I medici di medicina generale e il servizio sanitario nazionale. Una prospettiva costituzionale

*Ines Ciolli**

1. I medici di medicina generale, nella storia. Dalla Riforma sanitaria del 1888 alla legge n. 833 del 1978

La figura del medico di medicina generale o medico di famiglia (MMG) è richiamata dal servizio sanitario nazionale (SSN), istituito con l. n. 833 del 1978, che ha introdotto nell'ordinamento repubblicano una tutela della salute non solo eguale e universale, ma che già all'art. 1 si presenta fortemente legata al territorio e alla partecipazione attiva alla gestione e alla protezione della salute collettiva da parte della comunità dei cittadini che vi risiedono.

È in questa prospettiva e all'interno di questo contesto che deve essere valutata sia la figura professionale, sia la funzione che il MMG è chiamato a svolgere. Per la prima volta, la tutela della salute è affidata a un medico che si prende cura dei cittadini non in particolari condizioni di malattia, ma in una più ampia prospettiva di prevenzione e assistenza continua. È, infatti, anche attraverso la figura del MMG che l'universalità e l'equità del SSN trovano un'attuazione: non solo cura tutti gli iscritti al servizio sanitario, ma contribuisce a una tutela globale, olistica della loro salute psicofisica.

In una prospettiva integrata di tutela della salute, il ruolo del MMG risulta oggi ancor più centrale per le sue competenze a tutto campo, che sono generali e non generiche¹.

* Professoressa associata di Diritto Costituzionale, Università Sapienza di Roma.

¹ Sul necessario approccio integrato dell'assistenza primaria, si sofferma G. MACIOCCO, *A Trent'anni da Alma Ata. Cure primarie: evoluzione storica e prospettive*, *Toscana Medica*, 6, 2008, p. 35 ss. L'A. ricostruisce il modello di "primary care" basato sulla prevenzione, sulla continuità delle cure, sulla costituzione di *team* assistenziali e sul ruolo attivo dei pazienti nella medicina di base e nella gestione delle malattie. Quel modello, presentato a discusso ad Alma Ata nella Conferenza Internazionale sulla Primary Health Care del 1978, è ancora valido e sostenibile; si distingue da quello oggi adottato dalla normativa italiana, perché quest'ultima quando disciplina l'approccio integrato delle cure fa riferimento piuttosto a un approccio globale della

Il suo ruolo era già stato considerato fondamentale per portare a compimento quella rivoluzione copernicana che si materializza nel 1978, perché ha rappresentato un vero e proprio anello di congiunzione tra i servizi specialistici ed ospedalieri e il paziente; è il medico territoriale cui tutti possono accedere in ambito regionale; è tra le figure che danno concretezza alla nuova tutela della salute, che si trasforma da “privilegio a diritto”².

Il modello Beveridge³ ha trovato una sua applicazione in Italia solo trent’anni dopo l’entrata in vigore della Carta fondamentale, nonostante fosse invocato già da alcune proposte di legge circolate durante la Resistenza, che optavano per un modello alternativo a quello frammentato e classista adottato durante il regime statutario e poi dal regime fascista⁴. Molti furono i medici che sin dagli Anni Sessanta prepararono la strada al nuovo SSN: l’esperienza degli insediamenti nelle periferie delle città senza servizi e in precarie condizioni igieniche e sanitarie, quella delle difficili condizioni dei lavoratori delle fabbriche, chiamate a sostenere il peso dell’industrializzazione italiana rapida e selvaggia, esigevano una

tutela della salute, intendendolo però come «approccio integrato “One-health”», che è menzionato, ad esempio, nell’art. 27, comma 2 del d.l. n. 36 del 2022 e persino nel PNRR che evoca il “One health” in più punti identificandolo con una tutela integrata della salute che tenga conto anche della qualità dell’ecosistema e di quella degli altri esseri viventi. Sulla distinzione di questi concetti, cfr. H. LERNER, C. BERG, *A Comparison of Three Holistic Approaches to Health: One Health, EcoHealth, and Planetary Health*, in *Frontiers in Veterinary Science*, 4, 2017, pp. 1 ss.

Tale tutela integrata della salute va accolta positivamente soprattutto perché promuove l’adozione di politiche pubbliche nelle quali la salute diventa un concetto estensivo, inclusivo e globale che persino le due componenti della Missione 6 del PNRR tengono in considerazione. Tuttavia, l’approccio integrato e olistico richiamato dalla medicina delle cure primarie e derivante dagli insegnamenti di Alma Ata, deve essere inteso in altro senso, perché l’integrazione che deve essere rafforzata è quella dell’organizzazione sanitaria, che deve essere intesa come una presa in carico totale del paziente che consenta una diretta comunicazione tra le diverse istituzioni sanitarie e permetta altresì un approccio multidisciplinare sia nella prevenzione, sia nella cura. Effettivamente, è in questa prospettiva che sembra muoversi il d.m. n. 77 del 2022 anche sulla falsariga del d.l. n. 158 del 2012 che già aveva centrato l’attenzione sull’assistenza territoriale.

² Così G. BERLINGUER, *Storia della salute. Da privilegio a diritto*, Firenze, Giunti, 2011.

³ Il modello Beveridge è un modello sanitario cosiddetto universale (introdotto in Inghilterra nel 1946 da sir Beveridge) che prevede che i costi del servizio sanitario siano sostenuti dalla fiscalità generale; la copertura sanitaria è così garantita a tutta la popolazione in modo indifferenziato.

⁴ Per una ricostruzione storica del passaggio dal regime fascista a quello della Repubblica e la nascita del modello Beveridge adottato nel 1948 in Inghilterra, C. GIORGI, *Salute per tutti. Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi*, Roma Bari, Laterza, 2024, pp. 22-23, 27-28.

tutela equa e universale⁵. In questa esperienza collettiva volta a dare piena attuazione dell'art. 32 Cost., i medici condotti del lavoro e gli epidemiologi, visto che conoscono i territori e le condizioni diseguali dei pazienti meno abbienti.

La figura del medico condotto, antesignano del medico di medicina generale, trova piena affermazione in Italia a partire dalla metà dell'Ottocento; è alle dipendenze dei comuni e si occupa della salute degli indigenti. Durante il Risorgimento e nell'Italia post-unitaria sono assai diffusi e presenti sul territorio⁶. Il loro contributo al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione italiana è rilevante anche per il fatto che partecipano a inchieste sulla povertà e contribuiscono con dati e proposte alla riforma sanitaria del 1888, la prima grande riforma che inserisce i medici condotti e i medici provinciali all'intero di una più ampia organizzazione sanitaria ancora di tipo gerarchico e centralizzato. La l. n. 5849 del 22 dicembre 1888, sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno, anche conosciuta come legge Crispi-Pagliani, dai nomi del Presidente del Consiglio e del medico e Professore universitario che l'aveva concretamente elaborata. Non solo la legge garantiva maggiori tutele, ma soprattutto prospettava una nuova organizzazione della sanità, ancora inserita nel Ministero dell'interno, ma dotata di una specifica e autonoma direzione di sanità pubblica⁷. La struttura organizzativa prevedeva anche una buona presenza sul territorio

⁵ G. BERLINGUER, *Bioethics, health, and inequality*, *Lancet*, 2004, pp. 1086-1091; E. SCANDURRA, *Periferie, i luoghi delle disuguaglianze*, *La critica sociologica*, 2016, pp. 27-32.

