

Le convenzioni dei medici di medicina generale: natura giuridica, contenuto e criticità

Chiara Mari*

1. *Nascita ed evoluzione del rapporto convenzionale tra medici di medicina generale e sistema sanitario nazionale*

La figura del medico di medicina generale, tradizionalmente considerata essenziale per far fronte alle esigenze di salute sul territorio, ha subito un percorso evolutivo complesso volto a definirne la migliore correlazione con il sistema di sanità pubblica fino ad arrivare all'attuale modello convenzionale. Per comprenderne la rilevanza si possono prendere in prestito le parole lungimiranti scritte nel diario di un medico condotto del secondo Dopoguerra: *«l'opera del medico condotto [...] potrà subire una necessaria trasformazione e anzi una utile evoluzione, ma non potrà mai essere soppressa o comunque radicalmente sostituita»*¹.

Nella consapevolezza del rilievo determinante della figura del medico di medicina generale e del suo adattamento alle trasformazioni sociali, il presente contributo è volto ad analizzare la natura giuridica, il contenuto e le criticità delle convenzioni per comprendere se queste siano ancora utili e in che modo nel contesto delle riforme organizzative dettate dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e volte a rilanciare una sanità capillare a livello territoriale².

* Ricercatrice di Diritto Amministrativo, Università "La Sapienza" di Roma.

¹ A. BERNARDINI, *Memorie di un medico condotto*, Albatros, 2013, p. 257.

² Si veda il Piano Nazionale di Ripresa e resilienza, Missione 6 "Salute" (componente M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) dove si evidenzia che tra gli obiettivi occorre creare: «reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari», p. 226. Cfr. A. PIOGGIA, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2, 2022, p. 165.

Partendo dal contesto definitorio, si specifica che le convenzioni sono uno strumento che regola i rapporti tra medici di medicina generale (MMG) e servizio sanitario nazionale (SSN) garantendo l'autonomia della professione. Queste si fondano sulla negoziazione collettiva nazionale integrata in ambito regionale e sull'esecuzione previa intesa della Conferenza Stato-Regioni³.

La loro finalità consiste nel perseguimento dell'interesse pubblico al soddisfacimento delle finalità istituzionali del servizio sanitario nazionale mediante un rapporto privatistico di lavoro autonomo di tipo professionale tra medico e pubblica amministrazione⁴. La convenzione risponde innanzitutto, «nel momento in cui viene scelta come strumento operativo della Pubblica Amministrazione, ad un interesse pubblico concreto da amministrarsi anche secondo discrezionalità tecnica»⁵. In altre parole, lo strumento convenzionale consente di garantire standard di salute uniformi⁶ mediante l'attività medica svolta in via autonoma e non dipendente ma comunque rientrante nell'ambito dell'organizzazione sanitaria⁷.

³ «La regolazione dei rapporti fra MMG e SSN è inquadrata all'interno del cosiddetto modello convenzionale, che prevede il riconoscimento di un forte grado di autonomia ai MMG nel quadro della negoziazione collettiva nazionale, integrata con accordi specifici di livello regionale». M. ARLOTTI, E. SPINA, F. ATZORI, *La medicina generale verso le Case della Comunità. Assetti, criticità e scenari in Autonomie locali e servizi sociali*, 1, 2023, p. 94.

⁴ Cfr. Corte cost., 25 giugno 2019, n. 157 dove si specifica che il rapporto convenzionale dei medici di medicina generale, anche se costituito per soddisfare le finalità istituzionali del servizio sanitario nazionale, è «un rapporto privatistico di lavoro autonomo di tipo professionale con la pubblica amministrazione».

⁵ Cons. di Stato, sez. VII, 8 marzo 2022, n. 1665, dove si mette in evidenza la differenza tra la situazione giuridica del medico convenzionato rispetto a quella del medico dipendente pubblico a tempo indeterminato.

⁶ «Il rapporto di convenzionamento dei medici con il Servizio sanitario nazionale è regolato dall'art. 8 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, che ne demanda la disciplina a convenzioni di durata triennale, conformi agli accordi collettivi nazionali; tali accordi devono essere informati ai principi declinati dallo stesso art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992, tra cui la necessità che il conferimento di funzioni al medico in convenzione avvenga in base ad una graduatoria regionale unica per titoli, accessibile ai soli possessori del diploma di formazione specifica in medicina generale di cui all'art. 21 del d.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 [...] Il rapporto dei medici in convenzione richiede una regolamentazione uniforme su tutto il territorio nazionale, così come è previsto per il lavoro pubblico contrattualizzato», Corte cost., 28 aprile 2022, n.106.

⁷ «Il presente accordo regola, oltre che l'assistenza di medicina generale in un contesto di continuità e globalità, anche aspetti relativi al coinvolgimento del medico nella organizzazione distrettuale ed alla sua partecipazione alle attività delle aziende, mirate ad una più appropriata

Al fine di capire le ragioni che hanno determinato la scelta del modello convenzionale per la miglior garanzia del diritto alla salute, è interessante ricostruire brevemente l'evoluzione del rapporto tra medici di medicina generale e SSN. Del resto, la rilevanza della convenzione come strumento ottimale per consentire la copertura sanitaria è relativamente recente, dal momento che tradizionalmente il medico di base era assunto dall'amministrazione comunale⁸.

La figura del medico di medicina generale ha subito, in effetti, a partire dalla fine dell'Ottocento, tre fasi evolutive che hanno inciso sulla natura – autonoma o dipendente – della professione e hanno portato alla configurazione del medico condotto; del medico delle casse mutue; del medico di famiglia. Un cenno alla ricostruzione delle suddette fasi è utile per capire la rilevanza e le caratteristiche dell'attuale rapporto convenzionale tra medico e sistema sanitario⁹.

La prima fase attiene alla disciplina, mediante la legge 22 dicembre 1888 n. 5849 “*Sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno*”, della figura del medico condotto come professionista “stipendiato” dal Comune con il compito di fornire assistenza sanitaria gratuita ai meno abbienti¹⁰. Questa fase si caratterizza per il rapporto di stretta correlazione tra medico e Comune di riferimento e, dunque, per la configurazione come lavoratore stabile (dopo tre anni di prova) retribuito dall'amministrazione per assistere i poveri e che poteva essere licenziato solo per giustificati motivi¹¹.

definizione dell'intervento sanitario». Preambolo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, 2020.

⁸ G. VICARELLI, *Professioni e Welfare State: I medici generici nel servizio sanitario nazionale, in Stato e mercato*, 16, 1986, pp. 93-122.

⁹ Si veda C. CIPOLLA, C. CORPOSANTO, W. TUSIJN (a cura di) *I medici di medicina generale in Italia*, Milano, Franco Angeli, 2006.

¹⁰ La legge 22 dicembre 1888, n. 5849 imponeva ad ogni comune italiano di assumere un medico condotto per l'assistenza sanitaria di prossimità. L'art. 14 prevedeva «L'assistenza medica, chirurgica ed ostetrica, dove non risiedano medici e levatrici liberamente esercenti, è fatta almeno da un medico chirurgo condotto e da una levatrice residenti nel comune e da esso stipendiati coll'obbligo della cura gratuita dei poveri. Dove risiedano più medici o più levatrici liberamente esercenti, il comune stipendierà uno o più medici e chirurghi, una o più levatrici secondo l'importanza della popolazione, per l'assistenza dei poveri».

¹¹ Ai sensi dell'art. 16 della legge 22 dicembre 1988, n. 5849: «La nomina dei medici e chirurghi stipendiati dai comuni fatta dal Consiglio comunale dopo tre anni di prova acquista caratte-

In questa ipotesi, la disciplina dell'attività del medico risulta frammentata a livello nazionale non essendo presente una regolamentazione uniforme da applicare in ogni territorio.

Nella seconda fase, il sistema sanitario era fondato su enti mutualistici, le c.d. casse mutue, competenti per specifiche categorie di lavoratori che vi erano iscritti obbligatoriamente¹² e usufruivano di una assicurazione sanitaria che copriva anche i familiari¹³. Tale assicurazione era finanziata con i versamenti dei contributi degli stessi lavoratori e dai datori di lavoro. In questo quadro operava il medico detto appunto della mutua, vale a dire un professionista che svolgeva la propria attività per conto delle casse mutue¹⁴, ma senza rapporto di dipendenza o subordinazione. Per di più, considerata l'esistenza di diverse casse mutue con regole specifiche, l'operato del medico non era necessariamente uniforme su tutto il territorio nazionale in relazione ai livelli delle prestazioni da erogare. La terza fase riguarda, poi, la definizione della figura del medico di famiglia che è stata introdotta in Italia con la legge 23 dicembre 1978 n. 833 "*Istituzione del servizio sanitario nazionale*"¹⁵ che ha garantito a tutti i residenti sia cittadini sia stranieri il diritto ad essere assistiti indipendentemente dal reddito e dalle condizioni socio-economiche¹⁶. Con l'introduzione della nuova figura il medico da lavoratore stipendiato del Comune è diventato libero professionista in convenzione con il servizio sanitario nazionale. L'istituzione del rapporto convenzionale ha, dunque, consentito il perseguimento delle esigenze di salute valorizzando

re di stabilità. [...] Compiuto il triennio, il comune non può licenziarli se non per motivi giustificati colla approvazione del prefetto, sentito il Consiglio provinciale di sanità».

¹² Per l'evoluzione storica dell'assistenza sanitaria, si veda N. AICARDI, *La sanità*, in *Trattato di diritto amministrativo* (a cura di S. Cassese), Milano, Giuffrè, 2003, Parte speciale, Tomo I, pp. 625 ss.

¹³ C. GIORGI, I. PAVAN, *Storia dello Stato sociale in Italia*, Bologna, il Mulino, 2021.

¹⁴ F. TARONI, *La sanità in Italia dall'Unità al Servizio sanitario nazionale (1861-1978)*, in *Manuale critico di Sanità pubblica*, Rimini, Maggioli, 2015, pp. 215-223.

¹⁵ Sullo scenario politico istituzionale sottostante alla riforma, si veda G. MELIS, *Storia dell'amministrazione italiana*, Bologna, il Mulino, 2020, pp. 485-486.

