

Il medico di medicina generale: profili lavorativi

Paola Bozzao*

1. Inquadramento della questione

All'interno del processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale ha assunto un ruolo centrale il dibattito sulla qualificazione giuridica del medico di medicina generale, o medico di famiglia¹. Pur non mancando studi sul lavoro nel settore sanitario², la prestazione lavorativa svolta da questo professionista è stata invero poco indagata dalla dottrina giuslavoristica³. Eppure essa si pone al crocevia di questioni centrali che – dalla prospettiva di analisi che qui interessa – emergono fin dal peculiare assetto delle sue fonti regolatrici, da cui discende lo *status*

* Professoressa associata di Diritto del lavoro, Università “La Sapienza” di Roma.

¹ Si consulti, al proposito, l'interessante dibattito che già da qualche tempo si va sviluppando sulla rivista on-line “Quotidianosanità.it”.

² C. RUSSO, *Lavoro nella Sanità* (voce), in *Enciclopedia del diritto*, 2011, Giuffrè, Milano; ID., *Il personale del servizio sanitario*, in M. ESPOSITO, V. LUCIANI, A. ZOPPOLI, L. ZOPPOLI (a cura di), *La riforma dei rapporti di lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, 2018, Giappichelli, Torino, p. 417; ID., *Lo stato giuridico del personale medico del SSN tra professione e funzione*, Relazione al Forum Risk Management su *Il cambiamento nasce dal basso. Con le proposte e le soluzioni di chi opera nelle aziende sanitarie, negli ospedali, nel territorio*, Arezzo, 30 novembre-3 dicembre 2021, inedita; M. ESPOSITO, U. GARGIULO, *La gestione dei rapporti di lavoro nella sanità pubblica: crisi e opportunità*, in L. ZOPPOLI (a cura di), *Tutela della salute pubblica e rapporti di lavoro*, in *Quaderni di Diritti lavori mercati*, 2021, n. 11, pp. 141; S. BUOSO, A. PASSARO (a cura di), *Organizzazione e lavoro in sanità*, 2023, Giappichelli, Torino.

³ E. GRAGNOLI, *Gli accordi collettivi ed il rapporto di lavoro dei medici “convenzionati” con il Servizio sanitario nazionale*, in *Giustizia civile*, n. 4/1994, I, p. 942 ss.; D. BOLOGNINO, *L'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta (triennio economico 2001-2003 e biennio normativo 2004-2005)*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, n. 5/2005, pp. 973 ss.; più di recente, A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio: lavoro e organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, n. 3/2023, pp. 507 ss.; S. BUOSO, A. VISCOMI (a cura di), *Per un welfare di comunità. Organizzazione e lavoro nella sanità territoriale*, 2024, Giappichelli, Torino. Alcuni spunti si rinvergono anche in G. LA TORRE, *La nuova convenzione dei medici di base*, in *L'amministrazione italiana*, n. 4/2000, pp. 607 ss.; C. CIPOLLA, C. CORPOSANTO, W. TOUSIJN (a cura di), *I medici di medicina generale in Italia*, Milano, Franco Angeli, 2006; C. GIARD, *La libertà di scelta del medico di medicina generale. La centralità del rapporto fiduciario medico-paziente*, in *BioLaw Journal*, n. 2/2021, pp. 247 ss.

giuridico del medico; *status* strettamente connesso alla collocazione sistemica e funzionale di questo professionista all'interno di un sistema di cure primarie complesso e in rapida trasformazione, in cui «riforma organizzativa e ridefinizione dell'orizzonte professionale costituiscono architravi dello stesso edificio»⁴.

Il medico di medicina generale costituisce, come è noto, il primo presidio di assistenza medica, essendo destinatario del maggior numero di informazioni sulla salute del paziente, con il quale istaura un rapporto di fiducia persistente nel tempo, essenziale per il perseguimento di una assistenza sanitaria volta a garantire «l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita...»⁵. Il lavoro del medico di medicina generale è caratterizzato dalla scelta fiduciaria del paziente e dalla vicinanza del luogo di svolgimento dell'attività, per adattarsi in tempi quanto più rapidi alle esigenze, anche domiciliari, dell'assistito⁶. Fiducia e prossimità di cura si confermano, dunque, i valori fondanti della tutela del bene salute; valori che devono essere salvaguardati, anche in presenza della progressiva rarefazione di questa essenziale figura professionale, primo punto di approdo nel momento in cui emerge un bisogno sanitario. Si registra infatti, nel corso degli ultimi anni, la progressiva perdita di vocazione verso questa attività, che incide sulla futura garanzia di adeguati servizi sanitari sul territorio. La riorganizzazione territoriale dell'assistenza sanitaria si scontra infatti con il serio problema della progressiva carenza dei medici di famiglia, rispetto alla quale da molti anni emergono numeri drammatici sui pensionamenti e sulle susseguenti carenze in materia di prestazioni assistenziali.

⁴ S. BUOSO, A. VISCOMI (a cura di), *Per un welfare di comunità*, cit., XII.

⁵ Direzione Generale della Commissione Salute Europea – DG SANCO, 2014.

⁶ L'art. 25, co. 4, l. n. 833/1978 prevede, sia per i medici generici che per i pediatri, il principio della libera "scelta del medico di fiducia", tra il personale dipendente o convenzionato del SSN. La libertà di scelta è però condizionata da oneri e regole stabilite nelle convenzioni: da una parte, si prevede che la scelta sia comunicata al SSN, incidendo quest'ultima sul calcolo della remunerazione da attribuire al medico; dall'altra, si predilige il criterio della prossimità territoriale rispetto al luogo di residenza. La giurisprudenza ha chiarito che il principio della libertà di scelta del medico di base "prevale", comunque, sui limiti organizzativi opposti dall'azienda sanitaria, con riguardo a pazienti di comuni diversi da quello in cui opera il medico: Cons. di Stato, sez. II, 23 febbraio 2021, n. 1555.

Qualche dato può aiutare a comprendere meglio le dimensioni del fenomeno.

Nel corso degli ultimi 10 anni l'accesso al trattamento pensionistico ha riguardato complessivamente circa 40.000 professionisti sanitari, ripartiti tra medici di medicina generale, guardie mediche e pediatri. In particolare, i medici di medicina generale sono passati da circa 45mila del 2013 a poco più di 35mila nel 2024, con un calo netto di 10mila unità⁷. I medici di famiglia sono "a rischio estinzione": ne mancano oltre 5.500, il 52% ha oltre 1500 assistiti⁸ (dato in forte crescita rispetto al passato)⁹; 7.300 andranno in pensione entro il 2027. A ciò deve aggiungersi che sempre meno giovani scelgono la professione: nel 2024 non sono state assegnate il 15% delle borse di studio, con punte di oltre il 40% in alcune Regioni. Una situazione estremamente preoccupante, se si considera il costante invecchiamento della popolazione (negli ultimi 40 anni gli over 65 sono quasi raddoppiati, gli over 80 sono triplicati), e il conseguente aumento dei bisogni di assistenza¹⁰. Nonostante la crisi della sanità pubblica, il medico di medicina generale resta un pilastro fondamentale del sistema sanitario: il 71,8% degli italiani dichiara che non rinunciarebbe mai al proprio medico di fiducia e il 76% ritiene essenziale averlo vicino casa¹¹. Questi dati non devono essere sottovalutati. In una fase storica in cui – soprattutto (ma non solo) a seguito dell'emergenza pandemica – la

⁷ FIMMG, *Fnomceo: il 2030 l'anno di inizio di una nuova pleora medica*, 7 marzo 2024, consultabile in <https://www.fimmg.org/it/News/archive/view/d/100/art/5620-fnomceo-il-2030-l-anno-di-inizio-di-una-nuova-pletora-medica/#:~:text=Secondo%20le%20proiezioni%2C%20da%20qui,Dirigenti%2C%207.414%20Medici%20Specialisti%20interni>.

⁸ L'Accordo Collettivo Nazionale fissa a 1.500 il numero massimo di assistiti per medico di medicina generale, con la possibilità di aumentarlo fino a 1.800 in casi particolari e, con deroghe locali, anche oltre; in 10 Regioni il massimale di 1.500 assistiti è superato da oltre la metà dei medici.

⁹ In media, a livello nazionale, ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.375 adulti residenti, in aumento rispetto al 2022, con notevoli differenziazioni a livello regionale: Ministero della Salute, *Annuario statistico del Sistema sanitario nazionale (Ssn)*, 2025, p. 19, consultabile in salute.gov.it.

¹⁰ Fondazione Gimbe, Comunicato del 4 marzo 2025, consultabile in <https://www.gimbe.org/pagine/341/it/comunicati-stampa>.