⁶ Nel 1887 si contavano 60 medici condotti ogni 100.00 abitanti, solo la Svizzera poteva vantare una proporzione migliore. Il rapporto capillare con i pazienti e con il territorio era così vantaggioso che si pensò già allora di impiegarli a fini di ricerca e furono così coinvolti nella inchiesta agraria del 1878 attraverso la Commissione sanitaria guidata da Agostino Bertani, medico e deputato. L'inchiesta ebbe una grande rilevanza e grazie ai medici condotti poté contare su dati abbondanti e analitici che posero le basi per la prima Riforma sanitaria del 1888. Sul punto, F. LUPANO, *I medici condotti e l'inchiesta agraria: la salute materno-infantile nel 1878*, *Quaderni ACP*, 2007, p. 131 ss. L'importanza dell'igiene pubblica e della epidemiologia già nella metà degli Anni Cinquanta del XIX secolo era già stato oggetto di studi, tra i quali si ricordano quelli di J. SNOW, *On the mode of communication of cholera*, London, J. Churchill, 1849 che ebbe però un grande successo solo con la II edizione del 1855 e A. TARDIEU, *Dictionnaire d'hygiène publique et de la salubrité*, Paris, Baillière et fils, 1862 e P. MANTEGAZZA, *Enciclopedia igienica e popolare*, Milano, Bricola, 1867.

⁷ G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale, 1348-1918*, Roma - Bari, Laterza, IV ed., 1988.

nazionale, grazie alla rete di medici comunali e provinciali e ufficiali medici⁸. Il medico condotto continuava a essere un dipendente dei comuni, mentre il medico provinciale dipendeva gerarchicamente dal Prefetto. Si trattava, però, di medici chiamati a curare i soli indigenti, ai quali lo Stato provvedeva per l'assistenza chirurgica, ma in modo residuale, ovvero nei casi in cui non avessero già provveduto loro le opere pie e caritatevoli. Il medico condotto era assunto dai comuni con incarico triennale (art. 14, comma 3) per una tutela occasionale della salute dei meno abbienti. L'assunzione della tutela della salute a diritto fondamentale iscritto in Costituzione era del tutto incompatibile con l'assetto normativo e organizzativo precedente; eppure, fino alla promulgazione della l. n. 833 del 1978 la garanzia è riservata a pochi e non in modo continuativo; anche se si deve ricordare un primo tentativo volto ad affermare l'unità delle cure e dei servizi della salute nella l. n. 296 del 1958, che istituì il Ministero della sanità⁹. In verità, il fascismo aveva tentato di avviare un sistema pubblico di tutele sanitarie e previdenziali, rompendo con il periodo statutario precedente, ma non era riuscito a contenere la crescita esponenziale del sistema mutualistico legato alle professioni e alle imprese, che aveva dato vita a un "arcipelago" composto da piccoli enti mutualistici difficili da integrare e da sorvegliare in termini di costi, che infatti implosero già prima della riforma del 1978¹⁰. La continuità assistenziale e l'universalità del servizio trovano invece il loro fondamento nella l. n. 833 del 1978 che affida ai MMG un ruolo di attori dell'assistenza medico-generica e di garanti della continuità delle cure, come statuisce l'art. 25 della legge.

⁸ La legge disciplinava la nomina e le funzioni del medico provinciale e dell'ufficiale sanitario comunale, figura che spesso coincideva con il medico condotto.

⁹ Sin dal 1945, in assenza di un Ministero specifico per la salute, era stato istituito, con decreto n. 417 del luglio 1945, l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità, presso il Ministero dell'interno con compiti di coordinamento e di vigilanza tecnica sulle organizzazioni e sugli enti sanitari in Italia. Per un quadro sintetico, ma esaustivo dell'organizzazione sanitaria in Italia tra il fascismo e l'avvento della riforma del SSN, A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, IV edizione, 2024, pp. 84 ss.

¹⁰ *Ibidem*.

2. Il Medico di medicina generale come centro propulsore dell'assistenza territoriale

Dal punto di vista delle funzioni, il MMG era inserito nel SSN in un contesto ben più ricco e complesso di quello attuale, poiché si prevedeva già un'attenta programmazione sanitaria volta a fissare obiettivi comuni a tutti i medici e alle strutture del SSN, affiancati sul territorio e all'interno delle unità sanitarie locali da servizi medico-scolastici presenti nelle scuole pubbliche e private, da presidi sanitari nelle fabbriche e dai consultori, strutture a tutela della salute della donna, della gravidanza e del feto, della coppia, della famiglia, dell'età evolutiva e degli adolescenti. In altre parole, tra gli obiettivi della riforma vi era soprattutto quello di una concreta diffusione di una cultura del benessere psicofisico attraverso l'accesso all'informazione, alla prevenzione e alla cura fornito da questi presidi sanitari ora scomparsi sicché quelle attività a tutela della salute sono ora affidate occasionalmente ai medici specialistici e più puntualmente al solo medico di famiglia.

Il d.lgs. n. 502 del 1992 esplicita meglio il rapporto tra il MMG e il territorio perché lo inserisce a pieno titolo nel distretto e nelle attività complesse di quest'ultimo, creando un coordinamento tra figure professionali territoriali e tra il territorio e le strutture ospedaliere¹¹. Nonostante la visione lungimirante della normativa, proprio la mancata attuazione di quel collegamento tra i diversi medici del distretto, tra questi, le strutture ospedaliere, gli ambulatori specialisti e persino le farmacie, ha reso più isolato il ruolo del MMG, che risente della mancata sinergia con altre figure mediche e altre istituzioni sanitarie, senza le quali una presa in carico integrata della salute diviene una utopia¹². Tale decreto indirizzava verso un modello

¹¹ L'art. 3-*quinquies* del d.lgs. n. 502 del 1992 è dedicato alle funzioni e alle risorse del distretto e in merito ai MMG li inserisce nelle attività di assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, che deve trovare attuazione mediante «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»; il distretto deve anche garantire il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate.

¹² A dire il vero, in tempi più recenti le Regioni hanno tentato di rispondere, a volte anche in modo efficace, a tale richiesta di integrazione quando si tratta di presa in carico per patologie complesse, attraverso la costituzione di "reti". I MMG sono spesso parte integrante della rete con diverse funzioni e partecipano anche in qualità di Responsabili del percorso di preven-

territoriale integrato di assistenza all'interno del distretto, volendo garantire "l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative mono-professionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree" (art. 8, b) bis). Lo stesso d.lgs. n. 502 del 1992 incoraggia forme di aggregazione e di cooperative tra MMG, proprio in funzione di una più ampia attività di cura sul territorio con servizi più complessi e per un numero di ore maggiori di presenza. Il distretto, la ASL, i medici di base costituiscono, insomma, l'ossatura di una medicina che punta sempre più sul territorio e meno sugli istituti di ricovero e cura; il difetto di questa ideale organizzazione risiede nella mancanza di relazioni istituzionali stabili tra le diverse strutture.

Vista l'importanza dell'organizzazione sanitaria territoriale e l'insuccesso delle normative che fino allora avevano disciplinato l'oggetto, il d.l. n. 158 del 2012 (convertito con modificazioni con l. n. 189 del 2012) torna a occuparsene in un momento di scarsità di risorse destinate alla salute e proprio allo scopo di garantire un'attività assistenziale per l'intera giornata e tutti i giorni della settimana. All'art. 1 la sanità territoriale si rivolge proprio ai MMG affinché possano garantire assistenza integrata adottando forme organizzative mono-professionali chiamate "aggregazioni funzionali territoriali" (Aft) che condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali; il decreto prevedeva anche forme di

zione e cura insieme ad altre figure e istituzioni o anche come attori della stessa formazione e del coordinamento delle reti territoriali. Il loro ruolo e le loro funzioni sono, ad esempio, esplicitate dalle Linee di indirizzo organizzative per la Rete oncologica regionale ai sensi dell'Accordo Stato Regioni n. 59/CRS del 17 aprile 2019, istituito con Atto di Organizzazione n. G13940 15/11/2021. Si tratta però di tentativo non ancora organici di stretta relazione tra professionisti della salute presenti sul territorio e soltanto ancora per specifiche patologie.

organizzazione multiprofessionali chiamate “unità complesse di cure primarie” che erogano prestazioni tramite il coordinamento e l’integrazione dei medici e di altre professionalità convenzionate con il servizio sanitario nazionale. Le unità complesse di cure primarie favoriscono la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l’arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione e operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l’assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.