¹⁶ N. CARTABELLOTTA, *Il Servizio Sanitario Nazionale compie 45 anni. Lunga vita al Servizio Sanitario Nazionale!*, Fondazione GIMBE, 15 dicembre 2023, disponibile a: www.gimbe.org/SSN45

l'indipendenza della professione del medico¹⁷ di base da svolgere in maniera autonoma ma nel rispetto di quanto dettato dagli accordi con il SSN¹⁸. In particolare, sono state previste convenzioni di durata triennale per regolare il rapporto tra attività professionale del medico e servizio sanitario nazionale prevedendo specifici standard. Queste si fondano sull'uniformità delle prestazioni del medico a livello nazionale poiché devono essere del tutto conformi all'accordo collettivo nazionale tra sindacati e SSN¹⁹, come meglio poi si dirà. Occorre al riguardo evidenziare che la scelta del modello convenzionale è stata frutto di un compromesso per consentire ai medici lo svolgimento di attività professionale senza dipendenza dal sistema sanitario nazionale al fine di valorizzare la figura del professionista. In effetti, la decadenza della professione medica è stata considerata il problema principale della sanità fino all'introduzione della figura del medico di base²⁰ e si è ritenuto che lo strumento della convenzione potesse contribuire a rilanciarla.

Alla luce di questo complesso quadro evolutivo, si passa ad analizzare le convenzioni con il SSN al fine di individuarne la natura giuridica, il contenuto e le criticità.

2. Il contesto nazionale e regionale degli accordi

Il rapporto convenzionale tra il servizio sanitario nazionale (SSN) e medici di medicina generale si articola all'interno di un ordinamento multilivello basato su un accordo collettivo nazionale e su accordi integrativi regionali/accordi attuativi aziendali²¹.

¹⁷ I dati al 2021 registrano 40.250 medici di medicina generale (MMG) e 7.022 pediatri di libera scelta (PLS) in convenzione, Rapporto OASI Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano, Cergas-Bocconi, 2023, pp. 53-54.

¹⁸ Il d.l. 13 settembre 2012 n. 158 (c.d. decreto Balduzzi) ha, poi, introdotto numerose novità, tra cui la possibilità per i medici di medicina generale di associarsi e creare diverse forme di medicina associativa sul territorio come la medicina di rete, la medicina di gruppo, le case della salute e le UCCP (Unità Complesse delle Cure Primarie).

¹⁹ Si veda E. GRAGNOLI, *Gli accordi collettivi e il rapporto di lavoro dei medici "convenzionalisti" con il Servizio sanitario nazionale*, in *Giustizia civile*, 4, 1994, I, pp. 942 ss.

²⁰ G. VICARELLI, *Professioni e Welfare State: I medici generici nel servizio sanitario nazionale*, cit., pp. 93-122.

²¹ R. PETTINELLI, *Note sul rapporto convenzionale dei medici di medicina generale*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2024.

La correlazione Stato/Regioni è fondata da un lato sull'impianto costituzionale, dall'altro lato sulla normativa di riferimento che prevede le convenzioni. A livello costituzionale, con l'introduzione del nuovo Titolo V, parte seconda, della Costituzione, la potestà legislativa, nel settore della sanità, appartiene alle Regioni, come legislazione concorrente, con riferimento alla tutela della salute (art. 117, comma 3, Cost.) e allo Stato, come legislazione esclusiva, mediante la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, comma 2, lett. m, Cost.)²². Queste disposizioni vanno ovviamente collegate alla più generale tutela della salute quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività sancita dall'art. 32. Di conseguenza anche il rapporto convenzionale risente di questa impostazione poiché volto sia alla disciplina della tutela della salute di competenza delle Regioni, sia a garantire una uniformità delle prestazioni a livello nazionale, compito dello Stato. Ne consegue che il rapporto di convenzionamento in alcuni tratti essenziali come il trattamento economico e giuridico dei medici deve essere uniforme e non può essere demandato alla competenza delle Regioni²³ che possono, invece, definire aspetti di maggior dettaglio quali ad esempio le modalità di formazione continua, il numero di ore di lavoro a seconda delle esigenze territoriali.

Passando all'esame della legislazione, al livello nazionale, la disciplina è contenuta nell'art. 48 della l. n. 833 del 1978 che prevede l'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario da ottenere mediante apposite «convenzioni» triennali «del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali»²⁴.

²² Lo Stato, nelle materie di legislazione concorrente, è comunque chiamato a determinare i principi fondamentali della materia (art. 117, comma 3, ultimo periodo); inoltre il Governo può esercitare i poteri sostitutivi (art. 120, comma 2) in relazione, tra l'altro, ai livelli essenziali.

²³ La Corte costituzionale nella sentenza 16 giugno 2023, n. 124 evidenzia che: «il rapporto convenzionale dei medici di medicina generale condivide con il lavoro pubblico contrattualizzato l'esigenza di uniformità sottesa all'integrazione tra normativa statale e contrattazione collettiva nazionale, ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992, sicché la relativa disciplina appartiene all'ordinamento civile, di competenza esclusiva del legislatore statale, restando precluso al legislatore regionale di regolamentare in via autonoma il trattamento economico e giuridico del rapporto in convenzionamento».

²⁴ L. 23 dicembre 1978, n. 83, art. 48 (Personale a rapporto convenzionale): «L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi

Lo stesso richiamo è contenuto nell'art. 8 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*" dove si specifica che il rapporto tra il servizio sanitario nazionale e i medici di medicina generale è disciplinato da apposite «*convenzioni*» di durata triennale «conformi agli accordi collettivi nazionali»²⁵.

In più, il comma 1 lett. b-*septies*) dello stesso articolo effettua una distinzione tra "convenzioni" (*rectius* accordi) nazionali e accordi integrativi regionali: le prime devono definire gli standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure; i secondi devono includere la definizione di indicatori e di percorsi applicativi²⁶.

In relazione, poi, al procedimento di adozione, il decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81 "*Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica*", convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, all'articolo 2-*novies*, così dispone: «Il contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati mediante il procedimento di contrattazione collettiva definito con l'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano previsto dall'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni. Tale accordo nazionale è reso esecutivo con intesa nella citata Conferenza permanente, di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281».

mi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria».

²⁵ Art. 8, d.lgs. n. 502/1992: «Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale».

²⁶ Art. 8, comma 1 l. b-*septies*) del d. lgs. n. 502/1992 dispone che gli accordi collettivi nazionali debbano «prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi».

Pertanto, gli accordi collettivi nazionali prevedono come contenuto la regolamentazione del rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato, che si instaura fra il servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale in relazione all'assistenza primaria, alla continuità assistenziale e alle attività territoriali programmate. Ciò in un contesto di valorizzazione del medico di medicina generale che opera per la tutela della salute dei cittadini nel perseguimento degli obiettivi pubblici di salute²⁷. Si tratta, dunque, di una regolamentazione di carattere generale volta a definire gli standard nell'erogazione della prestazione da parte del professionista. Gli accordi regionali hanno, invece, lo scopo di cogliere le specificità locali in ambito organizzativo e contribuire allo stesso tempo a garantire livelli uniformi essenziali di assistenza individuando modalità operative sulla base dell'accordo collettivo nazionale²⁸. In effetti, negli accordi regionali si ritrovano numerosi richiami all'accordo nazionale, ad esempio, in relazione ad aspetti quali la revoca, il meccanismo delle sostituzioni, l'attività nelle zone disagiate, i diritti sindacali, aspetti che vanno comunque parametrati sulla base delle realtà locali.

²⁷ L'articolo 1 dell'Accordo collettivo nazionale 2000 prevede: «1. La presente convenzione nazionale regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni il rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato, che si instaura fra le Aziende unità sanitarie locali – di seguito denominate Aziende – ed i medici di medicina generale, per lo svolgimento dei compiti e delle attività relativi ai settori di: a) assistenza primaria di medicina generale; b) continuità assistenziale; c) attività territoriali programmate; in un quadro normativo di responsabilizzazione del medico di medicina generale per la tutela della salute dei cittadini che lo hanno scelto». L'art. 2 dell'Accordo collettivo nazionale 2019-2021 prevede: «1. Ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni il presente Accordo Collettivo Nazionale regola sotto il profilo economico e giuridico l'esercizio delle attività professionali tra i medici di medicina generale convenzionati e le Aziende sanitarie, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del S.S.N., dei compiti e delle attività relativi ai settori di: a) ruolo unico di assistenza primaria; b) medicina dei servizi territoriali; c) emergenza sanitaria territoriale; d) assistenza negli istituti penitenziari. 2. L'assetto organizzativo è determinato dalla programmazione regionale nel rispetto della normativa vigente e del presente ACN. 3. In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, 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 delle finalità del S.S.N.»

²⁸ 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 *Lavoro nelle p.a.*, 5, 2005, p. 973 dove si evidenzia che: «Il livello di negoziazione regionale definisce gli obiettivi di salute, i modelli organizzativi, i meccanismi operativi per attuarli in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio sanitario regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati».

Negli accordi si ritrovano, però, anche elementi specifici che differenziano le convenzioni regionali e attengono alla continuità assistenziale e organizzativa, come si dirà meglio nei successivi paragrafi. Ad esempio, nel Lazio si fa riferimento ad un audit clinico, con riunioni tra medici di diverse specializzazioni per confrontarsi in relazione ai casi più rilevanti²⁹. In Lombardia allo sviluppo di progetti di telemedicina³⁰. Altre distinzioni attengono a specifiche modalità di utilizzo del modulario e delle ricette oppure a specifiche modalità di assistenza agli anziani e alle persone fragili. In questo quadro, la correlazione tra i due livelli nazionale e regionale è molto stretta se si considera che le clausole dell'accordo regionale che siano difformi dall'accordo nazionale sono considerate nulle. In altre parole, a livello regionale si può operare solo nel rispetto delle regole sancite a livello nazionale al fine di garantire standard uniformi sul territorio³¹. Si realizza così una sorta di rapporto gerarchico e di integrazione tra accordo nazionale e regionale fondato sull'inderogabilità delle regole nazionali da parte dei sistemi regionali. In sostanza, gli ambiti di intervento della contrattazione regionale risultano ristretti e controllati dall'alto poiché l'autonomia a livello territoriale può realizzarsi solo nel contesto della cornice generale dell'accordo nazionale.