¹¹ È quanto emerge dal III Rapporto Fnomceo-Censis, consultabile in III Rapporto FNOMCeO – Censis, le prime anticipazioni. Ssn in peggioramento, medici e cittadini in affanno; tiene il rapporto con il medico di medicina generale – FNOMCeO.

riorganizzazione del sistema sanitario è divenuta sempre più impellente, il prospettato ampliamento e rafforzamento dei servizi sanitari territoriali richiede indubbiamente una nuova organizzazione del sistema delle cure primarie in cui siano valorizzati il ruolo e i compiti dei medici di medicina generale; professionisti che, in prospettiva, necessiteranno di una sempre più sinergica integrazione con le altre figure sanitarie coinvolte sul territorio. Va realizzandosi, così, un graduale passaggio da un sistema monodimensionale di assistenza primaria, caratterizzato dalla sostanziale autodeterminazione delle attività del medico, ad uno multidimensionale, che vede quest'ultimo operare all'interno di strutture gestionali più o meno complesse, conformandosi alle esigenze organizzative della struttura in cui opera.

Resta comunque ferma la priorità di garantire l'effettiva ed efficace presa in carico dei bisogni sanitari dell'assistito, in modo omogeneo sull'intero territorio nazionale. Un obiettivo certamente non agevole, considerato che siamo in una materia di legislazione concorrente, ai sensi dell'art. 117 Cost., e che alle Regioni e alle Province Autonome spetta la determinazione delle modalità organizzative dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi statali; di tal ch  ogni tentativo di ri-disciplinare nuovi modelli organizzativi di assistenza territoriale incide, inevitabilmente, sugli ambiti di autonomia amministrativa delle regioni. Un federalismo sanitario che, come   noto, di fatto si caratterizza per la forte disomogeneit  dei livelli di garanzia delle prestazioni sanitarie esistenti all'interno delle diverse realt  regionali.

In questo scenario, la riaperta discussione sulla tipologia del contratto di lavoro del medico di medicina generale – incentrata sulla *vexata questio* della qualificazione giuridica della prestazione di lavoro del medico di medicina generale come autonoma, subordinata o parasubordinata – costituisce in verit  solo un tassello di una complessiva ridefinizione del contesto in cui questa figura professionale   chiamata ad operare, e delle innovate modalit  di esecuzione della prestazione richiesta. Le ipotesi al vaglio oscillano tra la riqualificazione giuridica del medico di medicina generale quale lavoratore subordinato, con il suo passaggio all'interno del Servizio sanitario nazionale (SSN) come dipendente – in ottica dell'avvio a pieno regime delle Case (e degli Ospedali) di comunit 

previsti dal Pnrr¹²; e il mantenimento della sua natura autonoma, anche nella esplicita configurazione della parasubordinazione¹³.

È del tutto evidente che la professione medica può essere esercitata in strutture e con rapporti di lavoro diversi. Ad ognuna di queste modalità corrispondono vantaggi e svantaggi sul piano economico e su quello normativo; ogni categoria è legata al suo *status*, che è fatto dal quadro normativo nel quale opera, ma anche della percezione che il medico ha della propria professione e di come la svolge¹⁴. Sul piano strettamente lavoristico, dallo stato giuridico derivano diritti e doveri specifici di quella professione. È dunque essenziale comprendere quali sono gli elementi che caratterizzano la professione del medico di medicina generale; è un'indagine necessaria per capire come la professione medica possa collocarsi “nel modo migliore possibile” nella sempre più fluida organizzazione in cui deve essere esercitata; fermo restando che il medico impegnato “sul territorio”, sia nell'attuale situazione – prevalentemente incentrata sul medico che opera nella dimensione ambulatoriale – sia nella prospettiva, *in divenire*, delle Case di comunità” (o strutture analoghe) non muta in sé, per questo, il proprio stato giuridico.

L'indagine si sposta, allora, sull'analisi delle più significative disposizioni che regolano la prestazione lavorativa resa dal medico di medicina generale; muovendo però, preliminarmente, da alcune premesse, che aiutano a comprendere l'assetto organizzativo del sistema sanitario territoriale nel quale si esplicano – e, soprattutto, dovranno a breve esplicarsi – quelle attività, alla luce delle novità introdotte, da ultimo, dal decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77.

¹² V. il *Documento di posizione* del Movimento MMG per la Dirigenza, 30 gennaio 2024, consultabile in <https://www.aprirenetwork.it/2024/01/29/movimento-mmg-per-la-dirigenza-il-documento-di-posizione/>; su questa linea, v. anche C. BOTTARI, P. DE ANGELIS, P. D'ONOFRIO, F. LAUS, *Quale nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale nella riforma della sanità territoriale?*, in *Federalismi.it*, 10 agosto 2022. Propongono un “contratto di filiera” R. POLLILLO, G. COSENTINO, N. PREITI, S. PROIA, *La riforma delle cure primarie e del ruolo giuridico del personale a convenzione. Una proposta per cambiare davvero*, in *Quotidianosanità.it*, 2 marzo 2021.

¹³ Sembra seguire questa prospettiva, almeno in parte, I. CAVICCHI, *Medici convenzionati o dipendenti? Nessuno dei due. Serve una “terza via”*, in *Quotidianosanità.it*, 18 maggio 2020. Per l'inquadramento nella parasubordinazione, v. la proposta di legge S. BENIGNI, U. CAPPELLACCI, A. PATRIARCA, *Disposizioni in materia di medici di medicina generale*, presentata alla Camera dei Deputati il 29 gennaio 2025.

¹⁴ C. RUSSO, *Lo stato giuridico del personale medico, cit.*

2. Il medico di medicina generale, tra autodeterminazione individuale e nuove esigenze organizzative

Il d.m. n. 77/2022 costituisce, in verità, l'ultimo step normativo di ridefinizione dell'assistenza sanitaria territoriale. Il precedente più significativo si rinviene nel c.d. decreto Balduzzi (d.l. 13 settembre 2012, n. 158, conv. in l. 8 novembre 2012, n. 189), con il quale l'organizzazione dell'assistenza primaria è stata ridisegnata attraverso la costituzione di Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) a carattere monoprofessionale, e Unità complesse di cure primarie (Uccp), a carattere multiprofessionale. Un potenziamento dell'assistenza sanitaria sul territorio realizzato, dunque, attraverso un nuovo modello organizzativo fondato sul coordinamento e l'integrazione di tutte le figure professionali coinvolte, con l'obiettivo di decongestionare i centri di pronto soccorso ospedalieri. Ai sensi del decreto, servizi e prestazioni dovevano essere erogati attraverso personale convenzionato con il SSN¹⁵; al fine di fronteggiare le esigenze di continuità assistenziale, per i medici di medicina generale è stato istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale¹⁶.

Il decreto, salvo qualche circoscritta sperimentazione territoriale¹⁷, è rimasto privo di seguito. Fino a quando l'emergenza pandemica ha fatto emergere l'improcrastinabile esigenza di dare effettiva attuazione al cambio di paradigma nell'erogazione dei servizi sanitari territoriali, valorizzando il ruolo delle cure primarie attraverso il potenziamento della rete territoriale, con maggiore attenzione verso forme di erogazione extra-ospedaliera. Un cambiamento reso possibile grazie alla straordinaria mole di risorse economiche messe in campo dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), in particolare nella Missione 6-Salute, ove sono stati previsti investimenti consistenti, finalizzati prevalentemente all'assistenza di prossimità e a quella domiciliare.

Il nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, come si diceva, si rinviene da ultimo nel d.m. n. 77/2022, contenente

¹⁵ Con possibilità di includere personale dipendente del SSN nelle stesse strutture (art. 1).

¹⁶ V. *infra*, par. 4.

¹⁷ Per un approfondimento sulla esperienza realizzata in Toscana, v. <https://www.ars.toscana.it/approfondimenti-ns/5160-case-della-salute-e-medici-di-medicina-generale-in-toscana-un-aggiornamento-al-primogennaio-2024.html>.

la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici in tutto il territorio nazionale per l'assistenza sanitaria territoriale. Il decreto, approvato dopo un iter "accidentato"¹⁸, disegna l'organizzazione dei servizi assistenziali territoriali secondo un modello di erogazione delle prestazioni che sposta il proprio baricentro "dalla centralità dell'ospedale a quella del territorio"¹⁹. Il perno del sistema è il Distretto sanitario²⁰, al cui interno riveste un ruolo fondamentale la Casa della Comunità²¹, definita dal decreto come «il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento [...] Nella Casa della comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale».