Si trattava, dunque, di strutture chiamate a perseguire quelle finalità poi assunte dalle Case di comunità, sebbene con qualche differenza dovuta al fatto che queste ultime costituiscono un sistema integrato socioassistenziale. I MMG hanno assolto la loro funzione partecipando in gran numero alle aggregazioni funzionali, garantendo team e assistenza nell’arco della settimana; ma non si è mai costruita una relazione stretta con le unità complesse che avrebbe portato a una più soddisfacente copertura territoriale sostituiva rispetto a quella ospedaliera.

3. Dopo la pandemia: il Piano nazionale di ripresa e resilienza e la conferma della centralità delle cure primarie e dell’assistenza territoriale

L’esperienza della pandemia ha dimostrato quanto fosse lungimirante quel quadro organizzativo delineato dalla legge del 1978 e sempre tenuto in considerazione nelle riforme successive; lo stato di emergenza sanitaria che l’Italia ha conosciuto nella sua forma più tragica, ha evidenziato due fenomeni solo apparentemente contrastanti: la necessità contingente di un accentramento delle decisioni nelle istituzioni statali per governare l’emergenza e contemporaneamente l’esigenza di presidi decentrati sul territorio al fine di indirizzare con maggiore precisione ed efficacia gli interventi in caso di pandemie e di altri eventi sanitari che richiedono interventi tempestivi e mirati¹³.

¹³ La competenza statale necessaria per contenere e governare la pandemia e attuata con fonti emergenziali quali il decreto-legge è stata considerata dalla Corte costituzionale in linea

Durante la pandemia il ruolo dei MMG è stato centrale all'interno dell'organizzazione territoriale e viceversa, nei territori ove la loro presenza era più scarsa, il sistema di allerta, di prevenzione e cura ha mostrato le sue vulnerabilità. La scelta da parte di alcune Regioni di potenziare l'eccellenza ospedaliera e garantire un'altissima specializzazione, piuttosto che puntare sull'assistenza capillare, non ha potuto garantire una efficace alternativa agli istituti di ricovero, aggravandoli oltre misura. Una diversa risposta al Covid-19 si è manifestata in Regioni con differenti forme di organizzazione sanitaria: il Veneto ha conosciuto una propagazione del virus e un'emergenza di minore intensità rispetto a quella della Lombardia, che fino a quel momento aveva scelto di non investire risorse consistenti nella medicina territoriale e aveva inoltre optato per un sistema di concorrenza tra pubblico e privato, che in condizioni emergenziali non ha garantito risultati ottimali¹⁴.

L'esperienza della pandemia ha inciso profondamente sulle scelte sanitarie che sono alla base della Missione 6 del PNRR¹⁵. Si tratta della Missione meno finanziata dal Piano di ripresa e resilienza, proprio per questo si sono volute convogliare le risorse su finalità e obiettivi concreti, quale il

con il dettato costituzionale; si ricorda l'ord. n. 4 del 2021 con la quale la Corte aveva sospeso in via cautelare l'efficacia della legge regionale della Val d'Aosta n. 11 del 2000, che prevedeva misure di contenimento del Covid ritenendo il giudice costituzionale che essa invadesse la competenza esclusiva statale riconducibile alla materia della «profilassi internazionale» (art. 117, comma 2, lett. q) Cost.). L'oggetto è stato deciso nel merito con sent. n. 37 del 2021 che ha ricordato, al punto 7.1 del *Considerato in diritto* come «a fronte di malattie altamente contagiose in grado di diffondersi a livello globale, «ragioni logiche, prima che giuridiche» (sent. n. 5 del 2018) radicano nell'ordinamento costituzionale l'esigenza di una disciplina unitaria, di carattere nazionale, idonea a preservare l'uguaglianza delle persone nell'esercizio del fondamentale diritto alla salute e a tutelare contemporaneamente l'interesse della collettività (sent. n. 169 del 2017, n. 338 del 2003, n. 282 del 2002)».

¹⁴ C. BUZZACCHI, *La sanità nella Regione Lombardia*, in *Le Regioni*, 2-3, 2023, pp. 305 ss. Tuttavia, nel post pandemia la Regione ha adottato la l.r. n. 22 del 2021 anche per dare seguito alle prescrizioni del PNRR potenziando l'assistenza territoriale, sul punto F. SCUTO, *Il sistema sanitario lombardo di fronte al PNRR e alle sfide della "nuova" sanità territoriale*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2023. Si consenta di rinviare anche a I. CIOLLI, *Principio di uguaglianza, tutela della salute e regionalismo a più velocità*, in *Id.* (a cura di) *Salute diseguale. Quali istituzioni per il diritto di tutti alla salute*, Napoli, Editoriale scientifica, 2024, pp. 245 ss.

¹⁵ Sulla medicina territoriale e il PNRR anche A. BENEDETTI, M. RIZIERI, G. MARTINELLI, *Prospettive di sviluppo della medicina territoriale: profili giuridici ed economici*, in *Rapporto 2022 dell'Osservatorio Diritto & Innovazione Pubblica Bicocca L'integrazione sociosanitaria e il diritto delle Regioni*, cit., pp. 258 ss.

rafforzamento della medicina territoriale e l'integrazione sociosanitaria¹⁶. Già prima della pandemia la l. n. 328 del 2000 aveva risposto all'esigenza di connessione tra salute e condizioni sociali e aveva riportato all'attenzione del legislatore il tema delle disuguaglianze e dei divari territoriali, che possono trovare una soluzione anche grazie alla presenza di presidi diffusi, volti a garantire prevenzione e prime cure meno costose, ma efficaci quando sono tempestive. Per questo la Missione 6 ha voluto dare spazio alle case della salute e agli ospedali di prossimità, strutture meno complesse degli istituti di ricovero ordinari, ma in grado di dare risposte alla maggior parte della domanda di salute. Le case della salute devono essere congegnate per consentire risposte articolate a diversi bisogni della popolazione. Al d.l. n. 77 del 2021 hanno fatto seguito la l. n. 234 del 2021 e il d.m. 77 del 2022 che completano il quadro definendo modelli e standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale.

La Missione 6 consta di due componenti: la prima riguarda le reti di prossimità, le strutture e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e la seconda si occupa di innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario. In entrambe il ruolo del MMG può essere ripensato come cardine del sistema, basato su un'organizzazione di tipo ascendente e che rivaluta la presa in carico nei territori, valorizza l'assistenza primaria e la cosiddetta Sanità di iniziativa anche contenendo i costi. Al MMG si chiede un ruolo più dinamico e decisionale anche all'interno delle reti di prossimità, dotate di équipe e di strutture composte da più professionisti chiamati con diversi strumenti e con approccio sociosanitario integrato a rispondere alle nuove esigenze sia di cura capillare di pazienti anziani e cronici, sia di prevenzione. La sinergia tra équipe fortemente integrate di professionisti e tecnologia può rispondere alle esigenze di presa in carico in modo alternativo alle case di cura e agli ospedalieri garantendo sia costi inferiori, sia un impatto positivo sul benessere psicofisico dei pazienti non più curati al di fuori del proprio contesto abitativo e di rete sociale.

¹⁶ Sul punto, si consenta di rinviare a I. CIOLLI, *L'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. La Regione Lazio e la Missione 6 Salute*, in *Le Regioni*, 6, 2022, pp. 1207 ss.