3. *L'incerto inquadramento giuridico e la natura "ibrida" delle convenzioni*

Dall'esame della legislazione non è possibile inferire direttamente un inquadramento giuridico certo delle convenzioni, dal momento che la disciplina di base sopra richiamata non definisce la loro natura ma si limita a stabilire che esse devono essere «*del tutto conformi*» agli accordi collettivi nazionali. In sostanza, la convenzione, pur essendo l'atto costitutivo del rapporto di

²⁹ Accordo collettivo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, 2006, Deliberazione della Giunta regionale Lazio, n. 229, art. 17.

³⁰ Regione Lombardia, Delibera della giunta, 3 aprile 2023, n. XII/81, Approvazione della pre-intesa sull'accordo integrativo regionale medicina generale anno 2023.

³¹ Art. 3, punto 6, Accordo nazionale 2019-2021: "Ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., come richiamato dall'articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002, n. 289, eventuali clausole degli Accordi regionali ed aziendali difformi rispetto al presente Accordo sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile".

lavoro dei MMG, non lo regola direttamente in modo originario poiché il suo contenuto è “vincolato” da quello degli accordi collettivi nazionali e dagli accordi integrativi regionali. Quindi la convenzione si limita ad indicare la disciplina da applicare – quella degli accordi – costituendo soltanto, per così dire, la veste formale del rapporto con il SSN³². Questa caratteristica delle convenzioni mediche le rende del tutto peculiari nell’ambito delle convenzioni pubblicistiche “classiche”³³ intese come accordi tra soggetti pubblici e privati volti a disciplinare un interesse comune³⁴. Le convenzioni dei MMG, in effetti, si contraddistinguono per la finalità di regolare un determinato settore sanitario. Esse non disciplinano, però, direttamente gli aspetti della professione medica ma richiamano soltanto gli accordi collettivi nazionali essendo ad essi del tutto conformi. In altre parole, le convenzioni mediche costituiscono uno strumento formale di regolazione dei rapporti tra i medici di base e il servizio sanitario nazionale sostanzialmente coincidenti con gli accordi collettivi.

Pertanto, per identificare la natura delle convenzioni occorre fare riferimento proprio agli stessi accordi collettivi nazionali dove si evidenzia che questo strumento ha una «*doppia caratterizzazione*»³⁵ che si sviluppa su almeno tre aspetti.

³² R. PETTINELLI, *Note sul rapporto convenzionale dei medici di medicina generale*, cit., p. 563.

³³ G. FALCON, *Le convenzioni pubblicistiche. Ammissibilità e caratteri*, Milano, Giuffrè, 1984.

³⁴ Va tenuto presente che, sul versante privatistico, «la categoria convenzione si presta a puntino come casella nella quale inquadrare quelle figure, indubbiamente negoziali e volontarie, le quali, però, avendo ad oggetto rapporti non patrimoniali, devono espungersi dalla cerchia del contratto», così F. MESSINEO, *Convenzione (ad vocem)*, in *Enciclopedia del diritto*, Milano, Giuffrè, 1962, vol. X, p. 511.

³⁵ «Il presente accordo regola, oltre che l’assistenza di medicina generale in un contesto di continuità e globalità, anche aspetti relativi al coinvolgimento del medico nella organizzazione distrettuale ed alla sua partecipazione alle attività delle aziende, mirate ad una più appropriata definizione dell’intervento sanitario, sensibile alle sollecitazioni che provengono da ampi strati della popolazione coinvolti in problematiche che afferiscono ai diversi settori della pubblica amministrazione. È quindi necessario uno strumento che abbia una doppia caratterizzazione nel senso che da una parte garantisca certezza di tutela sanitaria, dall’altra sia flessibile ed adattabile alle esigenze mutevoli della collettività. In questo scenario in divenire l’accordo tenta di consolidare ulteriormente la struttura della medicina generale e di aprire nuove strade alla creatività organizzativa delle istituzioni e delle rappresentanze sociali che operano nell’area, affrancandole da uno schematismo convenzionale tradizionalmente rigido». Premessa accordo collettivo nazionale 2000. Cfr. G. LA TORRE, *La nuova convenzione dei medici di base in L’Amministrazione italiana*, 4, 2000, pp. 607 ss.

In primo luogo, le convenzioni sono volte da un lato a garantire la tutela della salute generale, dall'altro lato ad adattarsi alle reali esigenze della collettività. Di conseguenza, esse hanno la funzione di raggiungere standard di tutela a livello nazionale e di tenere in considerazione allo stesso tempo le esigenze dei singoli territori.

In secondo luogo, lo schema convenzionale da una parte deve garantire continuità e stabilità nelle cure e nelle attività correlate, come ad esempio la prevenzione; dall'altra parte deve ammettere meccanismi flessibili che possano adattarsi alle esigenze mutevoli della collettività. Sussiste, dunque, una continua tensione tra schema rigido volto a tutelare la salute e meccanismi di adattabilità alle realtà locali presenti nella stessa convenzione³⁶. Si è parlato in proposito di “autogoverno controllato”, vale a dire di una autonomia del medico che però è vigilato dal pubblico – mediante le convenzioni – nel perseguimento di specifici standard prestazionali³⁷. In terzo luogo, le convenzioni sono conformi agli accordi che prevedono misure per garantire l'interesse pubblico alla salute, ma allo stesso tempo disciplinano nel dettaglio un rapporto di lavoro professionale del medico definendo orari, tipologie della prestazione, retribuzione. Pertanto, lo strumento convenzionale coniuga esigenze pubblicistiche con finalità strettamente privatistiche³⁸ per consentire al medico di partecipare, anche se in qualità di libero professionista, all'organizzazione della sanità³⁹.

³⁶ Nell'art. 1 dell'accordo collettivo nazionale 2019-2021 si evidenzia la duplice finalità di: «miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'uniforme applicazione sull'intero territorio regionale e della tutela del rapporto individuale di lavoro con i medici convenzionati, valorizzando il rapporto fiduciario medico-paziente».

³⁷ G. VICARELLI, *Professioni e Welfare State: I medici generici nel servizio sanitario nazionale*, cit., pp. 93-122; Cfr. Tar Lazio, sez. III *quater*, sentenza 14 febbraio 2025, n. 3311 dove si specifica che: «i rapporti tra medici convenzionati esterni e l'ASL, disciplinati dall'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e dagli accordi collettivi nazionali, stipulati in attuazione di tale norma, pur se costituiti in vista dello scopo di soddisfare le finalità istituzionali del S.S.N. di tutela della salute pubblica, sono rapporti di lavoro “parasubordinati”, che si svolgono su un piano di parità, non esercitando gli enti pubblici nei confronti del medico convenzionato alcun potere autoritativo, all'infuori di quello di sorveglianza, e non potendo tali enti incidere unilateralmente sulle posizioni di diritto soggettivo nascenti, per il professionista, dal rapporto di lavoro autonomo, limitandole e degradandole ad interessi legittimi».

³⁸ Cfr. M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, Giuffrè, 2012.

³⁹ Sui principi di specializzazione che presidiano le attività e le strutture sanitarie sul territorio, si veda E. FERRARI, *Servizio sanitario nazionale (organizzazione)*, in *Dig. Disc. Priv. sez. comm.*, Torino, Utet, 1996.

La doppia natura pubblico-privata merita una particolare attenzione considerato che la caratteristica determinante del rapporto convenzionale è proprio l'autonomia del medico che collabora con il servizio sanitario nazionale. Ciò emerge in relazione ad almeno quattro aspetti: i contenuti; l'organizzazione amministrativa; i soggetti coinvolti; il procedimento.

In relazione ai contenuti, la tensione pubblico privato è chiara poiché le convenzioni si conformano agli accordi che riportano per un verso gli standard da seguire che garantiscono l'interesse pubblico alla salute, la continuità delle cure, l'assistenza a tutti i cittadini; per l'altro verso indicano nel dettaglio i compiti, la retribuzione e altri istituti tipici del rapporto contrattuale privato ad es. il diritto di sciopero, il pagamento dei contributi previdenziali, il concorso alle spese dell'ambulatorio.

In relazione all'organizzazione, il rapporto tra finalità di interesse generale ed esigenze lavorative del professionista emerge poiché il contenuto degli accordi presi come riferimento dalle convenzioni influenza l'applicazione delle riforme organizzative in materia di sanità. Come è stato sottolineato, «non è possibile indagare la figura del medico di medicina generale se non riguardandola all'interno del modello di organizzazione sanitaria territoriale vigente in concreto e non solo nei documenti di indirizzo, tutti sempre caratterizzati – come usuale – dalle descrizioni di sorti magnifiche e progressive. Una connessione necessaria, ma da maneggiare con cura dal momento che tra dimensione professionale e sistema organizzativo la relazione ha carattere biunivoco e circolare»⁴⁰. Ciò vale a maggior ragione nell'attuale fase nella quale «il disegno di riforma delinea un innovativo modello organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale, condivisibilmente imperniato su un archetipo antropocentrico, che prevede la rimodulazione dei servizi e delle prestazioni offerte affinché siano il più possibile prossimi all'utente raggiungendolo fino al suo domicilio, che diviene il primo e fondamentale luogo di cura»⁴¹.

⁴⁰ Così, 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.

⁴¹ Consiglio di Stato, Sezione consultiva per gli atti normativi, parere 19 maggio 2022, n. 881 sullo Schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

Infatti, l'attuazione delle indicazioni normative nazionali, come quelle contenute da ultimo nel d.m. 23 maggio 2022, n. 77, "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*", non è automatica ma richiede per essere attuata anche una modifica delle convenzioni⁴². Ciò significa che le misure introdotte a livello nazionale per garantire la salute pubblica devono essere recepite necessariamente nello strumento negoziale per poter essere attuate⁴³. Un esempio è dato dall'introduzione delle Case della comunità, punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria per la popolazione a livello locale che sono composte da personale sanitario multiprofessionale compresi i medici di medicina generale e, dunque, la loro attività nelle nuove strutture deve essere oggetto di convenzione⁴⁴. Con riferimento ai soggetti, è palese la difficoltà di composizione tra interessi pubblici ed esigenze delle categorie di lavoratori, dato che a sottoscrivere gli accordi sono le delegazioni interregionali⁴⁵ da un lato e le sigle sindacali dall'altro⁴⁶. Basti considerare, ad esempio, che nell'accordo della Lombardia del 2023 c'è una dichiarazione finale di dissenso delle sigle sindacali dove si evidenzia che si accetta l'accordo specificando

⁴² Sulla riforma introdotta dal D.M. 77/2022 si veda F.G. CUTTAIA, *La riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, in *Federalismi.it*, 23, 2022, p. 79.

