

La figura del medico di famiglia in Francia

*Fanny Jacquelot**

In Francia, come in Italia, il “medico di famiglia”, noto anche come medico di medicina generale, è il professionista che si occupa della salute quotidiana della popolazione. Il termine si riferisce ai precetti di Ippocrate, che riteneva che i medici dovessero essere vicini ai loro pazienti con empatia e rispetto. Il termine affonda le sue radici nella storia della medicina francese, che si è sviluppata nei secoli a partire dal XII secolo. Durante questo periodo, la pratica della medicina iniziò a svilupparsi, con la creazione di diverse scuole di medicina, che ottennero lo status di *Universitas Medicorum* nel 1220. A partire dal XIII secolo divennero Università. Certo, a quel tempo l’insegnamento della medicina era piuttosto frammentario. Sotto il giogo del clero, si limitava a un contenuto puramente teorico con la lettura di ciò che veniva scritto da coloro che era un’autorità in materia. L’Editto Reale di Marly del 18 marzo 1807 avrebbe portato una vera e propria rivoluzione nel mondo della formazione medica, in quanto liberava gli studenti dal controllo della Chiesa, permettendo l’accesso all’anatomia che d’ora in poi veniva studiata in un anfiteatro di dissezioni. Proprio quando la professione medica cominciava a strutturarsi, la Rivoluzione francese portò la sua parte di disorganizzazione, gettando i semi della sfiducia della professione medica nei confronti delle autorità pubbliche, che è ancora presente in qualche misura oggi¹. La legge *Le Chapelier* del 14 giugno 1791 e il decreto del 18 agosto 1792 hanno abolito non solo le corporazioni dei cittadini ma anche tutte le università, comprese le facoltà di medicina. Le conseguenze non tardarono ad arrivare, con lo sviluppo di una pratica anarchica della medicina in tutto il Paese. Per 11 anni rimasero solo tre “scuole di salute” (Parigi, Montpellier e Strasburgo), che non avevano più lo *status* di università. Infine, una legge approvata il 10 marzo 1803

* Maître de Conférences HDR. Membre associé du CDPC. Faculté de droit de Saint-Etienne. Cericid UMR-CNRS 5137. Chaire Droit public et politique comparés.

¹ D.R. TABUTEAU, *Pouvoirs publics et professions de santé*, in *Les Tribunes de la santé*, 26(1), 2010, pp.103-121. <https://doi.org/10.3917/seve.026.0103>

(19 *Ventôtse* anno XI) ripristinò il precedente sistema di istruzione medica, introducendo garanzie che sono ancora in vigore oggi. Non solo le Scuole di Medicina riacquistarono il loro status di Facoltà con la creazione dell'Università Imperiale, ma la legge citata concesse anche ai medici il monopolio della pratica medica, stabilendo che nessuno poteva esercitare la professione di medico o di chirurgo senza aver conseguito un dottorato. L'unica eccezione a questo monopolio erano gli "ufficiali di Salute" (selezionati da giurie mediche dipartimentali), creati nel XIX secolo con l'idea di garantire la salute della popolazione, anche nelle campagne. Questo segnò l'inizio di un periodo in cui la pratica medica era "duale"². Questi ufficiali di Salute si ritrovano anche nella letteratura francese nella persona di Charles Bovary, uno dei personaggi di Flaubert nel romanzo *Madame Bovary*. Nel 1874, essi rappresentavano il 41% della professione medica, generando una vera e propria opposizione da parte dei medici con cui erano in competizione. Inoltre, la creazione di questi ufficiali di Salute fu vista come un'incursione delle autorità pubbliche nel campo della medicina. Di conseguenza, nonostante la legge *Le Chapelier*, si costituirono potenti sindacati con l'obiettivo di abolirli. Alcuni studi riportano le cifre del numero di medici sotto la Terza Repubblica e il loro sviluppo quantitativo: all'inizio della Terza Repubblica i medici erano 14.376, di cui 10.743 medici e 3.633 ufficiali di Salute (con circa 39 medici ogni 100.000 abitanti) e alla fine della Terza Repubblica (intorno al 1936) i medici erano 26.042, di cui 25.930 medici (più del doppio) e solo 112 ufficiali di Salute (con circa 63 medici ogni 100.000 abitanti). La dualità della pratica medica diventa quindi molto relativa alla fine del periodo in esame. Ciò si spiega con il fatto che la legge *Chevandier* (dal nome di un deputato dottore in medicina) del 30 novembre 1892 abolì definitivamente il corpo degli ufficiali di Salute. Da quella data in poi, i medici hanno beneficiato di un vero e proprio monopolio, che sussiste ancora oggi³. Questo spiega perché, ancora adesso, molti atti medicinali

² D.R. TABUTEAU, *Les libertés médicales et l'organisation des soins en France*, in *Titolo VII* [online], 11, Santé et bioéthique, 2023, URL: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/publications/titre-vii/les-libertes-medicales-et-l-organisation-des-soins-en-france>.