4. Le incognite del nuovo assetto organizzativo e del nuovo ruolo dei medici di medicina generale.

Il d.m. n. 77 del 2022, che ha definito gli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale, letto anche alla luce della legge n. 328 del 2000 pone nuove sfide assistenziali, che devono però essere concertate con i MMG. Alcuni aspetti restano però problematici perché non è ancora chiara la collocazione dei MMG all'interno delle case di comunità. La prospettiva di un impiego alternato dei medici di base sia nei propri studi medici, sia nelle Case di comunità non sembra quella ottimale. I medici che hanno aderito alle aggregazioni funzionali territoriali garantiscono già un'assistenza continuativa durante i giorni feriali per tutti i pazienti dei medici dello stesso studio aggregato, sicché distoglierli da questa organizzazione per impiegarli parzialmente nelle case delle comunità significa optare per un nuovo assetto organizzativo, che sembra però alternativo e non complementare a quello esistente. È necessario anche tenere conto del fatto che gli studi medici associati dei MMG offrono una capillarità che le Case di comunità non possono al momento garantire soprattutto dopo il loro ridimensionamento in corso d'opera così che il loro apporto da solo non è sufficiente a esaudire l'intera domanda territoriale di salute. Né è stato chiarito quale forma di collaborazione deve instaurarsi anche giuridicamente tra le Case di salute e i MMG e a tale proposito, il d.m. n. 77 del 2022 menziona soltanto nell'allegato 1, tabella 1 il suo ruolo di referente principale nelle équipes multiprofessionali "in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito" e di referente per gli aspetti terapeutici in tutte le fasi della vita del paziente e di referente clinico per le attività che garantisce all'interno della casa di comunità. L'accordo collettivo nazionale e la legge statale dovranno farsi carico della disciplina di queste nuove forme di collaborazione. Né è del tutto chiaro il ruolo dei MMG all'interno del distretto: lo stesso d.m. n. 77 del 2022, nell'Allegato 1, alla tabella 4 disciplina gli standard qualitativi e le funzioni delle quali si deve far carico il distretto e menziona i MMG e i loro ambulatori come parte del distretto stesso, insieme alle Case di comunità riferendosi anche a eventuali aggregazioni di MMG che possono avere la sede fisica nelle Case di comunità, oppure essere collegate funzionalmente ad esse; la normativa non chiarisce se tale collegamento

sia volontario e si tratti dunque di una scelta discrezionale dei medici di famiglia oppure si tratti di una nuova competenza che dovrà essere disciplinata dal legislatore e dall'accordo collettivo nazionale. È parimenti oscura la natura dell'accordo che deve intercorrere tra una struttura privata (gli ambulatori dei MMG) e le case di comunità, istituzioni del SSN. L'ultimo accordo collettivo nazionale, che è parte integrante della convenzione tra i MMG e lo Stato, risale al 2022 e non era stato ancora in grado di fornire una visione più dettagliata della disciplina, ma la scadenza proprio nel 2025 dovrebbe indurre a una più attenta valutazione delle questioni che riguardano tali aspetti, non certo secondari. Al momento, però, e fino a nuova contrattazione, non è escluso che soluzioni interpretative temporanee possano trovarsi negli accordi regionali integrativi, abilitati a diversificare sul territorio le generiche indicazioni prospettate dal d.m. 77 del 2022¹⁷. Nondimeno, dovrà essere tempestivamente risolta sia la questione della eventuale trasformazione del rapporto in regime di convenzione in un rapporto di lavoro alle dipendenze del SSN¹⁸, sia quella della suddivisione dei tempi di lavoro che il MMG dovrà dedicare all'interno delle Case di comunità e quello che invece dovrà garantire ai pazienti negli studi medici¹⁹, oltre al tema del numero massimo consentito di assistiti per medico di famiglia e la loro formazione specialistica.

¹⁷ Ne parlano R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Dieci tesi per una nuova sanità territoriale*, in *Corti Supreme e salute*, 2, 2023.

¹⁸ La questione nasce soprattutto intorno alla dotazione di personale per le Case di comunità che, in assenza di nuovo reclutamento – ostacolato da politiche di riduzione della spesa e dall'impossibilità di utilizzare i fondi PNRR per spese altre rispetto alle infrastrutture – si trova a dover contare sui medici di medicina generale che dovrebbero garantire un certo numero di ore anche in tali strutture, numero inversamente proporzionale alle ore di ambulatorio, a loro volta legate al numero di assistiti. Sicché i medici con minor numero di pazienti dovrebbero dedicare un tempo maggiore alle attività delle Case di comunità. Poiché i medici di base e i loro sindacati sembrano poco propensi, la soluzione prospettata è quella di assumerli come dipendenti del SSN al fine di imporre le mansioni previste. Si tratterebbe dunque di un *escamotage* non realmente legato alle reali esigenze di normare *ex novo* le attività lavorative della categoria, ma volto a risolvere una esigenza concreta. La stessa Corte, come si ricorda nella nota 23, ha statuito che si tratta di un problema di poca rilevanza, dopo la privatizzazione del pubblico impiego le differenze tra il regime di para subordinazione che interessa i MMG e quello che vige per il resto dei dipendenti pubblici è davvero minima. Il tema è comunque all'attenzione della X Commissione permanente del Senato (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) nella XIX che deve disciplinare il nuovo ruolo dei MMG.

¹⁹ A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio: lavoro e organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, in *Il lavoro nelle Pubbliche amministrazioni*, 3, 2023, pp. 507 ss.

Quanto al primo punto, che riguarda il regime di convenzione, oggi sottoposto a un ripensamento, è esso stesso problematico perché oggetto di una stratificazione normativa multilivello, a mo' di "scatole cinesi"²⁰, che accoglie fonti di varia natura nelle quali non è sempre agevole rintracciare le gerarchie e le competenze tra lo Stato e le Regioni sulle quali è più volte intervenuta la Corte costituzionale²¹, ma non ancora il legislatore per operare una riforma organica²². Oggi che la questione è al centro del dibattito politico, una revisione è ancora più urgente.

Non si può ridurre il tema a una mera scelta tra regime di convenzione o di dipendenza dal SSN, che è un tema secondario perché la Corte costituzionale, riprendendo anche la giurisprudenza della Corte di cassazione, ha ricordato come si tratti di un peculiare rapporto di lavoro che vede la compresenza di momenti pubblicitici e di momenti privatistici che impedisce «una piena omologazione con l'attività professionale esercitata dai lavoratori autonomi, quali prestatori d'opera intellettuale»²³. E la peculiarità di tale rapporto si può rintracciare nel «rapporto individuale di convenzionamento» che a partire dall'art. 48 della l. n. 833 del 1978 e le successive modifiche ha coinvolto direttamente i MMG e gli altri sanitari convenzionati nelle finalità e nell'organizzazione della azienda sanitaria locale, chiamandoli così ad operare secondo una logica di integrazione sia reciproca, sia rispetto a tutti i servizi della azienda sanitaria locale, in una visione promozionale della tutela della salute. In altre parole, «il rapporto individuale di convenzionamento, anche per effetto dei contenuti specifici della disciplina collettiva stabilita in funzione del perseguimento delle complesse finalità del servizio sanitario nazionale, presenta profili del tutto peculiari, tipici dei cosiddetti rapporti di para subordinazione (art. 409, numero 3, del Codice di procedura civile), che

²⁰ Il termine del tutto calzante è utilizzato da E. DALY, *La "prevalenza" della Regione. Nota alla sent. 26/2024*, in *Diritti regionali*, 2, 2024, p. 614.

²¹ Sul punto, E. IORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2019.

²² R. PETTINELLI, *Note sul rapporto convenzionale dei medici di medicina generale*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2024, pp. 555 ss.

²³ Sent. n. 293 del 1997 punto 3.1 del *Considerato in diritto*.

giustificano la previsione di modalità di espletamento della prestazione diverse da quelle libero-professionali»²⁴.

Le modalità della convenzione sono indicate nell'art. 48 della l. 833 del 1978, che prevede accordi triennali su base nazionale assai dettagliati nei contenuti e che devono anche tenere conto di un rapporto ottimale tra numero di medici e numero di assistiti, oltre che della quantità e della qualità del lavoro svolto. E prevedono persino una totale incompatibilità del rapporto di lavoro del Medico di medicina generale con le case di cura private e con le case farmaceutiche.