Nel piano di riorganizzazione dei servizi territoriali le Case di Comunità costituiscono dunque la struttura di prossimità volta ad assicurare una risposta capillare ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione del territorio²². Il decreto ne prevede due categorie: quelle *hub*, dove dovrà essere garantita un'ampia gamma di servizi, e quelle *spoke*, in grado di fornire un minimo obbligatorio di servizi medici e infermieristici, collegate in rete con le prime. Le Aft e le Uccp sono ricomprese all'interno delle Case di Comunità, oppure a

¹⁸ V. la scheda di sintesi del decreto, consultabile in <https://www.camera.it/temiap/2024/01/29/OCD177-6952.pdf>. Per la ricostruzione delle molteplici difficoltà v. F.G. CUTTAIA, *Considerazioni intorno alla complicata emanazione del decreto ministeriale n. 71*, in *Ius et Salus*, 7 giugno 2022.

¹⁹ L. BUSATTA, *Il nuovo volto della sanità territoriale tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in S. BUOSO, A. VISCOMI (a cura di), *Per un welfare di comunità*, cit., p. 1.

²⁰ Il Distretto è un'articolazione organizzativa funzionale dell'Azienda sanitaria locale; il numero dei distretti è demandato alla normativa regionale con l'unico limite (derogabile) della popolazione non inferiore ai sessantamila abitanti.

²¹ Queste nuove strutture, evoluzione dell'esperienza delle Case della Salute (diffuse soprattutto in Toscana, Emilia e Veneto), dovranno in ampia misura essere aperte entro metà del 2026, utilizzando i due miliardi di euro stanziati dal PNRR: per il monitoraggio del progetto, v. <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/Interventi/investimenti/case-della-comunita-e-presenza-in-carico-della-persona.html>.

²² F.G. CUTTAIA, *Lo sviluppo delle strutture di prossimità e delle cure domiciliari: dall'emergenza pandemica in atto a una visione di sistema da attuarsi in tempo brevi*, in *Ius et Salus*, 31 agosto 2021.

questa collegate funzionalmente in qualità di strutture *spoke*, per i territori disagiati e con minore densità abitativa; al fine di favorire la capillarità dei servizi, tra le strutture *spoke* rientrano anche gli ambulatori dei medici di medicina generale (e dei pediatri di libera scelta).

Una delle indicazioni principali che emerge dalla lettura del decreto ministeriale è la necessità di superare il modello di lavoro attuale sul territorio, con medici e pediatri di famiglia che operano singolarmente, creando équipe multiprofessionali che, nel rispetto dei ruoli e delle competenze, potranno garantire la presa in carico globale della persona. L'assistenza medica dovrà infatti essere assicurata in modo continuativo, attraverso la presenza (anche) dei medici di medicina generale afferenti alle Aft del Distretto di riferimento; tale attività ambulatoriale, aggiuntiva rispetto a quelle svolte nei confronti dei propri assistiti, dovrà essere svolta presso la Casa di Comunità (*bub* e *spoke*). La riforma mira, dunque, a individuare un punto di accesso chiaro ai servizi sanitari sul territorio, in cui i medici di medicina generale possono rafforzare il loro ruolo di assistenza sanitaria primaria, operando in un contesto attrezzato e potendo contare sulla disponibilità di specialisti. Di tale sviluppo potrebbe beneficiare tanto il paziente quanto il medico di medicina generale, che sarebbe adesso affiancato da una struttura realmente operativa²³; di tal ché, in prospettiva, l'autonomia organizzativa individuale – che a lungo ha caratterizzato la sua attività professionale – dovrà sempre più essere coordinata, e mediata, con quella di un'ampia costellazione di professionisti, con i quali sarà chiamato a “fare squadra”, per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantendo equità di accesso e prossimità del servizio.

La promozione di un siffatto modello di intervento sanitario integrato e multidisciplinare merita, fin d'ora, alcune considerazioni. Innanzitutto, la realizzazione del progetto richiederà anche il potenziamento delle figure sanitarie coinvolte; i finanziamenti previsti dal PNRR sono, però, dedicati alle opere strutturali, e non al reclutamento del personale. Aspetto, quest'ultimo, che può costituire una grave criticità, avendo già sperimentato, con la sostanziale inapplicazione del decreto Balduz-

²³ C. BOTTARI, P. DE ANGELIS, P. D'ONOFRIO, F. LAUS, *Quale nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale nella riforma della sanità territoriale?*, cit., p. 5.

zi, l'esperienza negativa della dissociazione tra obiettivi programmatici ed effettiva realizzazione dei progetti. Inoltre, per una buona sintonia all'interno delle équipes multiprofessionali sarà necessario prevedere e definire fasi formative comuni per i diversi professionisti coinvolti nella composizione delle équipes. Qualche elemento di criticità potrebbe poi presentarsi sotto il profilo gestionale/organizzativo, anche in ragione dei diversi contratti di lavoro applicabili ai professionisti che dovranno comporre le équipes. Con significative diversità che si rinvergono, invero, anche nelle discipline dei rapporti convenzionali con il SSN applicabili ad alcune di queste figure professionali.

3. Il rapporto convenzionale del medico di medicina generale: principi generali

Il rapporto convenzionale è quello proprio dei medici di medicina generale. Ai sensi dell'art. 48 della l. n. 833/1978 e dell'art. 8 del d.lgs. n. 502/1992, a garanzia della uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario sull'intero territorio nazionale, il loro rapporto lavorativo è infatti disciplinato da convenzioni di durata triennale²⁴, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati²⁵, ai sensi dell'art. 4, co. 9, l. n. 412/1991²⁶, con le OO.SS. maggiormente rappresentative sul piano nazionale²⁷, resi esecutivi con d.p.r. La disciplina del

²⁴ Sul rapporto convenzionale v. il contributo di Chiara Mari, in questo fascicolo.

²⁵ Il soggetto negoziale di parte pubblica è la SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati).

²⁶ Secondo cui tali accordi «devono tenere conto dei seguenti principi: [...] d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f); [...]».

²⁷ La rappresentatività delle OO.SS. è basata sulla consistenza associativa (art. 8, d.lgs. n. 502/1992), rilevata in base alle deleghe conferite per la ritenuta del contributo sindacale alle singole aziende da parte dei medici convenzionati (art. 15, ACN vigente). Sono considerati maggiormente rappresentativi i sindacati che hanno un numero di iscritti non inferiore al 5% delle deleghe complessive. Le OO.SS. firmatarie dell'ACN sono poi legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi integrativi regionali; gli accordi nazionali e decentrati sono validamente sottoscritti se stipulati da OO.SS. che rappresentano complessivamente il 50% più uno degli iscritti.

rapporto di lavoro di tale personale medico risulta dunque demandata all'intervento della negoziazione collettiva, il cui procedimento – grazie al rinvio operato alla l. n. 412/1991²⁸ – è modellato dal legislatore con espresso richiamo a quello previsto dal d.lgs. n. 165/2001 per il personale della pubblica amministrazione c.d. privatizzato. Questa contrattazione, affermano i giudici delle leggi, si inserisce nel «peculiare sistema integrato delle fonti cui la legge statale pone un forte presidio per garantirne la necessaria uniformità». La regolazione specifica dei rapporti convenzionali dei medici con il SSN, prosegue la Corte, «è la risultante di una forte integrazione tra la normativa statale e la contrattazione collettiva nazionale, con una rigorosa delimitazione degli ambiti della contrattazione decentrata e con un limitato rinvio alla legislazione regionale per aspetti e materie ben definite, secondo lo schema comune al pubblico impiego contrattualizzato»²⁹. Essa deve pertanto essere ricondotta nella materia dell'ordinamento civile, di competenza esclusiva del legislatore statale; con conseguente preclusione, per il legislatore regionale, di intervenire nella disciplina della materia e di regolamentare in via autonoma il trattamento economico e giuridico del rapporto in convenzionamento. Il carattere vincolante delle previsioni contenute nell'Accordo collettivo nazionale è assicurato con la previsione della nullità di clausole difformi degli accordi individuali e decentrati, in contrasto con il richiamato accordo³⁰; previsione ulteriormente rafforzata dal richiamo operato, dall'art. 4 della legge n. 412/1991, all'art. 40 del d.lgs. n. 165/2001, in materia di rapporto tra i diversi livelli di negoziazione collettiva (nazionale, regionale e aziendale), il cui co. 3-*quinquies* dispone espressamente, a garanzia del rispetto di tali stringenti vincoli, la nullità e l'inapplicabilità di clausole dei

²⁸ Ai sensi dell'art. 4, co. 9, infatti «con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165». L'art. 2-*nonies* del d.l. n. 81 del 2004, conv. con mod. in l. n. 138 del 2004, ha confermato la struttura di regolazione del contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale, precisando che «l'accordo nazionale è reso esecutivo con intesa nella citata Conferenza permanente, di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281».