⁴³ M. ARLOTTI, E. SPINA, F. ATZORI, *La medicina generale verso le Case della Comunità. Assetti, criticità e scenari*, cit., p. 94.

⁴⁴ F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Dirittifondamentali.it*, 1, 2022, p. 421.

⁴⁵ Le delegazioni interregionali fanno capo alla Struttura interregionale sanitari convenzionati (SISAC) che rappresenta la parte pubblica negli accordi collettivi nazionali dei medici di medicina generale. È stata istituita con la legge 27 dicembre 2002, n. 289, che all'art. 52, comma 27 prevede: «Tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Della predetta delegazione fanno parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri. 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».

⁴⁶ Sui profili generali, si veda B.G. MATTARELLA, *Sindacati e pubblici poteri*, Milano, Giuffrè, 2003.

che non si ritengono, però, sufficienti gli investimenti introdotti dalla Regione per le esigenze di salute della popolazione⁴⁷ che peraltro non valorizzano le potenzialità della professione medica.

Inoltre, sempre con riferimento ai soggetti, il procedimento di contrattazione collettiva è definito con l'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, che diviene esecutivo a seguito di specifica intesa da adottare nella stessa Conferenza⁴⁸ denotando una sorta di controllo "pubblicistico" sul contenuto dell'accordo per valutare anche il rispetto di standard di salute. In sostanza, sono lo Stato e le Regioni a verificare congiuntamente se quanto contrattato nell'ambito degli accordi sia conforme alle esigenze di salute evidenziando come l'attività professionale del MMG si inserisce in un quadro generale di perseguimento degli obiettivi nazionali nel settore della sanità.

A conferma del complesso rapporto tra regolamentazione giuslavoristica della professione ed esigenze collettive di salute si rileva una ulteriore peculiarità che si riscontra nella natura dell'accordo collettivo nazionale. Questo non è considerato dalla giurisprudenza una fonte negoziale ma uno strumento dotato di una "valenza normativa", poiché disciplina il rapporto convenzionale quale «fase consensuale di un complesso procedimento di produzione normativa»⁴⁹, reso esecutivo con intesa nella Conferenza permanente Stato-Regioni. In sostanza le convenzioni sono conformi agli accordi che, pur disciplinando il rapporto di lavoro dei medici, stabiliscono regole considerate generali e non negoziali⁵⁰.

⁴⁷ Regione Lombardia, Delibera della giunta, 3 aprile 2023, n. XII/81, Approvazione della pre-intesa sull'accordo integrativo regionale medicina generale anno 2023.

⁴⁸ Il decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, all'articolo 2-*nonies*, così dispone: «Il contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati mediante il procedimento di contrattazione collettiva definito con l'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano previsto dall'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni. Tale accordo nazionale è reso esecutivo con intesa nella citata Conferenza permanente, di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281».

⁴⁹ Corte di cassazione, sez. lavoro, sentenza 9 novembre 2018, n. 28764, ove espressamente si riconosce agli ACN la natura di fonte del diritto.

⁵⁰ R. PETTINELLI, *Note sul rapporto convenzionale dei medici di medicina generale*, cit., 2, 2024, p. 565.

Alla luce di tali considerazioni si può affermare che le convenzioni hanno una natura giuridica “ibrida” in parte pubblicistica e in parte privatistica; in parte rigida e in parte flessibile; in parte generale e in parte attenta alle esigenze locali. L'emergere degli uni o degli altri aspetti dipende evidentemente dal punto di vista di volta in volta considerato, che può guardare alla dimensione collettiva oppure alla dimensione professionale⁵¹ e non sempre e comunque ad entrambe simultaneamente. In tale contesto, la tensione maggiore sembra riguardare in ogni caso l'aspetto pubblico-privato poiché le convenzioni hanno per definizione il duplice obiettivo di tutelare la salute pubblica mediante la disciplina del rapporto di lavoro autonomo dei medici. Si potrebbe dire allora che lo stesso atto convenzionale assume la veste pubblica quando disciplina la dimensione collettiva del rapporto con disposizioni poste a tutela dei pazienti e la veste privata quando si occupa di definire le regole del rapporto di lavoro parasubordinato del medico.

Si pone, dunque, l'interrogativo se la natura ibrida richiamata costituisca un valore aggiunto consentendo di coniugare tramite lo stesso strumento esigenze diverse che devono essere perseguite congiuntamente. In realtà, la caratterizzazione spuria delle convenzioni presenta sia elementi favorevoli, sia aspetti problematici. In relazione ai vantaggi, la detta peculiare natura consente di associare una gestione efficiente del rapporto di lavoro del medico con il raggiungimento di obiettivi elevati di tutela della salute con particolare attenzione all'aspetto territoriale e alle esigenze della collettività. Con riferimento alle criticità, tale doppia caratterizzazione pubblico-privata se non adeguatamente gestita, può

⁵¹ Si pensi soltanto al tema della tutela del medico in quanto lavoratore e alla questione della giurisdizione (comunque ordinaria) competente a dirimere le controversie ancorché riferibili a scelte pubblicistiche, quali i piani di rientro. In questo contesto, la Corte di cassazione si è espressa nel senso che «i rapporti tra i medici convenzionati e le aziende sanitarie locali, pur se costituiti allo scopo di soddisfare le finalità istituzionali del servizio sanitario nazionale in funzione della tutela della salute pubblica, hanno la natura di rapporti libero professionali parasubordinati, che si differenziano da quelli di pubblico impiego per il difetto del vincolo della subordinazione. L'ente pubblico opera, pertanto, 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”. Cass. civ., sez. lavoro, ordinanza 14 febbraio 2023, n. 4524.

comportare rallentamenti nell'aggiornamento e nell'adozione effettiva. Si può, allora, sostenere che la natura ibrida sia utile ma solo a condizione che i soggetti coinvolti nell'elaborazione dello strumento riescano ad accordare le "due anime" della convenzione, trovando gli opportuni punti di equilibrio.

Per meglio approfondire la rilevanza dei nodi problematici dovuti alla natura spuria delle convenzioni occorre indagare il fenomeno più a fondo, partendo dall'analisi dei contenuti a livello nazionale e regionale per poi analizzare nel dettaglio le specifiche criticità e le eventuali soluzioni.

4. Il contenuto dell'accordo nazionale

Al fine di mettere a fuoco in modo più preciso la natura giuridica ibrida pubblico-privata delle convenzioni appare opportuno concentrare l'attenzione soltanto sui contenuti attinenti alle modalità di svolgimento della professione delineate per il raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica, tralasciando gli aspetti giuslavoristici e della retribuzione.

Occorre partire dalla considerazione che il contenuto del rapporto in convenzione è definito sia nella legislazione che ne prevede gli elementi essenziali sia nello stesso accordo collettivo nazionale che, invece, indica le regole di dettaglio. In sostanza, la legislazione individua gli aspetti che lo strumento convenzionale deve disciplinare, mentre la definizione dei contenuti è demandata alla contrattazione e si ritrova nell'accordo collettivo nazionale.

Partendo dalla legislazione, i contenuti sono indicati nell'art. 48 della legge n. 833/1978 e nell'art. 8 del d.lgs. n. 502/1992. Mentre le misure della prima disposizione si riferiscono soprattutto all'accesso e allo svolgimento della professione con particolare attenzione alle incompatibilità e all'aggiornamento professionale; le previsioni dell'art. 8 appaiono più incentrate sul rispetto di standard di salute e sulla definizione dei rapporti con gli assistiti e sul loro margine di scelta.

Nel dettaglio, ai sensi dell'art. 48 gli accordi collettivi nazionali devono considerare le forme e le modalità di accesso alla convenzione da parte dei medici (incompatibilità e limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche; criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici); il numero massimo di pazienti che possono essere curati dallo stesso medico (rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina

generale; numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico); le forme di monitoraggio sull'attività dei medici per garantire la continuità delle cure e l'aggiornamento continuo (controllo sull'attività dei medici convenzionati; incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate; modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale; continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione; collaborazione fra i medici). Inoltre, ai sensi dell'art. 8 gli accordi devono prevedere espressamente in relazione alla libera scelta del paziente che le attività e le funzioni disciplinate siano individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza e anche che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito con validità annuale, tacitamente rinnovata e con possibilità di revoca. Invece in relazione alla qualità e agli standard le convenzioni devono prevedere che l'attività assistenziale sia garantita per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana con specifici standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure.

Da questa ricostruzione appare evidente che la disciplina normativa è volta ad individuare almeno gli "oggetti" che gli accordi devono disciplinare nel dettaglio per consentire da un lato un'effettiva garanzia di tutela della salute, dall'altro lato un'organizzazione dell'attività professionale che tenga realmente conto delle esigenze degli assistiti.

Passando dal contesto normativo all'analisi dell'accordo nazionale attualmente in essere⁵², emerge che esso prevede una apposita sezione denominata «*il rapporto convenzionale dei medici di medicina generale*» nella quale sono indicati gli aspetti di dettaglio relativi alle modalità di accesso al modello convenzionale; alle incompatibilità; alla possibilità di svolgimento di attività didattica o professionale ulteriore e alla formazione continua.

Innanzitutto, i medici di medicina generale sono scelti in base ad una graduatoria annuale predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla

⁵² Intesa 4 aprile 2024, ai sensi dell'accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'«Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2019-2021». G.U. supplemento ordinario 25 giugno 2024, n. 28.

sanità e basata su specifici titoli in possesso dei medici di medicina generale. È lo stesso accordo a stabilire i punteggi per i singoli titoli e attività svolte dal medico da considerare per l'accesso alle graduatorie. Inoltre, sono disciplinate anche le incompatibilità tra attività in convenzione e svolgimento di rapporti di lavoro di tipo dipendente. In effetti, anche se il medico svolge la propria attività principalmente nel contesto della convenzione ha un margine di libertà che consente lo svolgimento di limitate attività professionali private. In effetti, si prevede che il medico di medicina generale può svolgere attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio purché lo svolgimento di tale attività non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei propri compiti convenzionali. In questo contesto i medici hanno anche la possibilità di svolgere attività didattica che non incida sullo svolgimento della professione in convenzione.