L'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 individua, inoltre, i limiti e gli ambiti della contrattazione collettiva, poi destinata ad essere recepita con "intese", assunte in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, secondo il meccanismo disciplinato dal d.l. n. 81 del 2004. Si tratta di una competenza statale che trova il suo fondamento nell'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost., riguardante la materia delle professioni e che garantisce una uniformità su tutto il territorio della Repubblica.

In sintesi, il rapporto di lavoro tra i medici di famiglia e lo Stato si configura come un rapporto di para subordinazione, ormai non così diverso da quello che si instaura nel pubblico impiego privatizzato²⁵ che vede in entrambi i casi una disciplina che è la risultante dell'integrazione tra la normativa statale e la contrattazione collettiva nazionale. Quel che invece è di interesse è l'entrata in vigore dell'accordo collettivo nazionale del 2024, approvato in Conferenza Stato Regioni nell'aprile 2024, a partire dal gennaio 2025, che prevede un ruolo unico del medico di assistenza primaria che sarà obbligatorio per i nuovi di MMG e costituirà invece una opzione per coloro che sono già in attività. L'accordo prevede una divisione del tempo di lavoro tra il proprio studio medico e le aggregazioni

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ La Corte costituzionale nelle sentt. n. 186 del 2016 e n. 157 del 2019 aveva affermato che, pur qualificandosi il rapporto convenzionale dei medici di medicina generale con il Servizio sanitario nazionale nei ricordati termini di "para subordinazione" prima indicati, non sussistono apprezzabili differenze rispetto alla ricordata giurisprudenza elaborata in ordine al rapporto di lavoro pubblico contrattualizzato. E affermava altresì che la contrattazione collettiva nazionale del settore, che si esprime nell'accordo collettivo, fondata sulle previsioni delle norme statali precedentemente illustrate, «è certamente parte dell'ordinamento civile», in quanto «si inserisce nel peculiare sistema integrato delle fonti cui la legge statale pone un forte presidio per garantire la necessaria uniformità».

funzionali territoriali (Aft); i nuovi posti di assistenza primaria saranno messi a bando dalle Regioni le quali attraverso nuovi accordi integrativi regionali stabiliranno anche le zone ove tali figure professionali sono più carenti e nelle quali devono insediarsi per almeno 2 anni i medici che concorrono al ruolo e che stabiliranno su quel territorio il proprio studio medico e presteranno la loro attività presso le Aft di riferimento (artt. 31-34 dell'Accordo collettivo nazionale 2024).

Questo sembra un punto nodale di particolare rilievo, che peraltro sembra confermare il regime di convenzione. Ancora una volta, tuttavia, resta poco puntuale il ruolo che i medici di assistenza primaria sono chiamati a svolgere, quali siano i termini dell'impegno all'interno delle Case di comunità e delle aggregazioni funzionali territoriali. Anche dalla lettura integrata del d.m. n. 77 del 2022 e del nuovo Accordo collettivo nazionale non sembra garantire una più chiara erogazione dei servizi. La previsione di un doppio ruolo per il MMG sia nel classico ambulatorio, sia in una équipe di professionisti, non sembra facilmente conciliabile e sembra piuttosto una soluzione per rimediare alla mancanza cronica di medici sul territorio, oltre che rappresentare due diversi gruppi di assistiti, diversi per qualità e quantità. Il rapporto tra medico e paziente che sottendono le due attività è, dunque, ben diverso. Il problema della scarsità di professionisti sul territorio è di grande rilevanza e deve essere risolto con una previsione di strutture territoriali che possano evitare l'accesso al Pronto soccorso quando non necessario, prevedendo presidi aperti nei festivi e nelle ore notturne. Si tratterebbe, però di un servizio ben diverso da quello offerto dai MMG.

Diversa è invece la previsione di un collegamento diretto tra MMG e telemedicina, che potrebbe ovviare a una scarsità di medici di famiglia nei territori più impervi della Penisola. Poter sorvegliare continuativamente gli assistiti più vulnerabili è la sfida del presente, ciò anche in considerazione del fatto che la popolazione italiana è sempre più anziana. Un punto che merita una profonda revisione è quello della formazione dei MMG, che dovrebbe anch'essa essere oggetto della potestà legislativa statale²⁶.

²⁶ Nella sent. n. 449 del 2006 la Corte costituzionale ha affermato che, nella materia delle "professioni", debbono ritenersi riservate allo Stato l'individuazione delle figure professionali,

È soprattutto l'art. 21 del d.lgs. n. 368 del 1999 che disciplina il percorso formativo del medico di famiglia. Stabilisce, altresì, che «per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale nell'ambito del servizio sanitario nazionale è necessario il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale»²⁷. La cronica scarsità dei medici, unita all'emergenza pandemica, aveva consentito sia interventi statali delle Regioni in materie statali, sia la frequenza in via eccezionale della scuola di specializzazione (art. 24, comma 3) a tempo parziale da parte dei medici. Tali condizioni emergenziali devono però essere superate da normative chiare e generali. Nel dettaglio, il d.lgs n. 368 del 1999 prevede specifiche norme al Capo I per la formazione dei medici di medicina generale e all'art. 24 prevede una formazione *post lauream* triennale con un impegno a tempo pieno, corredato da un obbligo di frequenza (art. 24, comma 2). Le Regioni sono chiamate a organizzare i corsi con bandi regionale e ciò esclude dalla preparazione le Università, alle quali fanno capo tutte le altre specializzazioni mediche. Un rilancio dei MMG non può continuare a prevedere un percorso distinto, anche se nemmeno i disegni di legge presentati nella XIX Legislatura si accingono a disciplinare questo punto nevralgico²⁸. Nel frattempo, la condizione attuale di penuria di MMG su alcuni territori ha costretto le Regioni a trovare rimedi non sempre, però, in linea con il dettato costituzionale. La Regione Veneto nel Piano sociosanitario regionale 2019-2023, approvato con l.r. n. 48 del 2018, sceglie di implementare l'organico stipulando contratti a tempo determinato di medici non specializzati e non iscritti alle scuole di specializzazione. Il requisito del possesso della specializ-

con i relativi profili ed ordinamenti didattici (sentenze n. 40 del 2006, n. 424, n. 355 e n. 319 del 2005), la disciplina dei titoli necessari per l'esercizio delle professioni (sentenza n. 153 del 2006), l'istituzione di nuovi albi (sentenze n. 40 del 2006, n. 424 e n. 355 del 2005).

²⁷ Lo ricorda la Corte costituzionale nella sent. n. 38 del 2020.

²⁸ Il d.d.l. n. 227 ad esempio, presentato il 25 ottobre 2022 dai sen. Cantù e al., pur mostrando una certa preoccupazione per la scarsità progressiva di MMG nel futuro, si preoccupa della loro collocazione sul territorio, ma nulla prevede in termini di formazione *post lauream*; allo stesso modo, il d.d.l. n. 1370 Gasparri e al. presentato al Senato il 4 febbraio 2025 rinvia a una successiva riforma organica il problema della formazione dei medici di medicina generale; tema ignorato anche dal d.d.l. 726 Zampa e al. presentato al Senato il 23 maggio 2023;

È invece dedicato proprio alla specializzazione dei MMG il ddl 963 presentato dai Sen. Zullo e al. nel dicembre 2023, che prevede una formazione accademica quadriennale.

zazione è però condizione necessaria per partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza sanitaria, e tale requisito integrerebbe un principio fondamentale (perciò di competenza statale) in materia di tutela della salute, cui le Regioni non potrebbero derogare. È pur vero che lo stesso legislatore statale ha consentito una flessibilità in merito ai requisiti, prevedendo in più occasioni, per far fronte alla carenza di personale sanitario specializzato, la possibilità di stipulare contratti a termine anche di lavoro autonomo, talora per i soli specializzandi e talaltra per i laureati abilitati, così da fronteggiare l'emergenza con soluzioni temporanee²⁹. La l.r. n. 12 del 2022 sempre del Veneto modificava la l.r. del 2018 (piano sociosanitario 2019-2023) aggiungendo un sottoparagrafo contenente disposizioni in materia di incremento di massimali nell'assistenza primaria, assegnati ai medici in formazione specifica in medicina generale. In piena emergenza pandemica, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e di scongiurare la possibilità di interruzioni di pubblico servizio nell'assistenza territoriale, ha previsto incarichi temporanei di assistenza primaria che la Regione poteva assegnare ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale prevedendo un massimo di 1.000 assistiti per il primo anno, e di 1.200 assistiti per gli anni successivi al primo. E tali ore di assistenza primaria potevano essere computate come ore di attività pratica nel corso di formazione specifica in medicina generale. Si trattava, insomma, di un impiego di specializzandi sottratti alla formazione per esigenze di personale in modo da risolvere temporaneamente una emergenza.

