellacci, Patriarca, recante *Disposizioni in materia di medici di medicina generale*, Roma, 29 gennaio 2025.

generale, e che sono stati in qualche forma assorbiti dalla categoria individuata dall'art. 25, l. n. 833/1978.

Si intende far riferimento, *mutatis mutandis*, alle prime cure – e quindi all'assistenza territoriale di base – affidate, per il periodo immediatamente successivo all'unificazione del Regno, al medico condotto, nonché alla funzione di accesso alle cure, con riguardo al funzionamento delle casse mutue e alle assicurazioni, di cui è stato a lungo responsabile il cd. medico della mutua. Vale, quindi la pena fare qualche rapido accenno alle due professionalità appena citate, quasi sempre affiancate nei commenti e nelle ricostruzioni a quella che oggi ci interessa.

La condotta medica è istituita con la l. 22 dicembre 1888, n. 5849, cd. legge Pagliani-Crispi: la disciplina mira a fornire una prima organizzazione a quella che lo stesso legislatore dell'epoca definisce come l'amministrazione sanitaria del Regno¹¹.

Il medico condotto è scelto per chiamata diretta o selezionato per concorso, è nominato dal Comune e confermato dall'autorità medica provinciale¹², ed è legato all'amministrazione locale da un rapporto contrattuale¹³. Svolge funzioni di igiene in qualità di ufficiale sanitario: in questa veste, egli ha obblighi di informazione nei confronti dell'amministrazione comunale (soprattutto in materia di malattie infettive e diffusive). È investito della cura degli indigenti, o degli infermi in generale, per quegli enti territoriali che prevedano, oltre alla copertura obbligatoria degli indigenti, anche un'ulteriore copertura estesa all'intera popolazione.

Sin da principio, la figura porta con sé una ambiguità che potremmo definire “di sistema”. Quando la tutela della salute non presenta ancora una organizzazione definita avuto riguardo alla distribuzione delle funzioni, e nel complesso delle attività rilevanti per i pubblici poteri (cosa che avverrà solo molti anni più tardi), oltre a quanto svolto dalle istituzioni di carità, diversi compiti risultano affidati al medico condotto, quali la

¹¹ Ruolo e funzioni della neo-istituita figura in C. PAGANI, *Condotta medica*, in *Digesto it.*, VIII, Torino, 1986, pp. 674 ss.

¹² Sul punto, si v. G.B. CERESETO, *Sanità pubblica (interna, marittima, militare)*, cit., p. 327 e, *amplius*, pp. 386-387.

¹³ C. PAGANI, *op.cit.*, p. 679, lo configura come un contratto di locazione d'opera.

cura dei pazienti bisognosi (a carico delle casse comunali), e l'assistenza a pagamento per i pazienti benestanti.

Ciò premesso, il raccordo tra diversi soggetti e tra funzioni – queste ultime non sempre nettamente distinte – resta caratterizzato da una indeterminatezza di fondo, che si accentua, peraltro, con l'affermarsi del sistema delle assicurazioni, quando al medico condotto e alle istituzioni di carità si affiancano anche le casse mutue¹⁴. Si solleva il dubbio, ad esempio, se – e fino a che punto, a fronte del potenziale intervento di istituzioni di beneficenza e assistenza, permanga l'obbligo in capo ai comuni di ricorrere ai medici condotti¹⁵. A dispetto di ciò, alla fine del XIX secolo, si ritiene che l'istituto “pubblico” della condotta medica, inizialmente impostato in via sussidiaria rispetto all'iniziativa privata di carità, vada assumendo i tratti del servizio pubblico¹⁶, proprio quando il servizio di assistenza sanitaria domiciliare svolto dal medico inizia a rappresentare la principale forma di cura anche per i poveri¹⁷.

La seconda figura è legata al sistema mutualistico, che, invece, si afferma verso la fine del XIX secolo¹⁸, trova rapido sviluppo negli anni Venti del secolo scorso, anche grazie alla progressiva attenzione nei confronti delle condizioni del lavoratore, che, con particolare riguardo alla considerazione della tutela della integrità fisica, ottiene riconoscimento formale nella Carta del lavoro del 1927.