²⁹ Corte cost. 25 giugno 2019, n. 157, che richiama Corte cost. 20 luglio 2016, n. 186; nei medesimi termini, v. anche Corte cost. 28 gennaio 2020, n. 5.

³⁰ Art. 48, co. 7 e 8, l. n. 833/1978.

contratti collettivi integrativi difforni dalle previsioni del livello nazionale³¹. I giudici delle leggi hanno poi chiarito che il richiamo alla normativa del lavoro pubblico contrattualizzato non vale a definire il contenuto del rapporto di lavoro del medico generalista, assurgendo piuttosto a «metro di comparazione per giustificare la uniformità regolativa»³²; ciò in quanto il rapporto dei medici in convenzione richiede una regolamentazione unitaria su tutto il territorio nazionale «così come è previsto per il lavoro pubblico contrattualizzato»³³. Uniformità regolativa che, se nel pubblico impiego trova garanzia nella forma giuridica del lavoro subordinato, nell'ambito della medicina convenzionata deve comunque essere garantita, nonostante la presenza di contratti di lavoro autonomo. La fonte di disciplina primaria del rapporto dei medici di medicina generale è, dunque, l'Accordo collettivo nazionale, che regola – sotto il profilo economico e giuridico – l'esercizio delle attività professionali tra i medici convenzionati e le Aziende sanitarie per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del SSN, dei compiti e delle attività relativi ai settori del ruolo unico di assistenza primaria, di medicina dei servizi territoriali, di emergenza sanitaria territoriale e di assistenza negli istituti penitenziari. In tale contesto, ai sensi del vigente Accordo per il triennio 2019-2021, firmato il 4 aprile 2024 (di seguito, ACN), il medico di medicina generale «esercita un'attività libero-professionale contrattualizzata e regolamentata dall'ACN nel rispetto del modello organizzativo regionale e per il perseguimento del S.S.N.»³⁴. Da questa previsione possiamo trarre alcune indicazioni essenziali ai fini della presente indagine, che attengono non solo alla natura giuridica del rapporto convenzionale del medico, ma anche alla funzionalizzazione della sua attività al modello organizzativo del sistema sanitario. È infatti indubbio che l'autonomia organizzativa del medico è conformata, e inevitabilmente circoscritta, all'esistenza di quel modello, in funzione dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza tendenzialmente omogenei sul territorio nazionale. A dire, cioè, che ciò

³¹ A questa norma fa esplicito richiamo l'art. 3, co. 6, del vigente ACN.

³² A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio*, cit., p. 515.

³³ Corte cost. 28 aprile 2022, n. 106.

³⁴ Art. 2, co. 3, ACN.

che rileva non è tanto l'inserimento, e la modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, all'interno di un determinato contesto organizzativo, quanto il rilievo pubblicistico proprio di quella organizzazione, volta a inverare il diritto alla salute sancito dall'art. 32 Cost.

Questo aspetto è stato ben sottolineato dalla giurisprudenza, più volte intervenuta in merito alla natura giuridica del rapporto convenzionale in esame. È stato così chiarito che esso, seppur istituito con lo scopo di soddisfare le finalità istituzionali del SSN, costituisce un rapporto privatistico di lavoro autonomo di tipo professionale con la pubblica amministrazione, ricondotto nell'ambito della c.d. parasubordinazione³⁵, regolato dal contratto individuale di lavoro ma vincolato, quanto al contenuto, ai contratti collettivi e agli accordi integrativi regionali³⁶. Si tratta, dunque, di un lavoratore autonomo, caratterizzato da una collaborazione coordinata e continuativa (art. 409 c.p.c.), che svolge un incarico di pubblico servizio. Il lavoro del medico «...si svolge di regola su un piano di parità con le aziende sanitarie locali e, pertanto, non permette di ravvisare un datore di lavoro...»³⁷; e la Asl non può esercitare un potere autoritativo/direttivo sul medico in convenzione all'infuori di quello di sorveglianza sul corretto adempimento degli obblighi contrattuali, previsto dall'ACN³⁸. La diversità – e incomparabilità – tra il regime giuridico del medico convenzionato e di quello dipendente è stata di recente ribadita dal Consiglio di Stato, secondo il quale il primo è fondato su di una convenzione «la quale risponde, nel momento in cui viene scelta come strumento operativo delle Pubblica Amministrazione, ad un interesse pubblico concreto da amministrarsi anche secondo discrezionalità tecnica; essa fonda su di un interesse valutato al momento dalla pubblica amministrazione. Altra è la situazione giuridica del medico dipendente, assunto sulla

³⁵ Cass. S.U. 15 maggio 1984, n. 2955; Cass. S.U. 3 ottobre 1996, n. 8632; Cass. S.U. 21 ottobre 2005, n. 20344; Cass. 8 aprile 2008, n. 9142.

³⁶ Corte costituzionale n. 157 del 2019, *cit.*; tra la giurisprudenza di legittimità v. Cass. S.U. 28 dicembre 2001, n. 16219 e 22 novembre 1999, n. 813; più di recente, Cass. 5 marzo 2020, n. 6294 e Cass. 29 settembre 2021, n. 26441.

³⁷ Così Cass. 24 settembre 2015, n. 18975, che ha ritenuto inammissibile il ricorso ex art. 28 legge 300/70 da parte delle organizzazioni sindacali rappresentative dei medici convenzionati.

³⁸ Cass. n. 6294 del 2020, *cit.*; Cass. n. 18975 del 2015, *cit.*; Cass. 13 aprile 2011, n. 8457; Cass. n. 20344 del 2005, *cit.*

base di un concorso pubblico, fondata sulla esigenza della pubblica amministrazione assolutamente strutturale, di dotarsi periodicamente di personale, in questo caso medico, assunto sulla base delle ordinarie necessità di organico³⁹. Le rispettive prestazioni non sono assimilabili⁴⁰; con conseguente inapplicabilità – ferma l'assimilazione ai soli fini del trattamento processuale – di tutte le disposizioni che presuppongono la natura subordinata della prestazione⁴¹. L'ente pubblico, dunque, agisce nell'ambito esclusivo del diritto privato ed assume nei confronti del professionista gli obblighi che derivano dalla disciplina collettiva, alla quale la legge assegna un ruolo centrale, «affidandole la funzione specifica di garantire, su base pattizia, l'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale...sull'intero territorio nazionale»⁴².

4. *La disciplina lavoristica*

Pur operando quali professionisti autonomi, i medici di base prestano il loro servizio secondo le regole definite da convenzioni di durata triennale, conformi agli accordi

³⁹ Consiglio di Stato, sez. VII, 8 marzo 2022, n. 1665, in *Jus et Salus*, 27 marzo 2022, con nota di F. GARDINI, *Medici dipendenti del SSN e medici convenzionati: status giuridico differenziato e ricadute sul regime delle incompatibilità*. L'organo amministrativo non ha ritenuto incostituzionale la previsione di legge che consente solo al medico dipendente del SSN a tempo indeterminato di partecipare ad un corso di specializzazione, senza che con ciò venga messa in pericolo l'esistenza giuridica del suo rapporto con il Servizio stesso, e non lo consente invece al medico convenzionato. Ciò in quanto la Pubblica amministrazione, nel consentire l'arricchimento del bagaglio culturale dei propri dipendenti, «non va incontro soltanto ad una legittima aspirazione del singolo, bensì anche al proprio interesse di poter disporre di personale sempre più fornito di strumenti professionali. Situazione che non si può ravvisare a proposito del medico convenzionato, il cui bagaglio culturale e professionale viene valutato, relativamente alle necessità che la Pubblica Amministrazione deve soddisfare, al momento della conclusione della convenzione». Peraltro, l'eventuale interruzione del rapporto convenzionale ai fini della partecipazione al corso di specializzazione non può essere paragonata alla situazione del medico dipendente il quale, laddove per una qualunque ragione uscisse dal rapporto di pubblico impiego, dovrebbe affrontare un nuovo concorso pubblico. Ne consegue che, trattandosi di situazioni strutturalmente diverse, non sussiste una violazione dell'art. 3 della Costituzione; parimenti non si ha una lesione dell'art. 4 della Costituzione in tema di diritto del lavoro del cittadino, poiché questo è garantito effettivamente per tutta la durata della convenzione.

⁴⁰ Cass. 29 luglio 2008, n. 20581.

⁴¹ Cass. S.U. 31 gennaio 2006, n. 2045.

⁴² Cass. 14 febbraio 2023, n. 4524.

collettivi nazionali. Il sistema si articola su più livelli: a livello nazionale sono individuate le funzioni essenziali che tali medici devono assicurare, nonché la definizione della retribuzione; a livello regionale e aziendale sono invece individuati i compiti e gli obiettivi coerenti con la programmazione sanitaria, e sono definiti i criteri per la remunerazione variabile e di incentivazione. Pur essendo liberi professionisti, i medici di medicina generale partecipano in modo significativo al conseguimento degli obiettivi prefissati a livello regionale⁴³.