La Corte costituzionale interviene dichiarando incostituzionale le modifiche che l'art. 21, comma 1 e 2 della l.r. n. 12 del 2022 ha apportato al

²⁹ L'art. 1, comma 548-bis, della l. n. 145 del 2018 era intervenuto prevedendo assunzioni di MMG ricorrendo a contratti di lavoro subordinato a tempo determinato e con orario a tempo parziale. Tali assunzioni erano rivolte anche a specializzandi del terzo anno del corso di formazione specialistica che si fossero collocati in graduatoria, (comma 547 della legge. In piena emergenza epidemiologica da Covid-19, il legislatore statale era intervenuto con l'art. 2-bis del d.l. n. 18 del 2020 per far fronte alle relative esigenze straordinarie ed urgenti di personale medico stabilendo che fino al perdurare dello stato di emergenza, si poteva procedere al reclutamento sia di medici specializzandi, iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, *anche ove non collocati nelle graduatorie* di cui all'art. 1, comma 547, della legge n. 145 del 2018, conferendo loro incarichi di lavoro autonomo, in deroga all'art. 7 del d.lgs. n. 165 del 2001; *sia di laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali* (corsivi aggiunti).

rapporto di lavoro dei MMG prevedendo concorsi cui si poteva accedere senza la specializzazione perché si tratta di una competenza statale in materia di ordinamento civile³⁰. Quanto però all'indicazione di massimali diversi nella legge regionale rispetto a quelli indicati dall'accordo collettivo nazionale (1500) la Corte apre un varco, ritenendo non vi sia una violazione di quest'ultimo perché in presenza di condizioni emergenziali si assegna agli specializzandi un numero ridotto di assistiti e trattandosi di specializzandi iscritti al corso erogato a tempo parziale e non a tempo pieno.

Secondo il giudice costituzionale, la legge regionale ha stabilito un ragionevole contemperamento tra tempo dell'attività di formazione e impegno assistenziale circoscritto a circostanze emergenziali e solo se il corso è organizzato a tempo parziale condizione che è stata contemplata dal legislatore statale dall'art. 9, commi 1 e 2 del d.l. n. 135 del 2018 come convertito con l. n. 1 del 2019, che aveva previsto fino al 31 dicembre 2024, l'assunzione di incarichi provvisori o di sostituzione di medici di MMG convenzionati con il SSN da parte dei medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, disponendo che costoro potessero assumere incarichi temporanei di assistenza primaria, con un massimale limitato a mille assistiti, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 24, comma 3, del d.lgs. n. 368 del 1999, norme che consentono espressamente la facoltà di limitare il numero degli assistiti in carico al medico in formazione – pur senza fissare precisi limiti quantitativi – e di organizzare il corso di medicina generale secondo la modalità a tempo parziale. Il legislatore statale aveva dunque già tracciato la strada ed è gioco facile per la Corte ammettere una minima integrazione da parte della Regione almeno riguardo al massimale di pazienti per i medici in formazione. Quanto invece al reclutamento, come già accennato, poiché già la disciplina statale aveva previsto alcune norme di portata «speciale

³⁰ La sent. n. 112 del 2023 dichiara incostituzionale gli l'art. 21, commi 1 e 2 della l.r. n. 12 del per violazione dell'art. 117, terzo comma, Cost., per contrasto con i principi fondamentali dettati dal legislatore statale nella materia di competenza legislativa concorrente «tutela della salute». Infatti, le disposizioni oggetto di impugnazione, nel prevedere procedure concorsuali per il reclutamento di dirigenti medici che prescindono dalla verifica del possesso del requisito della specializzazione, si discosterebbero dalla disciplina sul concorso pubblico per l'accesso alla dirigenza sanitaria dettata dall'art. 15, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

ed eccezionale» queste non potevano essere ulteriormente derogate dalla legislazione regionale³¹. Si apre però la strada a soluzioni occasionali, emergenziali e diversificate che non concorrono a una disciplina omogenea e chiara che spetta proprio per questo al legislatore nazionale. La legislazione più recente ha ulteriormente consentito, sia pure in via transitoria e al precipuo scopo di far fronte a situazioni di grave carenza di personale sanitario, la possibilità, per i medici in formazione in medicina generale, di instaurare rapporti convenzionali a tempo determinato con il servizio sanitario nazionale, di assumere incarichi temporanei di assistenza primaria o incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale convenzionati con il servizio sanitario nazionale, nonché di iscriversi negli elenchi della guardia medica e della guardia medica turistica. La preoccupazione è che in assenza di una riforma organica si proceda per successive eccezioni che colmano le lacune sotto il profilo organizzativo, ma non possono disporre di soluzione efficaci nella prospettiva di una piena tutela della salute dei cittadini³². Una maggiore discrezionalità in merito ai massimali è stata riconosciuta dal giudice costituzionale anche nella recente sent. n. 26 del 2024. La l.r. della Regione Sardegna n. 5 del 2023 ha disposto l'innalzamento del massimale fino al limite massimo di 1.800, su base volontaria, per i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria che operano in aree disagiate per garantire l'assistenza (art. 1, comma 1). Secondo la Corte

³¹ Corte cost. n. 112 del 2023, punto 3.1.1 del *Considerato in diritto*.

³² Sono infatti intervenute norme soprattutto statali stratificate volte a modificare il numero degli assistiti cui possono far fronte gli specializzandi, senza alcuna preoccupazione effettiva per la qualità della loro preparazione, già cos'differenziata rispetto alle altre erogate dalle università.

Da ultimo, il d.l. n. 24 del 2022, come convertito, ha sostituito il comma 2 dell'art. 9 del d.l. n. 135 del 2018, come convertito, con il seguente: «[p]er le finalità di cui al comma 1, le regioni e le province autonome, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 24, comma 3, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, prevedono la limitazione del massimale degli assistiti in carico fino a 1.000 assistiti, anche con il supporto dei tutori di cui all'articolo 27 del medesimo decreto legislativo n. 368 del 1999, o del monte ore settimanale e possono organizzare i corsi anche a tempo parziale, garantendo in ogni caso che l'articolazione oraria e l'organizzazione delle attività assistenziali non pregiudichino la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso di formazione specifica in medicina generale. Le ore di attività svolte dai medici assegnatari degli incarichi ai sensi del comma 1 devono essere considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche, da computare nel monte ore complessivo previsto dall'articolo 26, comma 1, del citato decreto legislativo n. 368 del 1999».

costituzionale non sussiste una violazione della competenza statale, perché sotto il profilo finalistico è la tutela della salute (materia concorrente) che prevale e non l'ordinamento civile³³. Non si può nemmeno addurre una violazione della normativa statale in merito alla contrattazione collettiva nazionale, perché l'intervento normativo regionale è disposto nelle more dell'approvazione dell'Accordo Integrativo regionale (AIR), che può sempre consentire l'innalzamento del massimale fino al limite di 1.800 – scelte che l'AIR stesso può prevedere perché ai sensi dell'art. 38, comma 2, ACN – ne attesta il carattere contingente e temporaneo in funzione di raccordo con l'assetto che verrà definito in via strutturale dalla negoziazione collettiva di secondo livello.