¹⁴ Sulla mancata distinzione e anzi sulla sovrapposizione tra la beneficenza, l'assistenza legale, il mutuo soccorso e le assicurazioni sociali, si cfr. S. DELOGU, *Sanità, sicurezza sociale e programmazione*, Torino, Einaudi, 1967, p. 9. Riflessioni analoghe, con riguardo, però al periodo successivo all'approvazione della riforma ospedaliera, ma precedente all'istituzione del servizio sanitario nazionale, tra A. BARRETTONI ARLERI, *Unità sanitarie locali e soggetti erogatori di assistenza ospedaliera*, in *Regioni e Comunità locali*, 2-3, 1977, pp. 89 ss.

¹⁵ Quesito in ordine al quale riferisce delle opinioni negative L. SALVI, *I medici sanitari condotti*, in *L'ordinamento sanitario. Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione, Firenze 10-11-12 ottobre 1965*, Vicenza, Neri Pozza, 1967, p. 98, e di quelle positive C. PAGANI, *Condotta medica*, in *Digesto italiano*, XXI, vol. VIII parte I, Unione tipografica editrice, Torino, 1896, p. 675.

¹⁶ L. LATTES, *Le providenze sanitarie per i lavoratori*, Pubblicazioni della Facoltà di Giurisprudenza della R. Università di Modena, Modena, 1930, p. 2.

¹⁷ Nei termini di T. DETTI, *Salute, società e Stato nell'Italia liberale*, Franco Angeli, Milano, 1993, pp. 70 ss.

¹⁸ Si cfr. A. DE VALLES, *Le assicurazioni sociali*, in V.E. Orlando (a cura di), *Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano*, vol. VI, parte prima, Milano, Società editrice libraria, 1930.

Con riguardo agli iscritti, quella assicurativa si impone come opzione fondamentale di assistenza, quando si giunge all'assicurazione contro le malattie in genere¹⁹, oltre che per effetto della riunione degli enti mutualistici e delle casse nell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (Inam)²⁰, e resta tale almeno fino alla istituzione del servizio sanitario nazionale.

Compito delle casse mutue è quello di fornire assistenza medico generica e specialistica per il tramite di professionisti convenzionati e presso strutture – in qualche caso – gestite dagli stessi enti.

Il cd. "medico della mutua" è legato alla cassa per mezzo della convenzione²¹, che gli garantisce un numero congruo di pazienti e una remunerazione su base forfettaria o per prestazione; gli altri professionisti si dedicano alla cura di quanti restino esclusi²².

Il regime di convenzionamento, il metodo di remunerazione delle prestazioni, il doppio binario rispetto ai servizi alternativi, il disordine nell'organizzazione dei diversi servizi, nonché la moltiplicazione delle spese – e molti altri fattori che per esigenze di economia non possiamo qui discutere – contribuiscono tutti al declino del sistema assicurativo, mentre parallelamente, la consapevolezza della certezza della fonte di guadagno, le distorsioni a carico della spesa e le implicazioni in termini di strategie di cura, coinvolgono nella crisi di fiducia e di legittimazione anche gli stessi professionisti.

L'eclissi del sistema è favorita, tra la fine degli anni Sessanta del secolo scorso e fino alla istituzione del servizio sanitario, dapprima dalla approvazione della legge di riforma del sistema ospedaliero²³, seguita dai trasferimenti delle competenze alle regioni, fino alla introduzione della figura del medico di medicina generale, che in corso stesura del testo di

¹⁹ Per un rapido sguardo d'insieme nella prospettiva della tutela della salute, F. DI CERBO, *La tutela della salute nell'ordinamento giuridico italiano*, Roma, Jandi Sapi, 1978, p. 143 ss.

²⁰ Si cfr. la l. 11 gennaio 1943, n. 138.

²¹ Sul convenzionamento, P. FANFANI, *Il rapporto convenzionale nel sistema del servizio sanitario nazionale*, Padova, Cedam, 1983.

²² F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Roma, Il Pensiero scientifico editore, 2011, p. 86.

²³ Si cfr. l. 12 febbraio 1968, n. 132 cd. legge Mariotti.

riforma del 1978 solleva vivace discussione in ordine alla scelta legislativa tra il regime di convenzionamento in libera professione e l'inquadramento come personale dipendente, risolta per mezzo di un compromesso che ci consegna la formulazione dell'art. 25, quale richiamata poc'anzi²⁴. La figura giunge al tempo attuale, passando attraverso le diverse riforme di sistema e con qualche intervento mirato, di cui si dirà. Ai sensi dell'art. 8, comma 1, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, la disciplina del rapporto di lavoro tra medici di medicina generale e aziende sanitarie è rimessa agli accordi collettivi nazionali.