Vengono, poi, disciplinate le modalità e le ipotesi di cessazione, revoca e decadenza dell'incarico convenzionale che si verificano al mancato rispetto degli obblighi stabiliti nello stesso accordo relativi allo svolgimento della professione. Inoltre, si specifica che nel caso in cui il medico non possa più svolgere la propria attività deve darne immediata comunicazione agli assistiti per consentire la scelta di un nuovo medico.

Da ultimo, si fa riferimento alla formazione continua che costituisce un obbligo per i medici al fine di garantire l'aggiornamento a fronte delle continue modifiche nelle conoscenze scientifiche e nelle tecniche diagnostiche e di cura. La formazione continua viene erogata da appositi soggetti competenti all'organizzazione di corsi che possano essere utili ai medici di medicina generale, come ad esempio i centri formativi regionali, e si basa sul raggiungimento di un numero definito di crediti formativi annuali. Dall'analisi effettuata emerge che gli accordi presentano una serie di regole che si potrebbero definire "pubblicistiche" in quanto strettamente correlate al ruolo che il medico deve svolgere in riferimento alle esigenze del servizio sanitario nazionale di tipo quantitativo e qualitativo. In effetti, dette regole servono sia a collegare il medico con il servizio sanitario nazionale per raggiungere standard generali di salute (accesso alla convenzione con adeguati titoli, formazione continua, decadenza e revoca); sia a consentire lo svolgimento di attività professionale privata senza "nulla togliere" agli assistiti "pubblici" (incompatibilità e limiti all'attività libero-professionale). In sostanza vengono definiti i compiti del medico

tenendo conto però della correlazione tra svolgimento di un'attività che rimane libero-professionale, esigenza generale di tutela della salute a livello nazionale, considerazione delle esigenze degli assistiti anche a seconda dei diversi territori⁵³. Il contenuto denota, dunque, come gli accordi/convenzioni non si limitano a disciplinare un rapporto di lavoro parasubordinato ma inquadrano il medico di base in un contesto più ampio rendendolo effettivamente determinante per il servizio sanitario nazionale pur non facendone parte strutturalmente.

5. Il contenuto degli accordi integrativi regionali: le peculiarità legate alle istanze territoriali

Gli accordi integrativi regionali presentano un contenuto con una duplice suddivisione: una serie di regole attiene allo svolgimento dell'attività e sono conformi a quanto stabilito dall'accordo collettivo nazionale pur con elementi di dettaglio; una diversa serie di disposizioni riguarda indicazioni specifiche e anche ulteriori rispetto all'accordo nazionale. La prima serie è, dunque, sostanzialmente conforme in tutti gli accordi regionali essendo relativa ad alcuni elementi essenziali dello svolgimento della professione medica quali i compiti e la retribuzione (orari, numero dei pazienti e compenso, tariffe per le visite di chi è fuori regione, giorni festivi), le attività (cura, prevenzione, certificati, rapporto con gli altri specialisti, assistenza domiciliare, somministrazione di vaccini), l'assistenza sul territorio (sostituzioni, attività nelle zone disagiate, revoca dell'incarico). In effetti, detti elementi si fondano sulle previsioni dell'accordo collettivo nazionale dalle quali gli accordi regionali non possono discostarsi. Sono gli stessi atti regionali a richiamare espressamente nella parte iniziale l'Accordo collettivo nazionale specificando che l'accordo regionale opera in «*continuità*» con le regole nazionali e denota la capacità delle regioni di trasformare in azioni operative gli indirizzi generali stabiliti dalla convenzione generale senza «derogare ai principi sull'uniformità dei livelli essenziali di assistenza»⁵⁴.

⁵³ Cfr. F. GIGLIONI, *Manuale di diritto sanitario*, Nel diritto, 2024, p. 163 ss.; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2024, pp. 124 ss.

⁵⁴ Cfr. art. 1 dell'Accordo collettivo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, 2006, Deliberazione della Giunta regionale Lazio, 21 aprile 2006, n. 229, che

In relazione alla seconda serie di regole, gli accordi integrativi regionali presentano, invece, peculiarità dovute alle specificità territoriali e allo stato di “modernizzazione” del settore medico in relazione, ad esempio, allo sviluppo di nuove tecnologie o alla fragilità di determinati territori che rendono meno agevole l’assistenza sanitaria.

È interessante, dunque, analizzare gli elementi di difformità e specializzazione di alcuni accordi regionali per comprenderne le ragioni e la rilevanza. A tal fine si è deciso di fare riferimento a tre atti regionali che evidenziano la diversità di problematiche territoriali nel nord, nel centro e nel sud Italia.

Emblematico è l’accordo regionale della Lombardia che dà un significativo risalto allo sviluppo della telemedicina che già in sede di pre-intesa viene riconosciuta come obiettivo fondamentale nel contesto del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza⁵⁵. La tecnologia viene anche considerata determinante per il telemonitoraggio al fine di promuovere l’assistenza domiciliare e garantire la capillarità delle cure⁵⁶. Per raggiungere tale obiettivo viene individuata la costituzione di un tavolo di lavoro composto da rappresentanti dei MMG per elaborare un modello utile sulla base delle esperienze pregresse e integrato con i programmi regionali e nazionali sullo sviluppo delle tecnologie in medicina⁵⁷.

inoltre dispone: «Il presente accordo, in armonia con quanto già previsto dall’ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale» prevede alcune regole specifiche. Nello stesso senso l’art. 4 che prevede: «gli accordi regionali [...] individuano modalità operative sulla base degli indirizzi generali individuati nell’ACN».

⁵⁵ Nella pre-intesa relativa all’accordo regionale dei medici di medicina generale in Lombardia 2023 si legge: «Il punto di forza della riorganizzazione che si intende realizzare è rappresentato dalla volontà di perseguire un utilizzo delle risorse umane impiegate funzionale all’evolversi dei bisogni della popolazione, supportando la loro attività con gli strumenti che la tecnologia mette a disposizione. [...] Il nuovo modello si inserisce nel solco delle indicazioni previste dal PNRR per lo sviluppo della medicina territoriale, la quale, sempre di più, ricorrerà all’utilizzo di strumenti tecnologici previsti dalla telemedicina e dal tele-monitoraggio». L’accento sullo sviluppo sempre più esteso della telemedicina si ritrova anche nella pre-intesa 2024.

⁵⁶ Nella pre-intesa relativa all’accordo regionale dei medici di medicina generale in Lombardia 2023 si legge: «Si conferma che l’assistenza domiciliare integrata (ADI) e programmata (ADP) può essere riorganizzata utilizzando strumenti di teleassistenza, telesorveglianza, telemonitoraggio».

⁵⁷ Punto 3.2. della pre-intesa relativa all’accordo regionale dei medici di medicina generale in Lombardia 2023.

Altresì significativo è l'accordo del Lazio che, invece, si concentra molto sulla formazione dei medici al fine di fornire una risposta adeguata alla crescente esigenza e richiesta di salute e, dunque, una assistenza capillare sul territorio⁵⁸. Si fa ad esempio riferimento allo svolgimento di «percorsi formativi multidisciplinari»⁵⁹ per consentire al medico di operare insieme agli altri professionisti e soddisfare un'esigenza complessiva di salute della popolazione. Si ritiene altresì che il medico debba essere adeguatamente formato per partecipare ad audit clinici che consentono un confronto tra professionisti su obiettivi cardine della promozione della salute a partire anche da casi ed esperienze concrete⁶⁰.

Rilevante è, poi, anche l'accordo della Calabria che mette in risalto i disagi di alcuni territori nei quali per le condizioni geografiche è difficile erogare una efficiente assistenza sanitaria e, dunque, viene previsto un numero di ore di lavoro superiore rispetto all'accordo collettivo nazionale⁶¹. Inoltre, si prevede che nelle zone disagiate siano previste forme di reperibilità domiciliare per evitare che alcuni territori rimangano «scoperti» essendo insufficienti, per le caratteristiche territoriali, le ore di lavoro assegnate al medico di medicina generale⁶².

La diversità dei contenuti evidenzia come gli accordi regionali mirano a garantire con modalità maggiormente operative le esigenze di salute secondo gli standard nazionali ma tenendo conto delle realtà locali collegate alle difficoltà geografiche e sociali; alla composizione della collet-

⁵⁸ Accordo collettivo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, 2006, Deliberazione della Giunta regionale Lazio, 21 aprile 2006, n. 229.

⁵⁹ Si veda l'art. 3 dell'Accordo collettivo della regione Lazio, cit.

⁶⁰ Art. 17 dell'Accordo collettivo della regione Lazio, cit.

⁶¹ L'Accordo collettivo regionale della Calabria per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, 2023, all'art. 2 prevede: «Al fine di tutelare l'assistenza primaria nelle zone con difficoltà di assistenza, l'AIIR propone un modello alternativo che, considerata l'età media degli abitanti delle aree descritte, determina un maggior impegno organizzativo assistenziale (...) Per i Comuni più piccoli e/o distanti dai grossi centri e con difficoltà di comunicazione, il medico Titolare effettuerà almeno 4 ore settimanali aggiuntive rispetto a quanto previsto dall'ACN».