Anche nella sent. n. 124 del 2023 il giudice costituzionale ritiene non vi sia una violazione delle competenze statali poiché «per individuare la materia cui ricondurre la norma impugnata occorre tener conto della sua *ratio*, della finalità che persegue e del suo contenuto, tralasciando gli aspetti marginali e gli effetti riflessi, in modo da identificare precisamente l'interesse tutelato, secondo il cosiddetto criterio di prevalenza»³⁴. Nella stessa sentenza, pur di risolvere il problema contingente della scarsità di MMG nella Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia, la Corte ritiene non incostituzionali alcuni criteri preferenziali dettati dalla Regione ulteriori rispetto a quelli fissati dalla contrattazione collettiva. Il Friuli Venezia riconosce ai medici che decidono di prestare servizio per almeno 4 anni nelle zone disagiate della regione riconosce una serie di agevolazioni che la Corte ritiene in linea con il dettato costituzionale poiché «la di-

³³ La Corte dichiara che: «Venendo alla fattispecie in esame, questa Corte rileva che il limite del massimale è un profilo fortemente condizionato da esigenze correlate alla organizzazione del servizio sanitario funzionale alla tutela della salute. Pertanto, a fronte di un accordo collettivo nazionale che consente all'AIR di derogare al massimale, incrementandolo sino a 1.800 assistiti, al fine di assicurare l'assistenza primaria a chi vive in aree disagiate, l'intervento regionale si limita a integrare nelle more dell'approvazione dell'AIR, dunque con un regime temporaneo, la disciplina convenzionale, nel rispetto della cornice di principio fissata dall'ACN». In tale prospettiva, la disposizione impugnata persegue la prioritaria finalità di contribuire, attraverso l'incremento del massimale, ad assicurare l'assistenza sanitaria di base ai cittadini di aree disagiate della Regione autonoma Sardegna, così sopperendo, in attesa della definizione dell'AIR, alle maggiori criticità che si sono presentate a livello locale, attestate dai lavori preparatori dell'iniziativa legislativa ed enunciate nell'atto di costituzione in giudizio della stessa Regione. Punto 4 del *Considerato in diritto*.

³⁴ Punto 2.3 del *Considerato in diritto* della sent. n. 124 del 2023.

sposizione regionale ha anzitutto una *ratio* organizzativa, in funzione di tutela della salute, che persegue cercando di assicurare la medicina di prossimità anche agli abitanti delle zone carenti»³⁵.

A dire il vero, per superare la scarsità di personale il legislatore regionale sembra avere un margine di manovra assai elevato anche in contrasto con gli ACN a volte anche di quelli integrativi regionale quando le Regioni dispongono con legge le più disparate soluzioni che vanno dall'impiego di personale medico ancora non del tutto formato alla previsione di *favor* per chi accetta di lavorare in zone disagiate, fino all'incremento di massimali di pazienti per medico. In tal modo, solo formalmente si supera il problema e non è certo che si riesca a tutelare in modo ottimale in termini qualitativi l'effettività del diritto alla salute. L'unica soluzione risiederebbe nell'assunzione di nuovo personale.

5. Il rilancio dei medici di medicina generale a presidio del rilancio del servizio sanitario nazionale del 1978

La trasformazione culturale che incombe sul SSN coinvolge direttamente e indirettamente anche i MMG.

È il medico che garantisce la continuità di cura nel tempo e una relazione stabile con i propri assistiti e spesso anche con gli altri componenti del nucleo familiare. Ciò gli consente una accurata conoscenza delle problematiche sanitarie, dello stile di vita, della situazione socioeconomica e familiare dell'assistito. La continuità della relazione permette, inoltre, di poter lavorare sul piano motivazionale sul lungo periodo, avvalendosi peraltro di tempi di osservazione molto lunghi³⁶. Ciò potrebbe rivelarsi un vantaggio di non poco conto perché tali caratteristiche consentono al medico di famiglia di raccogliere dati altrimenti difficili da reperire per accurate indagini epidemiologiche, ponendoli così anche al centro di attività di ricerca, se coinvolti nella raccolta dati con metodo e secondo standard scientifici, sfruttando questo capitale di dati storici, non specialistici, accurati e capaci di ricostruire storie sanitarie individuali e

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ C. CIPOLLA, C. CORPOSANTO, W. TOUSIJN (a cura di) *I medici di medicina generale in Italia*, FrancoAngeli, Milano, 2006.

famigliari³⁷. La capillarità dei medici di medicina generale li rende altresì soggetti di particolare importanza per quel che riguarda la prevenzione e da tempo alcune Regioni li coinvolgono nell'individuazione dei soggetti da sottoporre a *screening* e nella somministrazione degli stessi. Al contempo, l'attività di cura e prevenzione deve svolgersi anche con nuovi strumenti e la telemedicina, già sperimentata durante la pandemia, può facilitare il lavoro del MMG nella relazione con pazienti cronici e con gli anziani e i vulnerabili³⁸.

Non da ultimo, il loro ruolo diventa indispensabile in un contesto che muta culturalmente e che considera la salute un mercato appetibile. Infatti, la tutela della salute e persino il ruolo della prevenzione hanno subito molte torsioni rispetto al concetto originario condiviso nel 1978. La prevenzione, per molti aspetti e per un gran numero di patologie connesse all'attuale stile di vita, potrebbe tradursi in semplici comportamenti virtuosi inerenti agli stili di vita e a pochi e ponderati *screening* tarati su una specifica popolazione, scelta in base all'età, alla familiarità e al sesso. Oggi, invece, la stessa prevenzione è oggetto di attenzione da parte dei privati e dei fondi sanitari perché è altamente remunerativa sia per il numero di eventuali utenti che potrebbero essere coinvolti, sia perché spesso richiede prestazioni di minore costo (e di maggiore lucro) rispetto alle attività di cura e assistenza.

L'entrata dei privati in questo nuovo mercato assai remunerativo incide indirettamente anche sulle finanze pubbliche e sulle stesse strutture pubbliche.

Queste prestazioni, infatti, anche se effettuate in regime privatistico, sono soggette a una detrazione Irpef, persino quando sono palesemente inappropriate e auto prescritte dal paziente stesso, considerando che si tratta di prestazioni non soggette a prescrizione medica; inoltre, la diffusione del fenomeno è ormai endemica e si è trasformata in un vero e proprio contesto culturale di domanda di prestazioni così che tutti coloro che non possono accedere alle strutture private tenderanno

³⁷ E. SESSA, F. SAMANI, C. NICCOLAI, S. PECCHIOLI, G. VENTRIGLIA, G. MAZZAGLIA, *La creazione di un campione validato di medici di medicina generale nel database di Health search*, SIMG, 2004, p. 3.

³⁸ Sul rapporto tra medici e Intelligenza Artificiale, cfr. M. FASAN, *Intelligenza artificiale e costituzionalismo contemporaneo*, Editoriale scientifica, Napoli, 2024, pp. 169 ss.

di avere lo stesso trattamento presso il servizio pubblico, ingrossando le liste di attesa e trasformando il SSN in una fonte non governata di prestazioni specialistiche. Si tratta di una e propria vera involuzione del sistema che comporta un nuovo modo di concepire la tutela della salute, ovvero come un'offerta di servizi e prestazioni che il MMG può invece limitare anche attraverso un dialogo continuo con gli assistiti e promuovendo una cultura del benessere diversa e basata sulla responsabilità dei singoli. È una tendenza difficile da contenere poiché pubblicità mirate enfatizzano e incoraggiano l'acquisto di farmaci e di prestazioni sanitarie anche da parte di una popolazione sana (la pubblicità è consentita dal codice per i farmaci da banco); campagne mirate, le cosiddette "*disease awareness*", aggravano tale fenomeno, permettendo ad attori privati di interagire direttamente con i cittadini allo scopo di implementare l'accesso a *screening* e prestazioni volte a escludere alcune malattie.