3. L'attuale funzione e gli interventi intermedi

Dalla pur rapidissima ricostruzione diacronica che l'economia di questo lavoro ci ha consentito di svolgere, appare chiaro che la collocazione della figura del medico di medicina generale nell'ambito del nostro servizio sanitario richieda di richiamare – ma soprattutto di apprezzare – le scelte di fondo, tanto in termini di organizzazione, quanto in termini di sistema, in ordine alla tutela della salute, non solo per quanto riguarda il modello di intervento (assicurativo o prestazionale), ma anche quanto alla forma ordinamentale individuata nella distribuzione delle competenze (tra organizzazione centralizzata oppure regionale).

In altre parole, l'analisi della posizione e della figura del medico di medicina generale vanno calate nel contesto nel quale il professionista è inserito ed è chiamato a svolgere la propria attività.

Se muoviamo da questo assunto, è chiaro che i tratti caratteristici della categoria possono variare. Quali siano quelli maggiormente ricorrenti – se non addirittura costanti – e dunque se esista un modello unico cui diversi sistemi sanitari facciano riferimento – tanto da rispondere ad un'unica definizione – è un interrogativo cui si può tentare di dare una risposta facendo ricorso all'analisi di tre elementi: in primo luogo, si può far riferimento alle funzioni; in secondo luogo, si può prendere ad esame la preparazione; infine, si può richiamare il ruolo (nel senso di posizione nel contesto).

Il primo aspetto è probabilmente quello più complesso da descrivere, svolgendo i medici di medicina generale una serie molto composita e

²⁴ Ne riferisce ampiamente F. TARONI, *loc. cit.* ss.

diversificata non solo di compiti, ma anche di ruoli, la somma dei quali produce una sintesi che è richiamata solo in parte dai contenuti della funzione di assistenza territoriale, e in ordine alla quale è necessario svolgere alcune puntualizzazioni, di cui si dirà nelle riflessioni conclusive²⁵. La posizione occupata dai medici di medicina oggi è quella di primo punto di contatto con il servizio sanitario nazionale per quanto riguarda le cure primarie. Nell'ultimo rapporto Oasi, tale funzione è declinata in più prestazioni, tra le quali l'attività di prescrizione di medicinali e presidi, la prescrizione e la visione degli esami, la condivisione di informazioni, la prenotazione di appuntamenti, il consulto telefonico, l'attività di visita a studio, e di visita ambulatoriale, cui si aggiunge la visita domiciliare, per le patologie croniche o acute, e l'attività di certificazione, compresa quella INPS, per un carico potenziale di 1300 assistiti per medico²⁶.

A quelle elencate sono già aggiunte altre funzioni, che sono state oggetto di contrattazione collettiva dopo la prima fase di riforma nel 2012 – di cui si dirà – e che risultano già maggiormente collegate al coinvolgimento dei medici nell'assistenza territoriale generale, per mezzo della partecipazione ad alcune delle attività delle case di comunità. Proprio con riferimento a queste ulteriori funzioni, la valutazione intermedia dei risultati è generalmente positiva. Nel giudizio complessivo, diversi studi confermano l'efficacia degli interventi, l'adeguamento spontaneo al cambiamento, l'utilizzo di attitudini manageriali, nel costante orientamento al paziente. Basti pensare alla capacità di adattamento dei medici di base rispetto ai grandi cambiamenti occorsi a seguito della introduzione dei certificati e delle ricette dematerializzate e al potenziamento degli strumenti informatici e telematici.

Il secondo aspetto concerne il percorso formativo o il titolo abilitativo di accesso alla carriera, di natura dipendente o professionale, oggetto di

²⁵ Si v. decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, che all'articolo 2-*nonies*, fa riferimento alla contrattazione collettiva, e l'ultimo Accordo collettivo nazionale, 4 aprile 2024, di "Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni", e l'intesa in Conferenza approvazione ACN rep. n. 51/CSR del 2024.