L'ACN per il triennio 2019-2021 ha portato a compimento il (già richiamato) percorso tracciato dal d.l. n. 158/2012, prevedendo l'adesione obbligatoria dei medici di medicina generale all'assetto organizzativo definito a livello regionale e alle forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali presenti sul territorio. È importante ricordare che, ai sensi dell'Accordo, gli atti di programmazione inerenti alle Aft e le modalità di partecipazione dei medici alle Uccp sono definiti attraverso gli accordi integrativi regionali⁴⁴. In particolare, l'Uccp opera in forma integrata all'interno di Case della Comunità⁴⁵ e in continuità assistenziale con le Aft, rispondendo ai bisogni di salute complessi. Il carattere multiprofessionale è garantito attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, con le altre professionalità convenzionate con il SSN. Ogni Aft è dunque funzionalmente collegata alla propria Uccp di riferimento e, tramite essa, i medici di medicina generale si raccordano alle attività della forma organizzativa multiprofessionale nel rispetto della programmazione regionale. Tra gli obiettivi della Uccp è incluso anche «il grado di integrazione tra i componenti»; la valutazione dei risultati raggiunti dai medici in essa operanti

⁴³ F. GIGLIONI, *Manuale di Diritto sanitario*, Neldiritto Editore, 2024, p. 163.

⁴⁴ Osservando i criteri generali previsti dall'art. 8, co. 2, ACN, ovvero: istituzione delle Aft in tutto il territorio regionale; istituzione di forme organizzative multiprofessionali, tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche; realizzazione del collegamento funzionale tra Aft e forme organizzative multiprofessionali, tramite idonei sistemi informatici e informativi.

⁴⁵ Oppure, in strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie, con una sede di riferimento (*bub*) ed eventuali altre sedi (*spoke*): art. 9, ACN.

costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del loro trattamento economico⁴⁶.

Se guardiamo adesso allo stato giuridico del medico di medicina generale, le peculiarità si rinvengono già nelle fasi e nelle modalità di formazione iniziale e di reclutamento. A differenza di quanto avviene per il lavoro pubblico subordinato – a cui il medico accede solo mediante pubblico concorso per esami e titoli e con il requisito essenziale del possesso di una specializzazione universitaria specifica⁴⁷ – il rapporto di lavoro convenzionale si instaura mediante una selezione per soli titoli⁴⁸. In aggiunta, il diploma di formazione in medicina generale⁴⁹, acquisibile dopo la frequenza di un corso di durata triennale e necessario ai fini dell'inserimento nelle relative graduatorie regionali, non è equiparato ad una specializzazione universitaria, né è organizzato con un programma formativo omogeneo nazionale. A differenza di quanto avviene per le altre professioni mediche, la formazione del medico di medicina generale è infatti gestita dalle Regioni, che bandiscono i posti per la scuola in base alla disponibilità finanziaria concessa dal ministero della Salute. L'importo della borsa è a dir poco esiguo (in media 966 euro lordi al mese⁵⁰), considerando altresì il rigido regime di incompatibilità previsto dall'ACN: durante la formazione è possibile solo accettare incarichi di sostituzione di medico di medicina generale e di guardia medica; la borsa non è compatibile con la specializzazione o il dottorato di ricerca e con l'attività libero professionale, né è consentito avere rapporti professionali con istituzioni, enti pubblici e privati, né con lavoro convenzionale, di dipendenza o consulenza con il SSN.

⁴⁶ Art. 9, ACN. La parte variabile della retribuzione è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda sanitaria può adottare nei confronti dell'intera Uccp.

⁴⁷ Ai sensi dell'art. 97 Cost. e dell'art. 15 co. 7, d.lgs. n. 502/1992. In assenza di tali requisiti, non è pertanto consentita la trasformazione del rapporto di lavoro convenzionato del medico in rapporto di lavoro dipendente pubblico a tempo indeterminato: Corte cost. 29 aprile 2010, n. 149.

⁴⁸ Corte d'Appello Venezia, sez. lavoro, 23 luglio 2015, n. 365.

⁴⁹ Istituito con il d.lgs. n. 368/1999, ai sensi delle Direttive 86/457/Cee e 93/16/Cee.

⁵⁰ Di gran lunga inferiore all'importo della borsa di specializzazione: v. ENPAM, *Dalla laurea alla pensione. La guida completa per i medici di medicina generale*, 2022, consultabile in www.enpam.it.

Guardando poi alle regole che presidiano lo svolgimento dell'attività lavorativa, è necessario premettere che il vigente ACN ha portato a compimento il percorso avviato nella precedente tornata contrattuale⁵¹, dando effettiva attivazione al c.d. ruolo unico, previsto dal richiamato d.l. n. 158/2012. In tale figura confluiscono i medici di medicina generale, che ora assumono la denominazione di medici del ruolo unico dell'assistenza primaria a "ciclo di scelta", e i medici di continuità assistenziale⁵², ora medici del ruolo unico dell'assistenza primaria ad attività oraria. Più in particolare, si prevede che i medici del ruolo unico svolgono la loro attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle Aft e nelle Uccp; ai medici del ruolo unico operanti a tempo indeterminato nelle Aft a rapporto orario è consentita l'iscrizione negli elenchi di scelta; se operanti a ciclo di scelta, è consentita l'attribuzione di incarico orario. In questo nuovo assetto, l'ACN definisce i compiti del medico del ruolo unico, garantendogli – fin dall'inizio dello svolgimento della professione ambulatoriale – il tempo pieno, da perseguire individualmente, con attività propria, e attraverso la rete degli studi medici della propria Atf. In particolare, dal 2025 l'incarico «è conferito in una sola Azienda e comporta lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali, con progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria», prevedendosi la «riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti»⁵³. Per consentire il bilanciamento delle ore dedicate alle due attività, l'ACN prevede una progressiva riduzione di quella oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico (fino al massimale di 1500

⁵¹ ACN per il triennio 2016-2018, sottoscritto il 28 aprile 2022.

⁵² La Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) è un servizio attivo nelle fasce orarie non coperte dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta, e garantisce la continuità dell'assistenza medica per le prestazioni non differibili.

⁵³ Artt. 31, co. 1, e 38, co. 1, ACN. La modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito indicato: dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti, 38 ore; da 401 a 1.000 assistiti, 24 ore; da 1.001 a 1.200 assistiti, 12 ore; da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore. Limiti vengono indicati anche con riguardo all'impegno settimanale del medico del ruolo unico già titolare di doppio incarico ad attività oraria e a ciclo di scelta prima dell'entrata in vigore dell'ACN, prevedendosi altresì che al raggiungimento dei limiti degli assistiti l'Azienda provvede alla riduzione o cessazione del numero di ore (art. 38, co. 7).

assistiti), seguendo precisi scaglioni⁵⁴. In sostanza, l'impegno di ogni medico all'interno della propria Aft garantisce l'integrazione tra le attività svolte a favore degli assistiti in carico al singolo medico e quelle orarie svolte a favore di tutti gli assistiti dell'Aft. I medici a ciclo di scelta con un numero ridotto di pazienti garantiscono anche attività orarie, fino al conseguimento di un orario settimanale rapportabile fino al massimo richiamato; in modo analogo, i medici titolari di incarico a rapporto orario possono progressivamente acquisire pazienti a ciclo di scelta, fino a concorrenza di quel massimale. La disciplina del nuovo assetto organizzativo dell'assistenza primaria è rinviata agli Accordi regionali, che devono individuare il rapporto ottimale tra il numero dei medici operanti nel territorio e gli abitanti residenti; per la valutazione del fabbisogno assistenziale (a scelta e su base oraria) l'articolazione organizzativa da considerare è l'Atf. In caso di carenza assistenziale, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti, l'Azienda propone ai medici già in servizio il completamento del loro impegno settimanale; se il fabbisogno permane, "procede all'assegnazione di incarichi del ruolo unico di assistenza primaria (38 ore) con obbligo di contemporanea apertura dello studio per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta nella Aft assegnata"⁵⁵ (o in altra zona indicata). Lo studio professionale privato è presidio del SSN e «concorre al perseguimento degli obiettivi di salute del medesimo servizio nei confronti del cittadino mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate; lo stesso è utilizzabile, previo accordo tra i medici, per lo svolgimento dell'attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria»⁵⁶. Il trattamento economico include il compenso per l'attività a ciclo di scelta e quello ad attività oraria. La prima è remunerata con un compenso capitaro per assistito, cui si aggiungono una quota variabile (finalizzata all'effettuazione di specifici programmi di attività), una quota per servizi e una quota del fondo aziendale dei fattori produttivi, tutte definite a livello nazionale

⁵⁴ Ovvero: 12 ore da 1001 a 1200 assistiti, 6 ore da 1201 a 1500 assistiti.