⁶² L'Accordo collettivo regionale della Calabria per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, 2023, all'art. 3 indica: «In specifiche aree territoriali e in zone a carenza assistenziale, una volta raggiunti i massimali per ogni singolo medico del ruolo unico a ciclo orario come previsti dall'ACN, [...], è possibile istituire la reperibilità domiciliare per come prevista dall'art. 44 comma 6, ACN 2016/18». La stessa attenzione ai comuni disagiati si riscontra nell'art. 2 dell'Accordo integrativo regionale per la medicina generale del 2024.

tività e all'apertura della stessa verso strumenti nuovi; al numero elevato dei professionisti medici e, dunque, alla necessità di specializzazione. In particolare, i documenti regionali tengono conto innanzitutto delle caratteristiche territoriali poiché la capillarità delle cure dipende inevitabilmente dalla maggiore o minore difficoltà di raggiungere gli assistiti del territorio adottando soluzioni specifiche (come nel caso dell'accordo della Calabria). Inoltre, esse considerano il tessuto sociale e, dunque, le reali esigenze della collettività. In effetti, mentre in alcuni territori la collettività è più aperta all'utilizzo di nuove forme tecnologiche (come per la telemedicina in Lombardia), in altri contesti maggiormente disagiati l'uso della tecnologia va affiancato da altre forme (come l'assistenza domiciliare non necessariamente telematica della regione Calabria). Infine, le convenzioni tengono conto del numero dei medici in relazione alla popolazione regionale assistita valorizzando ove possibile la formazione e la specializzazione (come nella regione Lazio) e dove invece vi è maggiore difficoltà aumentando il numero delle ore di lavoro (come nelle zone disagiate in Calabria). In definitiva, calare in basso le regole generali della convenzione nazionale implica un'analisi attenta delle concrete esigenze della collettività sulla base del tessuto territoriale e sociale di riferimento nonché della disponibilità dei professionisti.

Le difformità nelle convenzioni evidenziano, altresì, che le Regioni possono mettere in atto strumenti ulteriori rispetto a quelli generalmente utilizzati nel contesto degli accordi collettivi nazionali per far fronte alle specifiche esigenze. Basti considerare alla reperibilità domiciliare (Calabria) o alla promozione del monitoraggio domiciliare (Lombardia) attraverso le nuove tecnologie che vengono utilizzate soltanto per specifiche esigenze territoriali. In sostanza questi strumenti innovativi si aggiungono allo svolgimento ordinario delle attività del medico e sono giustificati da esigenze di cura della specifica popolazione di riferimento. Altro elemento che emerge è che le regioni negli accordi individuano forme organizzative specifiche che consentono di raggiungere gli obiettivi di salute, si pensi al tavolo tecnico per lo sviluppo della telematica (Lombardia) o alle riunioni di professionisti nei contesti degli audit clinici (Lazio) che non sono strumenti ordinari individuati nell'accordo collettivo nazionale. In altre parole, le regioni si occupano di individuare anche forme ulteriori di raccordo tra professionisti per raggiungere specifici obiettivi.

In definitiva, gli accordi regionali presentano tratti operativi essenziali per l'adattamento delle regole generali dell'accordo collettivo nazionale alle diverse esigenze locali dovute a fattori geografici, sociali, economici che differenziano notevolmente le esigenze di salute della popolazione alla quale i medici di medicina generale sono chiamati a far fronte.

6. *Le criticità delle convenzioni*

Le convenzioni dei medici di medicina generale presentano nel momento applicativo numerose criticità dovute sia alla specificità del settore caratterizzato da continui mutamenti nelle conoscenze scientifiche e di conseguenza negli standard di cura; sia ai continui tentativi di riforma dell'organizzazione territoriale della sanità che richiedono una revisione della figura del medico di medicina generale. In questa sede verranno in particolare analizzati tre nodi problematici: l'aggiornamento continuo degli atti, considerato che le convenzioni hanno durata triennale; il rapporto tra medico di medicina generale e servizio sanitario nazionale alla luce del contenuto delle stesse convenzioni; il ruolo del MMG nel contesto delle riforme dell'assistenza sanitaria territoriale richieste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

6.1. *L'esigenza di aggiornamento continuo degli atti convenzionali*

La prima criticità attiene alla necessità di una continua revisione. In effetti, le convenzioni hanno per legge una durata di tre anni e poi richiedono un rinnovo.

Occorre, dunque, richiamare le ragioni di tale necessario aggiornamento per poi verificare se nella realtà si assiste a una effettiva revisione triennale.

In relazione ai motivi dell'aggiornamento continuo, questi sono dovuti da un lato ai continui cambiamenti delle conoscenze scientifiche che determinano inevitabilmente un mutamento delle modalità di cura; da un altro lato al crescente ruolo attribuito alla tecnologia che porta continue innovazioni, come ad esempio le ricette telematiche o la telemedicina⁶³.

⁶³ Quest'ultima richiede un aggiornamento delle modalità di cura ma anche una valorizzazione della formazione continua in ambito tecnologico correlato alla medicina. Per tale ragione nelle stesse convenzioni si specifica che «la formazione rappresenta uno strumento essenziale

L'aggiornamento necessario può, però, essere dovuto anche agli aspetti economici relativi alla retribuzione dei medici che possono modificarsi periodicamente a seconda dell'adeguamento del costo del lavoro oppure alla necessità di modifiche organizzative. In effetti, l'organizzazione territoriale della sanità può essere soggetta a modifiche da parte del legislatore che richiedono un adeguamento delle convenzioni per poter essere attuate.

In sostanza, la modifica triennale consente alle convenzioni di essere aggiornate in relazione alle esigenze di salute che mutano a causa di cambiamenti nell'organizzazione, sviluppi scientifici e tecnologici.

Nonostante la rilevanza dell'aggiornamento dall'analisi concreta emerge che le convenzioni non riescono ad essere rinnovate ogni tre anni e si assiste solitamente a continui ritardi nell'aggiornamento⁶⁴. Basti considerare che nel 2024 è stato approvato l'accordo nazionale del 2019-2021 e, dunque, del triennio precedente. La complessità dell'aggiornamento potrebbe essere dovuta alla farraginosità della procedura considerati: l'assenza di semplificazione per i rinnovi; la difficoltà di accordo tra le parti coinvolte; la doppia finalità di tutela della salute e del medico lavoratore. Si tratta, però, di elementi non eliminabili nell'ottica dell'accelerazione della procedura dei rinnovi.

In effetti, l'aggiornamento degli accordi ai quali si conformano le convenzioni richiede un meccanismo analogo a quello dell'adozione che consiste nella negoziazione con sindacati e delegazioni interregionali e nell'adozione di una intesa Stato-Regioni. Ciò trova giustificazione nella circostanza che l'obiettivo del modello convenzione è garantire sia le esigenze di salute sia le necessità di lavoro dei professionisti e, dunque, la sensibilità della materia trattata richiede un procedimento completo anche per il rinnovo.

Per favorire il rispetto dei tempi non sembra, dunque, ragionevole procedere alla semplificazione "a tutti i costi", ma alla garanzia di una

per promuovere la crescita professionale» per far fronte ai «reali bisogni dei cittadini» (Accordo regione Lazio) e che le regioni si impegnano ad istituire scuole di formazione (es. Accordo Lazio e Calabria) anche per la formazione continua.

⁶⁴ «La firma, a gennaio 2022, dell'Accordo collettivo nazionale relativo al triennio 2016-2018 ha rappresentato un passaggio importante che ha sbloccato lo stallo contrattuale che persisteva da anni». M. ARLOTTI, E. SPINA, F. ATZORI, *La medicina generale verso le Case della Comunità. Assesti, criticità e scenari*, cit., p. 95.

maggiore collaborazione istituzionale tra i soggetti interessati. A tal fine, uno strumento utile per favorire la negoziazione o l'accordo potrebbe essere l'utilizzo delle nuove tecnologie in grado di rendere più agevole gli incontri e lo scambio di informazioni tra i soggetti coinvolti nell'accordo stesso.

Ulteriore criticità attiene a quale parte del rapporto convenzionale è oggetto di aggiornamento. In effetti dall'analisi degli ultimi accordi emerge che gli elementi fondamentali che vengono modificati attengono principalmente agli aspetti economici, mentre resta immutato l'impianto complessivo dei rapporti tra medici e sistema sanitario nazionale. In questo modo non si realizza un effettivo aggiornamento poiché le regole fondamentali di svolgimento della professione restano le stesse e, dunque, non si tiene necessariamente conto delle evoluzioni della stessa professione o dei mutamenti nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria. In altre parole, l'aggiornamento in questo modo degli atti è soltanto formale lasciando sostanzialmente immutato l'impianto complessivo nello svolgimento della professione compresi i profili organizzativi. Al contrario un aggiornamento sarebbe effettivo se riguardasse un cambiamento delle modalità di svolgimento della professione a seconda delle reali esigenze di salute della collettività e degli aggiornamenti nell'ambito dell'organizzazione della sanità.

Altro nodo critico attiene alla circostanza che l'aggiornamento continuo delle convenzioni è l'unico mezzo per consentire l'attuazione delle eventuali riforme organizzative promosse dal legislatore. In effetti, le riorganizzazioni della sanità, come quella citata del d.m. 77/2022, per essere attivate richiedono necessariamente un mutamento del contenuto del rapporto convenzionale per adattare le attività del medico alle nuove realtà organizzative (es. le Case della comunità)⁶⁵. Pertanto, l'aggiornamento delle convenzioni è un elemento determinante per consentire uno sviluppo delle garanzie di salute non solo in termini di conoscenze scientifiche e correlata attività professionale ma anche in relazione all'organizzazione. Ne deriva che i ritardi nell'aggiornamento incidono

⁶⁵ Sullo stato di attuazione della riforma introdotta con il D.M. 77/22 si veda AGENAS, *Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022*, pubblicato in data 19 settembre 2023 e disponibile sul sito istituzionale di Agenas.

negativamente anche sull'attuazione delle riforme sanitarie a discapito delle esigenze di salute della collettività.

A conclusione di questo paragrafo si può, dunque, affermare che l'aggiornamento continuo delle convenzioni è essenziale per garantire il perseguimento delle esigenze sanitarie delle persone, ma per essere effettivo dovrebbe tener conto dei mutamenti non solo economici ma anche organizzativi e sociali nonché dell'interesse generale alla garanzia della salute.

6.2. *Le regole “troppo” stringenti tra continuità e fiducia*

Le convenzioni si conformano agli accordi che hanno un contenuto dettagliato prevedendo sia il rispetto di finalità pubbliche sia regole di diritto del lavoro. Analizzando gli accordi regionali emerge che le finalità pubbliche sono correlate al rispetto di determinati standard, alla garanzia della continuità del servizio, alla collaborazione con i soggetti del sistema sanitario nazionale. Mentre le regole del rapporto di lavoro sono correlate principalmente agli orari e alle modalità di svolgimento della professione, alla retribuzione, al numero dei pazienti. Dette regole che disciplinano l'aspetto lavorativo sono molto stringenti e puntuali tanto che in dottrina si è fatto riferimento all'assimilazione del medico ad un dipendente pubblico⁶⁶ e si è evidenziata la subordinazione eccessiva del libero professionista al sistema pubblicistico⁶⁷. In realtà, la specificità delle regole è giustificabile se si prendono in considerazione due aspetti essenziali: la continuità della cura e il rapporto di fiducia tra medico e pazienti.