²⁶ Fonte Crea Sanità, in particolare V. Di LUCA, *Il personale del Servizio Sanitario Nazionale*, in F. SPANDONARO, D. D'ANGELA, B. POLISTENA (a cura di), *Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio. XX Rapporto*, Crea Sanità, Roma 2024, p. 195.

attenzione in sede sovranazionale nelle direttive finalizzate prevalentemente alla formazione specifica nel quadro del riconoscimento dei titoli finalizzato alla libera circolazione dei medici²⁷, correntemente recepite nel nostro ordinamento²⁸. La preparazione professionale richiede oggi la laurea in medicina e chirurgia, il corso di formazione triennale in medicina generale previo superamento di un concorso per l'accesso e l'iscrizione alle graduatorie regionali²⁹.

Nel terzo aspetto, la disciplina giuslavoristica e la relazione giuridica di inquadramento fanno riferimento agli accordi collettivi nazionali, nei quali si individua non solo il ruolo e la posizione all'interno del servizio sanitario ma anche la disciplina della professione o del rapporto di lavoro³⁰. Si può anticipare sin da ora che quest'ultimo è uno dei profili – forse il più delicato – su cui la riforma attualmente in discussione mira ad incidere. La comprensione e lo sviluppo dei tre aspetti è rilevante per interpretare la discussione da una prospettiva e una dimensione critica. Questi punti rilevano non solo separatamente, ma anche nella loro combinazione e interazione.

Sono impegnate nella finalità di definire il ruolo occupato dai medici di famiglia oltre alle associazioni nazionali di categoria, anche organizzazioni “regionali” internazionali, che riuniscono i medici di famiglia, le loro organizzazioni professionali e gli istituti e i dipartimenti di formazione (se prendiamo a riferimento l'area europea *la World Organization of Family Doctors*, in quanto parte dell'Organizzazione Mondiale dei medici di famiglia). Nei documenti di queste associazioni si fa riferimento al medico di medicina generale come professionalità versatile, flessibile e multifunzionale: primo contatto, fonte di accesso diretto, responsabile della presa in carico dell'assistito e del coordinamento delle cure³¹. Pur se

²⁷ Si cfr. Direttiva 93/16/CEE del Consiglio, del 5 aprile 1993, in materia di libera circolazione dei medici, nel riferimento alla precedente Direttiva 86/457/CEE del Consiglio, del 15 settembre 1986, relativa alla formazione specifica in medicina generale.

²⁸ Si cfr. d.lgs. 17 agosto 1999, n. 368.

²⁹ Si cfr. art. 21 ss., d.lgs. n. 368/1999.

³⁰ Si cfr. al riguardo, il contributo di P. BOZZAO, in *questo Numero*.

³¹ Si v. a tal riguardo la definizione elaborata nel 2011 da WONCA – World Organization of National Colleges and Academies of Family Medicine/General Practice.

elaborate nella prospettiva della categoria, tali definizioni assumono un rilievo di non poco conto, se si considera che esse riguardano complessivamente modelli sanitari che possono aver compiuto scelte differenti in termini di inquadramento dei medici.

Nell'insieme, gli interventi svolti tra gli inizi e la fine degli anni Novanta del secolo scorso ad oggi hanno determinato importanti cambiamenti nella sanità italiana. La materia dell'assistenza territoriale, tuttavia, è rimasta in penombra almeno fino al primo decennio di questo secolo. A tale lacuna si è cercato di porre rimedio negli ultimi quindici anni. Quanto fatto sinora, tra riforme e controriforme, ha investito singoli aspetti della questione, almeno fino alla riorganizzazione proposta con d.lgs 13 settembre 2012, n. 158, convertito con l. 8 novembre 2012, n. 189. Nella ristrutturazione immaginata dal Ministro Balduzzi, l'assistenza di base assume una posizione centrale. Quell'intervento configura un passaggio importante, che ha avuto il merito di tracciare la direzione, portando in evidenza un elemento di carenza, intercettando quanto anticipato in diverse realtà regionali: la revisione tuttavia, per un verso, non ha potuto produrre un riordino complessivo, e, per l'altro, è rimasta in parte inattuata³².