⁵⁵ Art. 33, co. 1, ACN.

⁵⁶ Art. 35, co. 1, ACN. L'ambulatorio del medico convenzionato deve essere aperto almeno cinque giorni alla settimana, con fasce orarie predeterminate, cui si aggiunge l'eventuale attività di visita domiciliare

e negoziate a livello regionale; è prevista anche una quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale⁵⁷. L'accordo fissa poi il compenso dovuto al medico per ogni ora di attività svolta. La giurisprudenza ha chiarito che alle previsioni contenute negli accordi nazionali e integrativi devono conformarsi, a pena di nullità, i contratti individuali. Al punto che anche esigenze di riduzione della spesa, sopravvenute alla valutazione di compatibilità finanziaria dei costi della contrattazione, devono essere fatte valere nel rispetto delle procedure di negoziazione collettiva e degli ambiti di competenza dei diversi livelli di contrattazione e non legittimano la singola azienda sanitaria, a fronte di prestazioni invariate, a ridurre unilateralmente i compensi previsti dalla contrattazione integrativa regionale⁵⁸.

Soffermando l'attenzione sulla disciplina più strettamente lavoristica applicabile al medico di medicina generale, le indicazioni che si ricavano dall'ACN sono piuttosto scarse. Da una parte sono esaltate le caratteristiche di indipendenza organizzativa rispetto alle decisioni aziendali, richiedendosi al medico di assicurare i mezzi di produzione, cioè gli strumenti professionali e logistici necessari per l'espletamento della sua attività (facendosi carico dei relativi costi). Dall'altra, si prevedono regole puntuali, che dovranno trovare ulteriore declinazione a livello regionale/aziendale. Soffermandoci su quelle più significative, viene in rilievo, innanzitutto, la sospensione dal servizio in alcune specifiche situazioni⁵⁹. È il caso della malattia e degli infortuni⁶⁰, adesso considerati periodi utili ai fini dell'anzianità di servizio. La sospensione opera anche per documentati motivi assistenziali nei riguardi di familiare con gravi motivi di salute (fino ad un massimo di 3 giorni/turni al mese); è previsto il diritto alla sospensione parziale dall'attività convenzionale per periodi non superiori a diciotto mesi nell'arco di cinque anni per

⁵⁷ Art. 47, ACN. Le risorse contrattuali relative alla quota variabile, per servizi e del fondo aziendale possono rappresentare fino al 30% del totale.

⁵⁸ Cass. 12 ottobre 2021, n. 27782; Cass. n. 4524 del 2023, *cit.*

⁵⁹ Art. 22, ACN.

⁶⁰ La sospensione ha una durata massima di tre anni nell'arco di cinque; in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale opera per la durata complessiva della inabilità temporanea assoluta.

assolvere a particolari esigenze di cura familiare⁶¹ (in questo caso, però, non è prevista alcuna indennità da parte dell'Enpam, e il medico è tenuto a pagare il suo sostituto).

L'apparato protettivo tiene poi conto del mutato assetto che sta caratterizzando questa figura professionale. Merita in particolare di essere segnalata l'introduzione di alcune tutele rivolte alla genitorialità e alla maternità, in risposta alla crescente femminilizzazione anche di questa professione sanitaria⁶². È così prevista la sospensione – integrale o parziale – dell'attività convenzionale nei casi di gravidanza e puerperio, con regole differenziate in ragione del fatto che il medico operi con incarico orario o con attività a ciclo di scelta. Nel primo caso, la sospensione dell'attività è obbligatoria per tutto il periodo previsto come tale per i lavoratori dipendenti; nel secondo, invece, per il medesimo periodo può essere richiesta la sospensione totale o parziale dell'attività, secondo quanto previsto dall'art. 36, co. 9 e 10⁶³. Se in questo caso la sospensione resta opzionale, la sua durata temporale è adesso allineata alle regole vigenti nell'area del lavoro subordinato (5 mesi). L'esplicito rinvio al successivo art. 36 chiarisce che, solo in questo secondo caso, l'entità del compenso dovuto al sostituto sarà pari al 70% di quanto spettante al titolare in quota capitaria (con variazioni percentuali mensili correlate ai mesi invernali e estivi), mentre il restante 30% è corrisposta al titolare assente (sostituito). Una ripartizione interamente “a carico del medico titolare”, trattandosi di due parti percentuali in cui, convenzionalmente, è suddiviso il suo compenso. Novità importante è che in caso di gravidanza e per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino la continuità dell'assistenza può essere garantita anche prevedendo l'utilizzo della telemedicina⁶⁴. Per favorire una migliore conciliazione del rapporto vita/lavoro del medico, viene poi istituito un Tavolo di consultazione

⁶¹ Quali allattamento e cura del bambino entro il primo anno di vita, assistenza a un familiare disabile.

⁶² Nel 2022 dei circa 38mila medici di medicina generale il 42,3% è donna: Ministero della Salute, *Il personale del Sistema sanitario italiano*, aprile 2024, p. 25, consultabile in <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/il-personale-del-sistema-sanitario-italiano-anno-2022/>.

⁶³ Art. 22, ACN.

⁶⁴ Art. 44, co. 7, ACN.

nazionale tra Sisac e le OO.SS. firmatarie, che dovrà annualmente promuovere iniziative a favore dell'equilibrio professionale e privato delle (sole!) "lavoratrici"⁶⁵; seguendo un approccio che, in verità, stigmatizza tale esigenza quale esclusivo appannaggio del genere femminile.

Vige, infine, un rigido regime di incompatibilità e limiti all'esercizio della libera professione, potendo il medico di medicina generale svolgere attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio, dandone comunicazione all'Azienda, «purché lo svolgimento di tale attività non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei propri compiti convenzionali, ivi compresi quelli riferiti all'attività all'interno della Aft» (art. 28). Il medico resta libero di stabilire l'orario di lavoro, dovendo però rispettare i minimi orari e le fasce orarie di copertura stabilite dagli ACN⁶⁶, e comunicare obbligatoriamente all'Azienda sanitaria le eventuali modifiche degli stessi. Per quanto riguarda poi l'attività oraria rivolta agli assistiti dell'Aft e/o dell'Uccp di riferimento (che, si ricorda, è svolta in parte anche dal medico di medicina generale⁶⁷), essa è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale ed è organizzata dall'Azienda sanitaria «in coerenza con la programmazione regionale, tenuto conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici di scelta e dell'offerta assistenziale in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche del territorio e all'offerta assistenziale». L'attività programmata e coordinata all'interno dell'Aft è prestata con flessibilità oraria ed articolazione dei turni funzionale all'assetto organizzativo territoriale, con un orario giornaliero minimo di 4 ore e massimo di 12. Le sedi di svolgimento dell'attività oraria sono assegnate dall'Azienda, che predispone, su base distrettuale, i turni di servizio, sentiti i medici interessati⁶⁸.

⁶⁵ Art. 7, co. 4, ACN.

⁶⁶ Puntualmente indicati nell'art. 35, co. 5, ACN.

⁶⁷ Nel caso in cui abbia in carico meno di 1500 assistiti: v. *supra*, nota 53.

⁶⁸ Art. 44, ACN.

5. I lavori degli altri medici convenzionati. Cenni

Il richiamato impianto regolativo si differenzia da quello dettato, dal medesimo ACN, per i medici di medicina dei servizi territoriali, la cui relazione giuridica con il servizio sanitario è pure mediata dalla convenzione⁶⁹; con margini di autonomia individuale che appaiono, però, ben più circoscritti. Per questi medici incaricati a tempo indeterminato, che operano all'interno del medesimo contesto organizzativo del medico a ruolo unico, si rinvengono previsioni più articolate: innanzitutto, il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti affidati dall'Azienda, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi ed alla tipologia dell'attività, dovendo osservare l'orario di attività indicato nella lettera di incarico, provvedendo le Aziende al controllo con gli stessi metodi adottati per il personale dipendente⁷⁰. Ancora: per ogni anno di effettivo servizio ha diritto a un permesso annuale retribuito irrinunciabile di trenta giorni (di fatto, un periodo di ferie); è riconosciuto il congedo matrimoniale⁷¹; è prevista una rafforzata tutela in caso di assenze per malattia e infortunio, durante le quali il medico riceve l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio per i primi sei mesi, e il 50% per i successivi tre mesi, con garanzia di conservazione dell'incarico per ulteriori quindici mesi, senza retribuzione; beneficia della tutela in caso di gravidanza e puerperio, con garanzia della conservazione dell'incarico per sei mesi continuativi e la corresponsione dell'intero trattamento economico goduto in attività di servizio, per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane⁷².