⁶⁶ Ricostruisce il dibattito A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio: lavoro e organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, cit., pp. 507 ss.

⁶⁷ Al riguardo va anche ricordato che la giurisprudenza contabile ha più volte sottolineato che «in materia di medici convenzionati, va escluso che nell'ordinamento sia rinvenibile un principio generale, ancorché settoriale, di assimilazione delle prestazioni svolte presso enti sanitari dei medici in base a convenzioni [...] a quelle rientranti nel rapporto di pubblico impiego, attesa l'assenza nei rapporti d'opera professionale (pur caratterizzati da collaborazione coordinata e continuativa) del requisito della subordinazione». Il che non incide però sulla pacifica sottoposizione alla giurisdizione contabile dei medici convenzionati con il SSN. Cfr. Corte dei conti, sezione giurisdizionale Lombardia, sentenza 2 febbraio 2020, n. 12; sezione giurisdizionale Emilia-Romagna, sentenza 22 novembre 2024, n. 99.

In primo luogo, le convenzioni sono uno strumento che consente al libero professionista di svolgere la propria attività in continuità con gli altri operatori del servizio sanitario nazionale. In altre parole, il medico occupandosi del paziente in prima istanza non fa solo “da filtro” verso altre strutture sanitarie o medici specializzati, ma si occupa del paziente in continuità con gli altri servizi del sistema sanitario. L'azione del medico di base può essere, dunque, vista come il primo passaggio di una cura che coinvolge diversi professionisti e volta a garantire complessivamente la qualità della vita del paziente. Ciò sulla scia della stessa riforma del d.m. 77/22 che fa proprio riferimento all'integrazione tra medico di base ed altri professionisti operanti in sanità⁶⁸. Pertanto, le regole stringenti individuate nelle convenzioni hanno l'obiettivo di consentire al medico di medicina generale di operare non in maniera isolata, ma in un contesto sanitario più ampio che richiede, dunque, una specifica regolamentazione.

In secondo luogo, le convenzioni consentono di sviluppare un rapporto di fiducia tra medico e paziente collegandolo a funzioni e servizi definiti omogenei sul territorio nazionale individuati nelle convenzioni che consentono di garantire standard di salute. Il rapporto di fiducia può essere visto in una duplice ottica: dalla parte del paziente che può scegliere liberamente il medico di base; dalla parte del professionista che instaura con il paziente un rapporto di conoscenza tale da garantire un livello elevato di cure. In relazione al primo aspetto il modello convenzionale consente al singolo di scegliere il medico di base che preferisce, secondo i criteri di residenza stabiliti per legge⁶⁹. Ciò trova conferma nella giurisprudenza amministrativa che ha riconosciuto che il principio di libertà di scelta del medico impone di «consentire ad ogni cittadino-paziente la scelta fiduciaria nell'ambito della platea dei soggetti potenzialmente idonei [...] ai quali rivolgersi a tutela del proprio diritto alla salute»⁷⁰.

⁶⁸ 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*, paper, 10 agosto 2022.

⁶⁹ C. CIARDO, *La libertà di scelta del medico di medicina generale. La centralità del rapporto fiduciario medico-paziente*, in *BioLaw Journal*, 2, 2021, pp. 247 ss.

⁷⁰ Consiglio di Stato, sez. III, sentenza 23 febbraio 2021 n. 1555. Nello stesso senso si veda la sentenza Consiglio di Stato, sez. III, sentenza 4 luglio 2017, n. 3261: «la scelta del medico di

In relazione al secondo aspetto, il rapporto di fiducia implica anche il libero esercizio della professione medica che, «anche quando esercitata in regime di convenzione con il servizio sanitario pubblico, concreta un'attività professionale diretta alla cura di ogni singolo paziente, con il quale si instaura un rapporto fiduciario avente per oggetto diritti strettamente personali, assoluti ed incompressibili, concernenti la vita e la salute di ciascuno»⁷¹.

Questo rapporto di fiducia pur riguardando la relazione del singolo paziente con il medico comporta importanti riflessi sulla sanità pubblica. In effetti, esso consente di soddisfare le esigenze di salute del paziente garantendo allo stesso tempo il rispetto di standard minimi stabiliti a livello nazionale nelle convenzioni per consentire uniformità di cura tra tutti i cittadini. In altre parole, il rapporto di fiducia non rimane relegato alla relazione individuale tra medico e paziente ma, essendo fondato su standard uniformi e sulla definizione di regole specifiche nello svolgimento dell'attività, consente di perseguire anche un'omogenea tutela della salute.

Questa visione olistica delle regole stabilite nelle convenzioni richiede, però, un mutamento culturale volto a valorizzare la figura dei medici di base e a superare l'idea che questi siano del tutto distinti dai professionisti delle strutture ospedaliere o dai medici specialisti in un contesto di integrazione professionale tipico delle recenti riforme. Detto cambiamento richiede il riconoscimento della figura del medico di base come insostituibile a condizione che si adatti alle rinnovate esigenze di assistenza territoriale fondate su una maggiore collaborazione tra professionisti per perseguire una garanzia efficiente di salute.

6.3. La rilevanza della copertura territoriale e i relativi obblighi

La garanzia della copertura territoriale dell'assistenza sanitaria ha sempre costituito una priorità nell'azione del medico di medicina generale. In effetti, dall'analisi dell'evoluzione della figura emerge come tradizionalmente detto professionista abbia un forte legame con il territorio, basti considerare che i medici condotti erano stipendiati dai Comuni ed

base da parte dell'assistito è regolata dal principio della fiducia personale, attese le finalità prevalenti di tutela della salute pubblica».

⁷¹ Consiglio di Stato, sez. III, sentenza 23 febbraio 2021 n. 1555.

operavano a favore della popolazione meno abbiente di uno specifico territorio. La stessa correlazione con le esigenze della comunità locale si riscontra nei medici di medicina generale in convenzione. In effetti, le convenzioni – mediante la loro specificazione a livello regionale e aziendale e mediante la valorizzazione della professione autonoma e, dunque, flessibile alle esigenze dei singoli – sono uno degli strumenti che permette una correlazione ancora forte tra medico di base e territorio⁷². Ciò è evidente soprattutto nelle aree disagiate sprovviste di presidi medici o ospedali nelle vicinanze⁷³ di centri abitati dove il medico di medicina generale svolge un ruolo determinante per far fronte alle esigenze di salute in specifiche zone.

Detta esigenza di assistenza territoriale emerge anche nei programmi di trasformazione dell'organizzazione della sanità e in particolare: nel PNRR⁷⁴, nella riforma del D.M. 77/22 e nelle recenti proposte di modifica del sistema che hanno l'obiettivo di consentire una capillarità delle cure, sull'esperienza della pandemia⁷⁵, correlata a nuove strutture come le Case di comunità. Si tratta, come già accennato, di presidi presenti sul territorio e nel quale operano 24 ore al giorno medici, infermieri e altri professionisti sanitari per garantire un'effettiva tutela della salute in singoli territori. A tal fine una delle proposte prevede la trasformazione del medico di base in dipendente al fine di poter meglio operare a servizio di queste nuove strutture che richiedono uno specifico impegno in termini di ore lavorative. Anche il rapporto di dipendenza del medico potrebbe costituire, in quest'ottica di riordino, un mezzo per garantire un'efficiente assistenza medica territoriale.

Senza entrare nel dettaglio delle riforme si pone, allora, l'interrogativo se, a fronte dell'esigenza di capillarità, lo strumento convenzionale sia ancora idoneo a garantire la salute dei cittadini.

⁷² Per una ricostruzione delle riforme si veda R. BINDI, *La salute impaziente*, Jaca Book, 2005.

⁷³ L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *Federalismi.it*, 26, 2023.

⁷⁴ S. IARIA, *Le potenzialità del PNRR ed il progetto "One Health" nella prospettiva del rilancio dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Forum di amministrazione in cammino*, 2024.

⁷⁵ M. IANNELLA, *Status personae e livelli di cura: uno sguardo ai sistemi sanitari europei e la loro risposta all'emergenza pandemica*, in *Federalismi.it*, 23, 2022.

Per rispondere occorre innanzitutto considerare che il modello convenzionale, avendo un contenuto modificabile ogni tre anni, può adattarsi anche alle nuove formule organizzative. Pertanto, l'effettiva partecipazione dei medici all'interno delle Case della comunità, nonché le relazioni fra queste nuove istituzioni e i MMG che continueranno a operare nei territori, può essere specificato nel contenuto delle convenzioni a seguito di una revisione di quelle attualmente in essere⁷⁶. Queste dovrebbero specificare nel dettaglio le attività svolte e le ore di lavoro del medico di medicina generale che opera nelle nuove strutture.

Inoltre, la convenzione sembra un modello preferibile rispetto al rapporto di dipendenza del medico di base. La questione del passaggio alla dipendenza dei medici di famiglia è stata evocata da più parti⁷⁷. Ad esempio, in un documento delle Regioni (*Prima analisi, criticità e possibili modifiche nelle relazioni SSN/MMG in particolare nella prospettiva della riforma dell'assistenza territoriale determinata da PNRR*) dove si legge che «l'attuale organizzazione della Medicina Generale [...] derivante dagli Accordi Collettivi Nazionali, non riesce ad essere valorizzata all'interno dei sistemi regionali, diventando un ostacolo al percorso di sviluppo e strutturazione». È necessario, altresì – secondo il documento delle Regioni – un cambiamento del contratto, con possibili opzioni, compresa la dipendenza⁷⁸. Il passaggio al rapporto dipendente del medico rischia di vanificare l'obiettivo del modello attuale di garantire un rapporto di fiducia con il paziente e una flessibilità a seconda delle realtà territoriali. In effetti, la modifica rischierebbe, secondo alcune ricostruzioni⁷⁹,

⁷⁶ M. ARLOTTI, E. SPINA, F. ATZORI, *La medicina generale verso le Case della Comunità. Assetti, criticità e scenari*, cit., p. 94.