Eppure, il riordino delle cure primarie è uno degli interventi di maggiore risonanza di quel provvedimento *omnibus*, che, con misure di vario oggetto, natura e applicazione – come, ad esempio, il ruolo dei medici di medicina generale³³ e i modelli organizzativi per l'assistenza territo-

³² Con diverse eccezioni, tuttavia, sin da principio è quanto è avvenuto nella regione Toscana, ad esempio, dove, alla conversione del d.l. cd. Balduzzi, ha fatto riscontro l'adozione della d.G.R. 28 dicembre 2012, n. 1235, che approva gli "Indirizzi alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste per il riordino del sistema sanitario regionale", nonché il "Piano operativo per riordino del sistema sanitario regionale": Su cui si v. quanto riportato al seguente indirizzo url: <http://toscana-notizie.it/blog/2013/02/01/per-una-sanita-piu-vicina-ai-cittadini-al-via-aft-e-uccp-firmati-i-primi-accordi-con-i-medici/>. Alla fine del mese di gennaio 2012, la regione Toscana ha firmato gli accordi con i medici di medicina generale e con gli specialisti ambulatoriali, mentre è in fase di definizione il protocollo per i pediatri di libera scelta. Si tratta dei primi accordi integrativi a livello regionale, cui seguiranno gli accordi aziendali. Per il resto, le formule organizzative erano state già ventilate agli artt. 26-*bis* e 26-*ter* dell'Accordo collettivo nazionale 23 marzo 2005, nel testo integrato con l'Accordo collettivo nazionale del 29 luglio 2009: un solo riferimento ai medici specialisti ambulatoriali è contenuto nell'Accordo siglato in data 8 luglio, 2010, art. 7. I testi sono disponibili al seguente indirizzo url: <http://www.fimmg.org/index.php?action=index&p=19>.

³³ Ciò è avvenuto in occasione del penultimo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) firmato in data 28 aprile 2022, e riferito al triennio contrattuale 2016/2018, che recepisce contenuti rilevanti per quanto riguarda la realizzazione delle forme di Aggregazione funzionale Territoria-

riale³⁴ – si è posto l'ambizioso obiettivo di «promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»³⁵.

Fermo il rapporto convenzionale, la riunione in un'unica figura professionale, quella del medico di base e il medico di guardia, alla quale sono affiancati i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, è interpretata in quel disegno proprio come propedeutica alla realizzazione dell'assistenza continuativa su tutto il territorio.

Con lo sguardo allo stesso obiettivo, inoltre, il provvedimento disciplina le cd. aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie. Per quanto riguarda le condizioni di fornitura del servizio, il d.l. n. 158/2012 promuove il coordinamento tra le diverse strutture, per garantire l'adeguata turnazione – nell'arco della giornata, nonché nei giorni festivi e prefestivi – e richiede anche la realizzazione del collegamento telematico, per la raccolta e la disseminazione dei dati, ai fini della migliore organizzazione del servizio, secondo quanto previsto dalla disciplina del sistema informativo nazionale, anche in relazione alla tessera sanitaria³⁶. Il rapporto di lavoro dei medici di famiglia resta inquadrato nella originaria natura convenzionale, producendo pochi effetti, se si eccettua qualche intervento negli accordi collettivi nazionali, comunque, distinti rispetto a quelli dei “colleghi” medici dirigenti dipendenti del servizio sanitario. Anzi, a sostegno della riorganizzazione, che in quel disegno le regioni devono attuare senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il comma 3, art. 1, d. l. n. 158/2012, postula il ricorso al personale dipendente del servizio sanitario nazionale in posizione di comando, anche per il tramite di procedure di mobilità, anche al di fuori del territorio interprovinciale.

le (AFT) e l'attività di medicina generale (con riferimento a turni e monte orario, di cui alla cd. ex continuità assistenziale).

³⁴ Per una prima lettura della riforma, con specifica attenzione a questo profilo, si v. R. POLILLO, *Con la riforma ruolo unico e copertura 24 ore su 24*, in *Parte la rivoluzione sanità. Le novità per medici, ASL e famiglie*, in *il Sole 24 ore, Le guide*, novembre 2012, pp. 24 ss.

³⁵ Riformulazione dell'assistenza ospedaliera avviata dall'art. 15, comma 13, della l. 7 agosto 2012 n. 135 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, cd. *Spending Review*.

³⁶ Si v. al riguardo l'art. 50, d.l. 30 settembre 2003, n. 269, convertito in l. 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.