Differenze regolative emergono anche rispetto agli specialisti ambulatoriali, entrati anch'essi ormai a pieno titolo nella nuova riorganizzazione della medicina territoriale. Il vigente ACN (firmato il 7 febbraio 2024) ribadisce infatti la loro partecipazione nei team multidisciplinari istitu-

⁶⁹ Art. 2, co. 1, ACN.

⁷⁰ Art. 51, ACN.

⁷¹ Condizione per godere del congedo è che l'assenza dal servizio non sia superiore a un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale (cioè fino a un massimo di 95 ore); la data di inizio del congedo matrimoniale non può essere anteriore a 3 giorni prima della data del matrimonio (art. 54, co. 6, ACN).

⁷² Art. 55, ACN.

iti nell'ambito della riorganizzazione territoriale dell'assistenza medica, con una connessione più stretta tra la specialistica ambulatoriale e la medicina generale. Si tratta, anche in questo caso, di medici che "esercitano un'attività convenzionale operante in regime di parasubordinazione nell'ambito dell'organizzazione del SSN per il perseguimento delle finalità dello stesso SSN"⁷³; con una regolamentazione che, peraltro, richiama espressamente – e dovrebbe adeguarsi – al d.lgs. n. 165/01 sul pubblico impiego⁷⁴. Anche in questo caso la professione del medico, pur se caratterizzata da ampi margini di flessibilità, è assoggettata al rispetto di una serie di "regole" stringenti. Basta qui richiamare la previsione per cui, nell'ambito della medicina specialistica, le scelte organizzative sono quasi integralmente rimesse alle decisioni aziendali, a partire dall'orario di lavoro ambulatoriale che – ancorché sommato ad altra attività compatibile – non può superare le 38 ore settimanali, e deve essere «indicato nella lettera di incarico». È altresì previsto il controllo, da parte delle Aziende, «con gli stessi metodi adottati per il personale dipendente»⁷⁵; l'inosservanza ripetuta dell'orario costituisce infrazione contestabile, con conseguente applicabilità – previo procedimento disciplinare – di un severo sistema sanzionatorio. Vige, ancora, un rigoroso regime di incompatibilità, che rinvia a quello proprio del lavoratore dipendente dalla pubblica amministrazione, a partire dal principio di esclusività⁷⁶. Particolari tutele sono riconosciute per maternità e genitorialità. Il vigente accordo prevede – analogamente a quanto indicato nell'ACN dei medici di medicina generale – che al tavolo di consultazione annuale le parti possono discutere iniziative volte a favorire la conciliazione vita-lavoro delle lavoratrici⁷⁷. Riservando anche in questo caso particolare attenzione alla femminilizzazione della professione, risultano ulteriormente rafforzate le tutele per la maternità⁷⁸, con previsione della possibile flessibilità di

⁷³ Art. 2, co. 2, ACN.

⁷⁴ Così dispone l'art. 1, co. 4 dell'ACN.

⁷⁵ Art. 28, co. 2, ACN.

⁷⁶ Art. 27, ACN.

⁷⁷ Art. 12, co. 4, ACN.

⁷⁸ Art. 34, ACN.

orario e sede di servizio che sembra tenere in considerazione anche le esigenze dei medici padri⁷⁹.

A leggere comunque le diverse declaratorie convenzionali contenute negli accordi nazionali – per i medici di medicina generale, attività libero-professionale, ascrivibile, per costante giurisprudenza, alla categoria della parasubordinazione; per gli specialisti ambulatoriali, attività convenzionale espressamente qualificata quale parasubordinata – da un punto di vista strettamente giuridico appaiono di difficile comprensione, e si giustificano sempre di meno, le diversità di disciplina lavoristica, dal momento che si tratta sempre e comunque di lavoratori autonomi che operano in regime di convenzione⁸⁰. Senza considerare che nel diritto del lavoro il tratto distintivo che separa la c.d. parasubordinazione dalla subordinazione è dato proprio dalla diversa – o meglio, dalla più o meno intensa – rilevanza delle determinazioni organizzative aziendali, dall’inserimento nell’organizzazione del creditore della prestazione di lavoro, dall’assoggettamento alle direttive e alle unilaterali disposizioni impartite da quest’ultimo⁸¹. E, in alcune delle attività mediche ora richiamate, sono ben rinvenibili indici che avvicinano quelle prestazioni all’area della subordinazione.

A fronte della espressa qualificazione dei rapporti lavorativi fini qui richiamati, resta comunque fermo il principio generale di indisponibilità del tipo negoziale da parte sia della legge, sia della volontà, individuale e collettiva, delle parti⁸²; l’esistenza del vincolo di subordinazione – così come la sua assenza – deve infatti essere valutata da giudice caso per caso, «in funzione di tutti gli elementi e di tutte le circostanze che caratterizzano i rapporti fra le parti»⁸³. Si tratta di una valutazione complessa, da compiere alla luce di molteplici fattori, anche “di contesto”. È quanto

⁷⁹ Art. 30, co. 4, ACN.

⁸⁰ Lo sottolinea bene A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio*, cit., pp. 519-520.

⁸¹ V. tra le molte, seppure con diverse sfumature, Cass. 10 ottobre 2024, n. 26466; Cass. 14 aprile 2023, n. 10050; Cass. 26 luglio 2022, n. 23371; Cass. 3 settembre 2021, n. 23890; Cass. 3 novembre 2020, n. 24391; Cass. 25 febbraio 2019, n. 5436.

⁸² A partire da Corte cost. 29 marzo 1993, n. 121, e 31 marzo 1994, n. 115.

⁸³ Corte giust. 11 aprile 2019, *Bosworth e Hurley*, C-603/17, punto 26, che richiama Corte giust. 10 settembre 2015, *Holterman Ferbo Exploitantie*, C-47/14, punto 46, nonché Corte giust. 20 novembre 2018, *Sindicatul Familia Constanta*, C-147/17, punto 42.

emerge dalla pronuncia in cui i giudici delle leggi – chiamati a valutare la qualificazione giuridica dei rapporti di lavoro degli infermieri incaricati presso gli istituti di prevenzione e di pena (dalla legge qualificati autonomi) – ne hanno negato la natura subordinata⁸⁴, seppur in presenza di un rapporto di lavoro svolto all'interno dell'istituto, articolato in turni e caratterizzato dall'assoggettamento a direttive (se pur non dettagliate) di natura tecnica e amministrativa. La Corte, proprio nel dare risalto alle “specificità situazionali” in cui si svolge la prestazione lavorativa, non ha rinvenuto un contrasto con il richiamato principio della indisponibilità del tipo negoziale, avendo piuttosto voluto il legislatore evidenziare le peculiarità di una prestazione d'opera sottoposta a vincoli di controllo del committente “solo” in ragione del luogo in cui la prestazione stessa si svolge, e non di un potere direttivo. Di tal ché, al di fuori di un siffatto contesto “extralavorativo”, ben può ritenersi che le motivazioni addotte dalla Corte – e il relativo “risultato” qualificatorio – possano essere divergenti.

6. Conclusioni

L'indagine fin qui condotta restituisce una fotografia con luci ed ombre. Innanzitutto, il nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale è, in quasi tutte le realtà regionali, ancora sulla carta. L'ultimo monitoraggio sull'attuazione del d.m. n. 77/2022 restituisce dati preoccupanti⁸⁵: su 1.717 Case di comunità programmate entro il 2026, al 20 dicembre 2024 solo 46 hanno attivato tutti i servizi previsti dal decreto, comprensivi di presenza medica e infermieristica; 485 hanno almeno un servizio attivo. I tempi per la piena realizzazione del modello si preannunciano, dunque, ancora lunghi.

Analizzando poi la disciplina applicabile al medico di medicina generale, appare evidente che siamo in una fase di transizione. Il ruolo unico, con le Aft e gli Uccp, è già una realtà; e dovrà trovare una progressiva

⁸⁴ Corte cost. 7 maggio 2015, n. 76. Analoga conclusione era già stata raggiunta dai giudici delle leggi, per le prestazioni professionali dei medici incaricati nei medesimi istituti: Corte cost. 22 dicembre 1989, n. 577.