In questo contesto di consumo di prestazioni, il compito dei Medici di medicina generale diventa centrale. È però necessario riconoscerli un ruolo istituzionale di dissuasione da questo processo estremo e non virtuoso, per esempio sottoponendo anche le prestazioni private a una qualche forma di prescrizione che le giustifichi³⁹.

Senza un riconoscimento giuridico e politico di questo ruolo di cura e prevenzione, si rischia di seguire le orme dell'Inghilterra ove il MMG è stato accantonato dagli stessi cittadini e dal sistema sanitario privato che può inviare al domicilio di chiunque lettere con proposte di *screening*, non sempre adeguati e necessari e in alcuni casi addirittura dannosi⁴⁰. Il fenomeno del "*disease awareness*" è difficile da contrastare e comporta anche una circolazione delle informazioni relative alla salute e alle

³⁹ Ne parla con chiarezza C. SAITTO, *Le prestazioni non sono la cura*, in *Il Manifesto*, 4 giugno 2024.

⁴⁰ Il mercato degli screening, parallelo al Servizio sanitario nazionale, è oggetto di attenzione da parte di M. MCCARTNEY, *What companies don't tell you about screening*, *British Medical Journal*, 2012, p. 344. L'A. riporta anche le parole della dottoressa Anne Mackie, direttrice del UK National Screening Committee, che ammette: «Screening tests should be offered only when there is evidence that their use in asymptomatic populations will produce more benefit than harm». Infatti, dovrebbero essere conteggiati i costi aggiuntivi degli *screening* non mirati, compresi altri esami inutile a carico del SSN: «The UK NSC upholds the right of people to buy these services but offering screening without explaining fully the risks relating to false positives, which can lead to raised anxiety and further unnecessary diagnostic tests, and false negatives, which provide false reassurance, is unethical».

malattie umane attraverso campagne pubblicitarie riferite a eventuali prestazioni di cura e prevenzione che non sono vietate dalla legge⁴¹. Questa modalità di comunicazione spesso si salda alla pratica definita “*disease mongering*”, ovvero l’attività di medicalizzazione di pazienti giustificata dal progresso e dall’aumento delle patologie che possono essere curate, al fine di espandere il mercato di medicinali e di prestazioni⁴². In un modello di consumo di prestazioni e di monetizzazione della salute, il sistema equo ed universale soccombe e con esso anche il ruolo del MMG⁴³.

La difesa del ruolo del MMG e anzi un suo rilancio è dunque strettamente legato al rilancio del SSN per come è stato congegnato nel 1978 e non nella sua più recente evoluzione che lo definisce ormai un *sistema* sanitario nazionale composto da strutture pubbliche e private che a volte operano e in un regime di competizione⁴⁴.

La vera sfida consiste nell’adeguare un ruolo così centrale nella tutela della salute alle nuove tecnologie e alle esigenze di una popolazione che invecchia, alla necessità di un’attività che ormai si svolge prevalentemente in équipe, in continua comunicazione con le strutture ospedaliere, residenziali, territoriali. Il sistema attuale merita di essere rafforzato, riconoscendo un ruolo più incisivo ai medici nei compiti di monitoraggio di alcune patologie e di ricerca. Si tratta di compiti già

⁴¹ Per quanto riguarda la pubblicità dei medicinali, è disciplinata nel d.lgs. 219/2006 (c.d. Codice del Farmaco) e dalle linee guida del Ministero della Salute.

⁴² R. MOYNIHAN, I. HEATH, D. HENRY, *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*, in *BMJ*, 2002, pp. 886-91. Sebbene il fenomeno del “*disease mongering*” fosse stato già stato descritto dal giornalista americano LYNN PAYER, *Disease Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick*, New York, Wiley and Sons, 1992.

⁴³ J. CARONNE, *Le «disease mongering» ou comment inventer des maladies pour vendre plus de médicaments*, in H. FROUARD, C. HALPERN, *La santé. Un enjeu de société*, Paris, Éditions Sciences Humaines, 2021, pp. 161-162.

⁴⁴ Come è noto, la scelta delle forme di organizzazione sanitaria è operata dalla Regioni e il modello di competizione tra pubblico e privato è quello che vige soprattutto in Lombardia. Sul punto, B. PEZZINI, *Ventuno modelli sanitari? Quanta disuguaglianza possiamo accettare (e quanta disuguaglianza riusciamo a vedere). Il cosiddetto modello lombardo*, in R. BALDUZZI (a cura di), *I Servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, 2005, p. 399 ss. Sulla distinzione tra i tipi di modello sanitario regionale anche M. ANGELOSANTO, *I sistemi sanitari regionali alla prova della differenziazione 'ordinaria'*, in *Osservatorio AIC*, 1, 2024, pp. 111-116; M. CONTICELLI, *La crisi sanitaria: tra disegno organizzativo e regime delle competenze*, in *questa Rivista*, 2020, pp. 99 ss.

svolti e spesso in ombra poiché i MMG collaborano già, ad esempio, con l'Istituto superiore di sanità come medici sentinella nei sistemi di allerta influenza e Covid-19. Su queste nuove sfide deve essere concentrata la riforma ormai necessaria per uniformare un ruolo che costituisce uno snodo di salute primaria poco costoso ed efficace, come rileva anche il Rapporto OCSE 2025, che vede nel rafforzamento delle cure primarie la soluzione più efficace ed economica, capace di evitare la più costosa ospedalizzazione⁴⁵.

Si tratta, insomma, di una sfida complessa anche per i medici di base che hanno più volte sostenuto il SSN dagli attacchi, già assai incisivi⁴⁶, sferrati dai grandi gruppi privati che agiscono ormai in competizione con il servizio pubblico e convenzionato, non sempre ad armi pari⁴⁷.

General Practitioners and the National Health Service. A constitutional perspective

Ines Ciolli

Abstract: Il ruolo del medico di medicina generale è in evoluzione. Una tutela efficace e meno costosa deve privilegiare le cure primarie e l'organizzazione territoriale, in entrambi i casi i medici di medicina generale sono basilari e centrali. La nuova disciplina sembra però soffermarsi con particolare enfasi sull'alternativa tra regime in convenzione o dipenda dal SSN. Altre sono invece le priorità: una riforma della scuola di specializzazione che richiede una preparazione universitaria al pari delle altre professioni mediche; una diffusione della telemedicina e dell'IA anche per questi medici e la questione del massimale di assistiti che deve sempre tener conto della priorità della cura.

⁴⁵ OECD/The Health Foundation (2025), *How Do Health System Features Influence Health System Performance?*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7b877762-en>. Si veda specialmente il capitolo 4, *Does a strong primary care system improve performance?*, pp. 51 ss.

⁴⁶ B. PEZZINI, *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018, p. 563.

⁴⁷ Il fenomeno è stato analizzato nel dettaglio e con un esaustivo quadro d'insieme da M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Giuffrè, Milano, 2012.

Abstract: The role of the doctor of primary care is evolving. Effective and less costly protection must privilege primary care and territorial organization, in both cases their role is fundamental.

However, the new discipline seems to dwell with particular emphasis on the alternative between a contracted regime or dependence on the National Health Service. Other priorities, however, are a reform of specialization school, which requires university preparation on a par with other medical professions; a diffusion of telemedicine and AI for these physicians as well; and the issue of the maximum number of patients, which must always take into account the priority of care.

Parole chiave: Salute, Medici di medicina generale, case della salute, medicina territoriale, cure primarie.

Keywords: Health, Doctors of Primary Care, Territorial Medicine, Reform of National Health Service.