Il momento decisivo per il definitivo riordino della assistenza territoriale giunge tuttavia, all'esito della valutazione degli effetti della pandemia e si verifica con gli interventi nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza³⁷, che colloca la ridefinizione della sanità territoriale tra i principali obiettivi, oltre al ripensamento dei modelli di prestazione e delle formule organizzative per la prossimità delle cure, alla promozione della ricerca, dell'innovazione e della digitalizzazione.

L'attuale proposta di riforma che coinvolge direttamente e specificamente per la prima volta i medici di medicina generale è "anticipata" da un decreto del Ministro della Salute approvato in concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, che interviene sull'assistenza territoriale, individuando i modelli e gli standard³⁸.

Il d.m. 23 maggio 2022, n. 77, cd. "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale", individua anche standard organizzativi e tecnologici omogenei, e procede a dare identificazione alle strutture, a compimento di uno tra gli obiettivi assegnati dalla Missione 6 del PNNR³⁹.

La definizione del medico di medicina generale che ci restituisce certamente ne conferma la centralità: al ruolo di referente principale, titolare del rapporto di fiducia per gli aspetti diagnostico-terapeutici nelle diverse fasi della sua vita, il d.m. 77/2022 affianca quello di referente clinico nelle altre funzioni che egli svolge nelle diverse strutture di comunità, da ora in avanti dedicate alla assistenza territoriale.

4. La proposta in discussione: tra mito e realtà

Lungi dall'essere un provvedimento isolato, la proposta di riforma attualmente in discussione pertanto va ricondotta al più ampio disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale. È con lo sguardo rivolto a

³⁷ Si v. il commento di A. PIOGGIA, *La sanità nel piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *Giornale di Diritto amministrativo*, 2, 2022, pp. 165-175.

³⁸ Si cfr. d.m. salute 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

³⁹ Si cfr. G. ALTAMURA, V. VENA, G. PALOZZI, A. NARDINI, *Gli interventi Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nella riforma dell'Assistenza Territoriale: rilevazioni 2023*, in F. SPANDONARO, D. D'ANGELA, B. POLISTENA (a cura di), *Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio. XX Rapporto*, cit., in particolare p. 442.

questo obiettivo, che si propone da parte di alcuni una nuova disciplina della figura dei medici di medicina generale.

L'intervento va a toccare i tre aspetti che si sono qualificati come caratteristici della figura, vale a dire le funzioni, la carriera e l'inquadramento lavorativo.

Se le modifiche relative al percorso di formazione possono essere facilmente riassunte nella previsione di un periodo di formazione specifica di dodici mesi, da svolgersi anche nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nonché presso le case della comunità oltre che presso un medico di medicina generale, più complesso appare il resto della riforma. Funzioni e inquadramento lavorativo nel nuovo sistema muovono da un fondamentale cambio di paradigma, che porta ad una trasformazione epocale della relazione con il servizio sanitario. Quest'ultima passerebbe in buona sostanza dal convenzionamento di un libero professionista alla qualifica di rapporto di lavoro subordinato, alle dipendenze del servizio sanitario.

Con conseguenze sulle funzioni (che quanto a destinatari, il nuovo medico di medicina generale dovrebbe svolgere non più solo in relazione ai propri assistiti, ma anche nell'ambito delle strutture territoriali), sull'orario di lavoro (dal momento che egli dovrebbe dedicare alle strutture territoriali un monte ore residuo rispetto a quelle riservate ai propri assistiti e fino ad un ammontare di trentotto settimanali, più eventuali sei a propria scelta, da destinare alle attività libero-professionali), nonché sulla retribuzione.

Se può apparire scontato che la categoria abbia reagito rivendicando l'opzione per la libera professione (soluzione adottata anche nel Regno Unito per la figura del *general practitioner*, mentre molti altri Paesi l'inquadramento di queste figure è quello di lavoratori dipendenti), tuttavia, sia consentito sollevare alcuni dubbi nei confronti di un intervento così radicale.

Nei precedenti paragrafi, si è fatto ampio riferimento a ricerche e studi che forniscono un racconto positivo dell'attività dei medici di medicina generale. Sebbene il risultato non cambi di molto in quei paesi nei quali tali figure sono diversamente inquadrate, tuttavia, resta essenziale comprendere le ragioni che portano a concentrare il cambiamento su una figura che ha sinora svolto un ruolo fondamentale sul territorio e che appare così strettamente centrale nell'ambito del servizio sanitario nazionale italiano.