³ A. LUNEL, *La Loi Du 30 Novembre 1892 et Le Délit d'exercice Illégal de La Médecine En France*, in *Revue Historique de Droit Français et Étranger* (1922-), vol. 90, 1, 2012, pp. 115-34.

sono riservati ai medici quando potrebbero essere eseguite da professionisti meno qualificati. È anche il motivo per cui l'attuale Codice di Salute Pubblica continua a definire le "altre professioni sanitarie" come deroghe al monopolio dei medici, protetto dal reato di esercizio illegale della medicina (art. L. 4161-5 del Codice di Salute Pubblica). Dopo la Seconda Guerra Mondiale, il numero dei medici di base è aumentato ulteriormente, al punto che si è deciso di regolamentare la formazione medica introducendo un *numerus clausus*⁴, oggi scomparso vista la carenza di medici in Francia. Ciò è tanto più vero se si considera che anche la pratica medica si è diversificata, con una maggiore specializzazione dei medici e una corrispondente diminuzione del numero di medici di base. In precedenza, non esisteva una distinzione tra medici di base e specialisti: uno specialista era un medico di base che era diventato esperto in un determinato campo grazie all'esperienza professionale. Dal 6 ottobre 1949, il medico specialista è una professione propria, che richiede una formazione speciale e ora un corso di studi specifico nell'ambito del percorso universitario. L'istituzione della medicina generale in Francia è stata accompagnata anche dal radicamento della questione della Salute nella Costituzione. Molte costituzioni europee la citano ormai come uno dei loro diritti fondamentali. Lo stesso vale per il comma 11 del Preambolo della Costituzione francese del 1946, che ancora oggi ha valore costituzionale. La tutela della salute sta quindi diventando un requisito costituzionale vincolante per il legislatore e le altre istituzioni statali, ma allo stesso tempo può essere invocata dagli stessi individui. Si tratta di parametri aggiuntivi con i quali i medici devono confrontarsi e che incidono sulla portata delle loro libertà mediche, conquistate duramente nel corso dei secoli, soprattutto di fronte allo Stato, che si sta affermando come attore normativo a pieno titolo nel sistema sanitario (I), con l'obiettivo di ridisegnare il ruolo del medico di base e di renderlo un attore centrale nell'organizzazione complessiva della tutela della Salute in Francia (II).

⁴ Il *Numerus clausus* per l'accesso al secondo anno del primo ciclo di questi studi è stato istituito dalla legge n. 71-557 del 12 luglio 1971 che adegua alcune disposizioni della legge n. 68-978 del 12 novembre 1968 sull'orientamento dell'istruzione superiore e soppressa dalla legge n. 2019-774 del 24 luglio 2019 relativa all'organizzazione e alla trasformazione del sistema sanitario. A tal proposito, L. COLLET, *Numerus clausus et accès aux études de médecine: bases juridiques*, *Les Tribunes de la santé*, 1, 2019 pp. 47-61.

1. La pratica medica garantita da libertà ormai regolamentate dallo Stato

Storicamente, l'attività medica, nella forma in cui viene praticata ancora oggi, è il frutto di conquiste in termini di libertà mediche considerate irriducibili dalla professione. Esistono quindi costanti punti di tensione tra i medici francesi e la volontà sempre più forte dello Stato di fornire un quadro di riferimento, che sta trovando dei limiti nei suoi tentativi di organizzare l'assistenza sanitaria.

1.1. L'istituzione di libertà mediche irriducibili

L'esercizio della medicina da parte dei medici, e dei medici di base in particolare, si basa sulla consacrazione di libertà mediche⁵ che sono ancora considerate irriducibili. Queste libertà sono sancite da una Carta della Medicina Liberale adottata il 30 novembre 1927. Questa si basa su 7 principi:

- Libera scelta del medico
- Libertà terapeutica
- Libertà di prescrizione
- Rispetto del segreto medico
- Controlli sui pazienti da parte delle casse malattia
- Libertà tariffaria (abolita nel 1960)
- Pagamento diretto al medico

La conseguenza di questa carta è che la legge del 1928, che stabiliva il principio del pagamento dei medici da parte delle casse malattia e la regolamentazione degli onorari tramite accordi o contratti collettivi, non è stata applicata. L'istituzione della previdenza sociale nel 1945, pur aprendo la strada alla diffusione del rimborso delle cure sanitarie e dei farmaci, ha rimesso in discussione questi principi. C'è stato naturalmente un tentativo di regolamentare le tariffe con un'ordinanza del 3 marzo 1945 relativa alla fissazione delle tariffe dell'assicurazione sociale per i rischi di malattia e maternità, ma è rimasto marginale. Nel 1960, tuttavia,