⁷⁷ Il dibattito sulla opportunità o meno di mantenere l'attuale sistema basato su accordi e convenzioni e farlo transitare verso un modello simile a quello del professionista lavoratore dipendente pubblico è ricostruito dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio, *L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale*, focus tematico, 2, 2023.

⁷⁸ C. BUONGIORNO SOTTORIVA, M. DEL VECCHIO, G. GIACOMELLI, R. MONTANELLI, M. SARTIRANA, F. VIDÈ, *Rispondere alle carenze di personale medico nel sistema sanitario: tra attrattività dei presidi periferici e forme di lavoro non convenzionali* in Rapporto OASI 2023, Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano, Cergas-Bocconi, 2023, p. 433.

⁷⁹ FIMMG, *Per una riforma della medicina generale*, in fimmg.org; G. DONATO, *Quale ruolo del medico di famiglia nel nuovo assetto delle cure primarie*, in G. RAZZANO (a cura di), *La missione salute nel PNRR: opportunità e prospettive*, Jovene, 2024 p. 150.

di spersonalizzare la relazione medico-paziente a favore di un rapporto medico-struttura e struttura-paziente del tutto lontano dall'esigenza di valorizzare la figura del medico autonomo attento alle esigenze dei singoli. Da ultimo, un superamento delle convenzioni a favore dell'incardinamento del professionista nelle strutture potrebbe comportare la perdita di alcuni aspetti essenziali che caratterizzano lo svolgimento dell'attività dei medici di medicina generale: l'umanità delle cure che rischia di perdersi in strutture ampie; la possibilità di scelta del medico che sarebbe esclusa nel caso in cui i pazienti debbano rivolgersi a strutture pubbliche; la raccolta dei dati e la conoscenza della storia clinica del paziente e addirittura della famiglia di provenienza che diventerebbero più complessi e dispersivi in specifiche strutture; l'unicità del trattamento poiché tendenzialmente il cittadino si rivolge al medesimo medico per un lungo periodo di tempo cosa che sarebbe difficile se il medico dipendesse dalle strutture⁸⁰.

In questo quadro, la capillarità promossa dalle riforme potrebbe essere raggiunta anche mediante una revisione del rapporto convenzionale nei contenuti con specifici riferimenti alle Case della comunità ma mantenendo il rapporto di indipendenza. Le convenzioni possono, dunque, essere ancora uno strumento utile a condizione che: i medici ripensino il loro ruolo nell'ottica della valorizzazione della prossimità, delle cure domiciliari, della collaborazione con gli altri professionisti e della telemedicina⁸¹.

7. Conclusione: il difficile superamento del rapporto convenzionale

Alla luce delle considerazioni effettuate emerge come le convenzioni siano uno strumento determinante per garantire da un lato l'uniformità degli standard di salute a livello nazionale, dall'altro lato il rapporto di fiducia tra i singoli assistiti e il medico che opera come libero professionista negli specifici contesti territoriali. D'altra parte, «le riflessioni, pure maturate all'interno del contesto professionale e dei settori orientati alla ricerca, anche comparata, non riescono poi a trovare espressione in un rinnovato contesto regolativo, quasi che il duplice canale accordo nazionale/convenzione individuale

⁸⁰ Sono temi messi in evidenza da A. PIOGGIA, *Quale sostenibilità per il Servizio sanitario italiano?*, in *Diritto amministrativo*, 3, 2024, pp. 721 ss.

⁸¹ Sulla rilevanza di tali temi e sull'attuale situazione italiana, si veda IFEL, *Salute e territorio. I servizi socio-sanitari dei comuni italiani*, Rapporto 2025.

debba costituire ancora oggi (e quasi per inerzia) lo strumento esclusivo per assicurare l'esigenza primigenia di uniformità disciplinare piuttosto che operare come la cerniera necessaria per garantire l'integrazione funzionale della prestazione individuale in un dato sistema organizzativo»⁸².

Pertanto, nonostante le criticità riportate si può sostenere che anche nel contesto delle recenti riforme, il modello convenzionale sia difficilmente superabile a condizione che si prendano in considerazione alcuni aspetti. Innanzitutto, occorre valorizzare la professionalità nel contesto delle convenzioni tanto che si è parlato di un "ritorno al futuro"⁸³ dato che il medico torna ad assumere un ruolo centrale come nel caso della condotta o della mutua pur nell'ambito di un rapporto convenzionale. In altre parole, nel contesto delle riforme è necessario recuperare una specifica identità del medico in un quadro in costante mutamento volto alle modifiche organizzative nell'ottica della capillarità, allo sviluppo della tecnologia e della ricerca scientifica.

In secondo luogo, è ammissibile una revisione delle convenzioni nell'ottica delle recenti riforme mantenendo il rapporto non dipendente del medico. Le convenzioni dovrebbero, però, tener conto che i medici possono operare anche nelle strutture di recente istituzione come nelle Case di comunità e nelle nuove forme di assistenza territoriale e specificare le relative modalità di intervento. In sostanza, per garantire l'assistenza territoriale è sufficiente un adattamento del modello convenzionale alle nuove esigenze organizzative che: consenta di mantenere un bilanciamento tra funzione di cura capillare e funzione di filtro verso il SSN valorizzando la professionalità del medico; permetta al professionista di svolgere una funzione rilevante di cura primaria e nello stesso tempo cooperare con gli altri operatori e strutture sanitarie indirizzando i pazienti qualora sia necessario⁸⁴.

⁸² A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio: lavoro e organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, cit., pp. 507 ss.

⁸³ E. BORGONOVÌ, *Il ritorno al futuro. Il Ruolo del medico di medicina generale*, in Merco-san, 51, 2004.

⁸⁴ F. GIGLIONI, *Il rilancio dell'organizzazione territoriale del servizio sanitario nazionale*, in G. RAZZANO (a cura di), *La missione salute nel PNRR: opportunità e prospettive*, Jovene, 2024 dove si legge: «L'inclusione strutturale dei medici di base tra i dipendenti del servizio sanitario nazionale incontra molte resistenze», p. 133. Del resto, l'inclusione dei medici di medicina generale nel contesto della dipendenza trova numerose resistenze da parte delle associazioni di categoria che lamentano il rischio di perdita di fiducia e capillarità.

In terzo luogo, vanno considerati i territori più fragili che potrebbero non essere raggiunti dal servizio di assistenza primaria a seguito dell'inserimento dei medici in strutture. In effetti mentre il medico di base è a disposizione anche in centri piccolissimi, le strutture pur capillari sono collocate in un raggio territoriale più esteso. Solo il modello convenzionale consente, in sostanza, di adattare le esigenze di salute al contesto sociale e territoriale. Basti considerare che in territori più isolati con servizi sanitari distanti, si pensi alle zone montane, il ruolo del medico come professionista autonomo è determinante perché costituisce una assistenza non solo primaria ma anche "esclusiva".

In conclusione, le convenzioni consentono di valorizzare la figura del medico di medicina generale permettendo la predisposizione di regole chiare e attività esigibili, con sistemi di monitoraggio e remunerazione legati a risultati di salute e attività svolte. Le convenzioni consentono, altresì, ai professionisti medici di avere un ruolo nel presidio del territorio⁸⁵, ma mantenendo il rapporto di non-dipendenza e nel rispetto degli standard nazionali di salute. È stato evidenziato che «esse ponendosi all'interstizio tra il settore pubblico e il privato, con una tradizionale valorizzazione della competenza scientifica e della abilità pratica, così come di forme autoregolative, potrebbero permettere un rinnovamento finalizzato al recupero di efficienza, efficacia e flessibilità»⁸⁶.

Ne derivano due conseguenze significative nel contesto delle riforme dell'assistenza territoriale.

Innanzitutto, il superamento delle convenzioni a seguito della "pubblicizzazione" del medico di base potrebbe determinare la perdita delle garanzie che costituiscono il valore aggiunto del modello convenzionale soprattutto nei rapporti di fiducia, unicità, umanità e conoscenze informatiche che caratterizzano attualmente il medico di base.

Inoltre, si potrebbe optare per il mantenimento delle convenzioni tenendo conto e risolvendo alcuni nodi problematici significativi: evitare che a seguito degli stringenti limiti delle convenzioni si perda l'idea del libero

⁸⁵ G.C. MONTI, *I modelli organizzativi della medicina generale l'evoluzione della specie: dal modello singolo all'U.T.A.P.* in *Società italiana di medicina generale*, 2004.

⁸⁶ G. VICARELLI, *Professioni e Welfare State: I medici generici nel servizio sanitario nazionale*, cit., p. 118.

professionista; promuovere elevati standard qualitativi delle prestazioni; elaborare percorsi formativi e di aggiornamento professionale.

Per rispondere alla domanda iniziale del presente contributo si può, dunque, sostenere che, alla luce della ricostruzione effettuata, il modello della convenzione non deve essere necessariamente superato e può costituire ancora una soluzione utile poiché da un lato presenta peculiarità e vantaggi dovuti alla doppia caratterizzazione pubblico-privata che si perderebbero con l'abbandono dello strumento e dall'altro lato può essere comunque adattato e rivisto alla luce delle modifiche organizzative introdotte dalle recenti riforme.

Family doctors'agreements: legal nature, content and critical issues

Chiara Mari

Abstract: Le convenzioni costituiscono uno strumento che regola i rapporti tra medici di medicina generale e servizio sanitario nazionale al fine di garantire da un lato l'autonomia del professionista e dall'altro lato il rispetto di standard uniformi di salute. Il presente contributo ha l'obiettivo di analizzare la natura giuridica, il contenuto e le criticità del modello convenzionale per determinare se questo sia ancora uno strumento utile nel contesto delle recenti riforme sanitarie volte a garantire una capillarità nell'assistenza anche mediante nuovi modelli organizzativi.

Abstract: Agreements are a tool that regulates the relationship between family doctors and the national health service to guarantee, on the one hand, the autonomy of the medical practitioner and, on the other hand, compliance with uniform health standards. This contribution aims to analyze the legal nature, content and critical issues of the "conventional model" to determine whether this is still a useful tool in the context of recent health reforms aimed at ensuring widespread assistance also through new organizational models.

Parole chiave: medici di medicina generale; convenzioni; autonomia professionale; standard uniformi di salute; assistenza sanitaria.

Keywords: Family Doctors; Agreements; Professional Autonomy; Uniform Health Standards; Health Care.