L'esigenza di riforma dei sistemi sanitari nazionali non è una novità né in Europa né tantomeno in altre realtà dal momento che ovunque, alle crescenti esigenze della popolazione fanno da contrappeso politiche di contenimento della spesa.

Dato questo ristretto margine di manovra, il nodo dell'assistenza di base o delle cure territoriali è certamente uno dei più difficili da sciogliere. Se ampi e plurimi studi confermano l'apporto dei medici di medicina generale sul territorio, in termini di efficienza ed efficacia⁴⁰, al tempo stesso restano altre esigenze, che sono emerse in tutta la loro drammaticità in occasione della diffusione della pandemia da Sars Covid, nel 2020 in particolare, ma che erano in verità già note, come si è cercato di dimostrare.

Certamente, l'assistenza territoriale appare ancora in sofferenza, ma al tempo stesso è una funzione sulla quale si stanno concentrando molti sforzi e gran parte degli interventi del PNRR. Se il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia è un obiettivo fondamentale, in altre parole la sua operatività potrebbe giovare dell'incremento strutturale delle dotazioni di personale, senza dover ricorrere all'ulteriore apporto della figura dei medici di famiglia.

Senza contare che, messi in crisi nei precedenti storici, e particolarmente nel contesto di un sistema, quello delle mutue, che si caratterizzava per l'assistenza indiretta, nell'inquadramento di un modello di natura assicurativa, nell'opinione di chi scrive la posizione, il ruolo e la funzione del medico di medicina generale, oggi possono essere reinterpretati, in considerazione della sempre maggiore diffusione di un nuovo periodo "assicurativo", questa volta di natura privata. Un ruolo importante, in questo senso, anche di indirizzo e di responsabilizzazione del paziente⁴¹. Al di là dello scopo prospettato, ulteriori chiavi di lettura potrebbero condurre ad indicare altre ragioni oppure finalità differenti.

Si potrebbe sostenere che tra gli argomenti che propendono per il cambiamento vi è quello che la categoria stia subendo un calo progressivo

⁴⁰ Si v. G. BROCCOLO, F. GUERRA, F. LONGO, A. ZAZZERA, *I cambiamenti dei modelli di servizio della medicina generale*, in Cergas-Bocconi, *Rapporto Oasi*, Milano, 2024 pp. 447 ss.

⁴¹ Si v. N. DIRINDIN, *È tutta salute. In difesa della sanità pubblica*, EGA-Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2018.

nei numeri: Agenas rivela che la somma dei medici generali in Italia è pari alla metà di quelli di Francia e Germania e la quantità è inferiore, per assistito, a Portogallo e Irlanda. Se la tendenza dovesse essere confermata, nel breve-medio periodo i medici di medicina generale potrebbero non essere sufficienti rispetto al bacino di utenza. A fronte di questo rischio ci si chiede se siano proprio quelle proposte le misure idonee ad invertire la tendenza descritta⁴².

Un'altra lettura potrebbe suggerire che tra le intenzioni del legislatore si celi principalmente quella del contenimento della spesa, sempre valida in un tema quale quello di cui si discute, ma sempre produttiva di effetti potenzialmente distorsivi se non indirizzati nella giusta direzione: tale prospettiva potrebbe valere a giustificare un intervento mirato a limitare i costi del ricorso ad una figura professionale quale quella attuale (nel confronto rispetto ai dipendenti impiegati nel servizio sanitario pubblico). Ancora, l'intervento potrebbe essere ricondotto all'intento di mantenere un maggiore controllo sui medici di medicina generale, facendoli rientrare nel rapporto di lavoro dipendente.

Ora se tutte queste interpretazioni possano apparire in qualche modo ragionevoli, o meglio se tutte possano distintamente o congiuntamente apparire come verosimili, anzitutto occorre capire quanto esse siano strumentali rispetto ai bisogni dell'assistenza territoriale e in riferimento alla salute stessa del servizio sanitario complessivamente considerato.

Diversamente si può discutere di quanto l'intervento rischi di essere indirizzato da una serie di cd. "falsi miti". Su questa strada, la cui discussione potrebbe infatti portarci a prefigurare cosa potremmo perdere dalla modifica di inquadramento dei medici di medicina generale.