⁸⁵ Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio dm 77/2022, II semestre 2024, 14 marzo 2025, consultabile in https://www.agenas.gov.it/images/2025/DM_77/Report_nazionale_II_semestre_2024.pdf.

implementazione. La sua messa a regime comporterà, in prospettiva, la riconducibilità della figura del medico di medicina generale “genuino” nel “solo” medico del ruolo unico dell’assistenza primaria a ciclo di scelta con un numero di assistiti superiore a 1500. Negli altri casi, il professionista sarà tenuto a svolgere un’attività oraria aggiuntiva, in sede diversa da quella ambulatoriale⁸⁶, modulata in ragione dei pazienti, fino al raggiungimento di 38 ore settimanali. Con il rischio di una continua riparametrazione tra le due attività, al variare del numero degli assistiti⁸⁷. Questo ibridismo regolativo conduce a un assetto poliforme di compiti e funzioni, che inevitabilmente offusca, e sbiadisce, il tradizionale ruolo del medico di famiglia, incentrato sul rapporto fiduciario paziente/medico e su una cura che integra elementi di salute individuale alla integrazione familiare, territoriale e comunitaria dell’assistito. Una differenza con il medico ospedaliero cui una fin troppo semplicistica terminologia vorrebbe riconoscere al medico ospedaliero la funzione di “cura” e a quello di medicina generale quella di “prendersi cura”⁸⁸. Funzione, quest’ultima, peraltro sempre più messa in crisi dalla diminuzione dei tempi di cura, dal crescente carico del lavoro “digitalizzato”, anche burocratico, che pesa sul medico⁸⁹, spesso finalizzato al controllo della spesa pubblica piuttosto che sul buon esito della salute dei propri assistiti; dal suo isolamento rispetto al sistema sanitario, perché non ricompreso nel personale strutturato⁹⁰. La presa in cura, evidentemente, può essere ben più efficace se realizzata da un team di professionisti coeso e collaborativo; presupposto per la modernizzazione del sistema di assistenza territo-

⁸⁶ Si ricorda che, ai sensi del d.m. n. 77/del 2022, l’attività aggiuntiva dovrà essere svolta presso la Casa di Comunità *hub e spoke*.

⁸⁷ V. *supra*, nota 52.

⁸⁸ I due termini ripropongono la distinzione anglosassone tra “care” (farsi carico di) e “cure” (curare, guarire). Dando per assodato che ogni medico svolge entrambe le funzioni, c’è da capire se la distinzione assume anche una valenza organizzativa e istituzionale, oppure solo riferita alla naturale predisposizione individuale.

⁸⁹ Si pensi al moltiplicarsi dei canali di accesso dei pazienti, con cui si mettono in contatto e interagiscono con il proprio medico di medicina generale (e-mail, whatsapp, piattaforme on line).

⁹⁰ Lascia perplessi la mancata disponibilità per i medici di medicina generale, durante l’emergenza pandemica, dei più basilari dispositivi di prevenzione, evidenziata nel bel libro di C. BRANCATI, *Un medico di famiglia, Napoli, la peste e i giorni del Covid*, La Valle del Tempo, Napoli, 2024, spec. pp. 197 ss.

riale è, del resto, la piena integrazione di tutto il personale coinvolto all'interno dei servizi distrettuali. La tutela della salute dipende sempre più dall'apporto di conoscenze che provengono da discipline diverse, la cui combinazione comporta una continua ridefinizione dei contenuti professionali, del ruolo, delle funzioni svolte dai molteplici professionisti che operano all'interno di strutture sempre più complesse. Gli stessi processi assistenziali richiedono una grande flessibilità delle strutture organizzative, la cui *performance* dipende fortemente dalla loro capacità di coinvolgere, coordinare e motivare tutti i professionisti che operano al loro interno⁹¹. Dunque, affinché il nuovo modello assistenziale possa trovare effettiva ed efficace realizzazione, è richiesta: una adeguata dotazione di risorse finanziarie, per assumere le necessarie professionalità; una solida capacità organizzativa e manageriale delle strutture sanitarie, che siano in grado di gestire un processo complesso, e in continua evoluzione; e una maggiore omogeneità regolativa per tutti i medici che – pur con le loro specificità e autonomia – quotidianamente, fianco a fianco, operano sul territorio. È infatti evidente che, quanto più si ritiene che i diversi segmenti del sistema sanitario nazionale debbano maggiormente integrarsi in una logica di sistema unitario, le differenze di stato giuridico si giustificano sempre meno⁹².

Dal trasferimento dei medici di medicina generale nelle Case di comunità (o in strutture analoghe) non deve poi derivare l'indebolimento della già carente rete capillare dagli ambulatori dei medici territoriali periferici di prossimità, prezioso punto di accesso diretto al sistema sanitario, soprattutto per persone con limitazioni alla mobilità e per la popolazione anziana, in costante crescita. Vero è che lo studio medico dovrebbe divenire struttura *spoke* del nuovo sistema territoriale integrato, utilizzabile – previo accordo tra i medici – per lo svolgimento sia dell'attività del medico del ruolo unico ad attività oraria, sia dello specialista ambulatoriale; ma in questo caso sarebbe necessario regolamentare questa possibile condivisione, vista la evidente necessità di operare una riparametrazione delle spese di utilizzo dello studio professionale, oggi

⁹¹ R. REINA, M. VENTURA, *Profili organizzativi delle Aziende che si occupano di salute*, in S. BUOSO, A. PASSARO (a cura di), *Organizzazione e lavoro in sanità*, cit., pp. 94 ss.

⁹² C. RUSSO, *Lo stato giuridico del personale medico*, cit.

integralmente a carico del medico di medicina generale. Anche la valorizzazione – rinvenibile nei richiamati Accordi nazionali – del rapporto tra professionalità e innovazione tecnologica, attraverso il ricorso, ove possibile, alla telemedicina⁹³, è indubbiamente funzionale a garantire rapidità di risposta e continuità assistenziale in situazioni di maggiore difficoltà nell'erogazione del servizio. E tuttavia, l'ampio utilizzo di strumenti digitali può comportare un sovraccarico lavorativo che, se non correttamente gestito, può diminuire la qualità del servizio offerto e disattendere le crescenti aspettative dei pazienti⁹⁴.

In questo complesso contesto, posto che ad essere ripensata dovrebbe essere la disciplina di tutta la medicina convenzionata, per superare le evidenziate distonie regolative che ancora caratterizzano le diverse figure, ciò che rileva non è tanto il dualismo medici a dipendenza oppure medici convenzionati, ma che cosa – all'interno della nuova organizzazione – *si chiede di essere* al medico di medicina generale. Come si è detto in apertura, quello dell'inquadramento giuridico è solo un tassello – per di più, finale – di questo processo. Ricondurre le diverse specificità a una tipologia diversa di esercizio della professione medica porta con sé il rischio di non comprendere più, tra tipologia di esercizio della professione e stato giuridico, quale sia la causa e quale l'effetto; e autonomia o dipendenza contrattuale non sono, in sé, sinonimo di efficacia ed efficienza nella risposta dei servizi rivolti alla comunità.

Al di là delle formule giuridiche, dunque, è essenziale avere ben chiara la funzione organizzativa della medicina convenzionata all'interno del nuovo assetto del sistema sanitario territoriale; interrogandosi, *in primis*, sulla perdurante valenza delle ragioni *funzionali* che hanno determinato la richiamata frammentazione regolativa interna al sistema convenzionato dei medici generalisti e specialisti. Che ha senso solo se effettivamente *funzionale* a sopperire ai bisogni di salute dei cittadini.

⁹³ Art. 44, co. 7, ACN medici di medicina generale; art. 24, co. 7, ACN specialisti ambulatoriali.

⁹⁴ Questo aspetto è ben evidenziato da G. BROCCOLO, F. GUERRA, F. LONGO, A. ZAZZERA, *I cambiamenti dei modelli di servizio della medicina generale*, in CERGAS-Bocconi, *Rapporto OASI 2024*, consultabile in <https://cergas.unibocconi.eu/oasi-2024>.

The general practitioner: labour profiles

Paola Bozzao

Abstract: Il contributo analizza i profili lavoristici del medico di medicina generale, alla luce della vigente disciplina legale e contrattuale, e della sua interpretazione giurisprudenziale. Il tema, poco indagato dalla dottrina, è divenuto oggetto di acceso dibattito nel corso degli ultimi mesi. Da qui il tentativo di evidenziare le peculiarità che caratterizzano il rapporto lavorativo di questa figura professionale, al fine di verificarne la “tenuta” all’interno del nuovo assetto organizzativo dell’Assistenza sanitaria territoriale.

Abstract: The paper examines the work profiles of general practitioners, in accordance with the current legal and contractual framework and its jurisprudential interpretation. The subject, which has not been extensively researched by the doctrine, has been the topic of heated debate in recent months. The aim is to highlight the peculiarities that define this professional figure’s working relationship, in order to confirm its ‘hold’ in the new organizational structure of territorial health care.

Parole chiave: medico di medicina generale; status giuridico; lavoro; autonomia; subordinazione

Keywords: General Practitioner; Employment; Legal Status; Autonomy; Subordination