Per ruolo e funzioni, le figure oggetto di potenziale riforma hanno sinora fornito il proprio apporto al servizio sanitario anche attraverso la responsabilizzazione del paziente, oltre che mediante l'approccio centrato sulla persona.

Grazie alla loro attività, i medici di medicina generale hanno potuto assumere una prospettiva che ha consentito loro di mettere insieme un patrimonio informativo quasi unico.

⁴² Fonte: Agenas; si cfr. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, *Rapporto sui Medici di medicina generale*, Roma 2023.

Se la dimensione del loro intervento ha consentito la diffusione con capillarità dei rispettivi studi medici e ambulatori, il convenzionamento ha favorito la valorizzazione dell'elemento della autonomia⁴³.

Inoltre, i medici di medicina generale rappresentano, ad oggi, l'unico momento di espressione effettiva della preferenza e della fiducia del paziente nei confronti del medico, a fronte di quel diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura che si espleta nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari, e che trova oggi spazio prevalente nella individuazione della struttura.

Si tratta di un ulteriore dato su cui riflettere, giacché porta con sé una dimensione di unicità di punto di riferimento, che ben si esprime nella terminologia ricorrente, attraverso il richiamo al cd. "medico di fiducia", che comunica una costanza di relazione e di connessione, palesa un legame e descrive una relazione, in termini di affidamento, che qualifica tanto il rapporto, quanto il trattamento rispetto ai propri assistiti⁴⁴.

Infine, questi professionisti lavorano con organizzazione e infrastrutture proprie: non bisogna trascurare di rilevare che le risorse impiegate verrebbero necessariamente a perdersi, nel momento in cui si decidesse di ricollocare e riconfigurare tali professionalità.

Sicuramente uno sguardo complessivo potrebbe restituire eccezioni, rispetto a quanto scritto, che giustificano diverse e ulteriori forme di intervento: a fronte di questi ambiti di rischio, tuttavia, ci si chiede se non sia opportuno individuare soluzioni che tengano adeguatamente conto dei diversi aspetti citati, prima di intraprendere il cammino del riordino. Con riguardo alla strada prospettata, ad ogni buon conto, vale la pena, comunque e in conclusione, richiamare qualche ulteriore interrogativo. Anche riconducendo l'intento del riformatore al rafforzamento dell'assistenza territoriale, è davvero essenziale fare ricorso ai medici di medicina generale (figura neanche contemplata – a memoria – nel PNRR)? In caso di risposta affermativa a questo primo quesito, è davvero imprescindibile incidere sul rapporto di lavoro? Qualora la risposta sia ancora affermativa, l'intenzione di ricondurne l'inquadramento al rapporto di dipendenza

⁴³ Si v. C. MARI, in *questo Numero*.

⁴⁴ Si v. F. JACQUELOT, in *questo Numero*.

nell'ambito del servizio sanitario è motivata dal fatto che come professionisti essi non abbiano prodotto i risultati attesi, oppure è da ascrivere alla motivazione che sinora abbiano lavorato troppo bene? Laddove la risposta all'ultimo interrogativo sia definitivamente positiva, da questo dato si ritiene debba muovere qualsiasi ulteriore misura di riordino.

General Practitioners in the national health service. Their functions, role and perspectives

Martina Conticelli

Abstract: L'articolo discute ruolo e funzione dei medici di medicina generale nel servizio sanitario nazionale e esamina il punto di vista della riforma attualmente in discussione. Dalle origini storiche della figura, all'analisi della disciplina e dell'inquadramento disegnato dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, sino alle prime misure di revisione dell'organizzazione delle cure primarie, il contributo esamina le modifiche proposte nella prospettiva della effettiva rispondenza rispetto alla finalità di efficientamento dell'assistenza territoriale.

Abstract: This essay examines the status of general practitioners within the framework of the National Health Service and focuses on the reform currently under discussion in Italy. From the historical origins of the figure, to the analysis of the current discipline, up to the first measures adopted to review the organization of primary care, the Author examines the proposed changes and their degree of compliance with the final aim of increasing the efficiency of local healthcare.

Parole chiave: Medici di medicina generale, cure primarie, assistenza territoriale

Keywords: General Practitioner, Primary Care, Territorial Health Care Services