⁵ D.R. TABUTEAU, *Les libertés médicales et l'organisation des soins en France*, in *Titre VII* [online], 11, Santé et bioéthique, 2023. URL: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/publications/titre-vii/les-libertes-medicales-et-l-organisation-des-soins-en-france>

il decreto Bacon ha stabilito il principio delle tariffe esecutive e degli accordi sul prezzo delle consultazioni (13 franchi). Nel 1971 è stato firmato il primo accordo nazionale con l'*Assurance Maladie*. Tuttavia, ciò non ha influito sulla persistenza delle varie libertà mediche, che sono state incorporate nel Codice di sicurezza sociale con una legge del 3 luglio 1971 (modifica dell'articolo L. 257 del Codice di sicurezza sociale, ora articolo L. 162-2 dello stesso Codice). Va inoltre notato che la formulazione è piuttosto insolita, poiché l'articolo L. 162-2 del Codice di sicurezza sociale stabilisce che «nell'interesse degli assicurati e della salute pubblica, il rispetto della libertà di esercizio e dell'indipendenza professionale e morale dei medici è garantito in conformità con i principi deontologici fondamentali della libera scelta del medico da parte del paziente, della libertà di prescrizione del medico, del segreto professionale, del pagamento diretto degli onorari da parte del paziente, della libertà del medico di aprire uno studio, ecc...».

Questa singolarità deriva dal fatto che il legislatore francese ha inserito queste libertà in quelli che chiama "principi etici fondamentali". Ciò può "sorprendere"⁶, poiché nei Paesi stranieri in cui la deontologia medica è rispettata come in Francia, la legge non si preoccupa di fornire una garanzia legale per il pagamento diretto degli onorari o per la libertà di stabilimento dei medici. Ciò dimostra che in Francia la libertà medica è prevista fin nei minimi dettagli e che lo Stato non ha la possibilità di interferire pienamente nella remunerazione o nella scelta della sede del medico. Allo stesso modo, il principio della libera scelta del medico da parte del paziente, sancito dalla legge come libertà medica, è stato affermato dal Consiglio di Stato, in una sentenza del 30 aprile 1997, parlando di un "cosiddetto principio costituzionale"⁷. L'articolo L. 1110-8 del Codice di Salute pubblica affermava che si trattava di "un principio fondamentale della legislazione sanitaria". Infine, nel 2018, il *Conseil d'État* lo ha sancito come principio generale del diritto⁸. Tuttavia, queste libertà non sono assolute, come ha sottolineato il *Conseil constitutionnel*

⁶ D.R. TABUTEAU, *Les libertés médicales et l'organisation des soins en France*, op. cit.

⁷ CE, 30 aprile 1997, n. 180838, n. 180837 e n. 180867.

⁸ CE, 6 aprile 2018, n. 416563.

in un caso di QPC nel 2021. In particolare, devono essere conciliate con gli obblighi di sicurezza sanitaria dello Stato e con le esigenze di equilibrio di bilancio⁹. Inoltre, nella sua decisione del 21 gennaio 2016 sulla legge di modernizzazione del nostro sistema sanitario, il *Conseil constitutionnel* ha stabilito che il principio del pagamento diretto ai sensi dell'articolo L. 162-2 del Codice della sicurezza sociale non è imposto da "alcuna esigenza costituzionale"¹⁰, convalidando l'intervento dello Stato nel settore della remunerazione dei medici. Questi sono tutti tentativi di legittimare e giustificare l'intervento dello Stato nella pratica medica dei medici di base, che ora sta facendo in modo crescente ma limitato.

1.2. Una crescente ma limitata supervisione statale della pratica del medico di base

In una certa misura, le autorità statali sono sempre state incaricate delle questioni sanitarie. Ma è vero che storicamente la salute era gestita principalmente dalle autorità comunali. Ciò risale a una legge approvata nel 1790, che attribuiva loro la responsabilità della polizia sanitaria. In seguito, un'altra legge sulla salute pubblica del 1902 conferì loro il potere di regolamentare le questioni sanitarie. Infine, l'importante legge comunale del 5 aprile 1884 ha attribuito al Sindaco il potere di intervenire in materia sanitaria. Per quanto riguarda lo Stato centrale, esso rimase piuttosto in secondo piano, lasciando la professione medica gestire il sistema sanitario. È solo alla fine della Seconda Guerra Mondiale, con la creazione della Sicurezza Sociale, che il rapporto tra lo Stato e i medici è cambiato radicalmente, con un maggiore intervento delle autorità pubbliche nella loro pratica professionale, sia dal punto di vista del controllo della spesa sanitaria che delle politiche sanitarie per migliorare la qualità delle cure. Di conseguenza, sia i comuni che gli altri enti locali saranno messi da parte quando si tratta di amministrazione sanitaria. Un altro

⁹ Cons. cost. n. 2021-917 QPC dell'11 giugno 2021, *Union nationale des syndicats autonomes de la fonction publique*.

¹⁰ Cons. cost., dec. n. 2015-727 DC del 21 gennaio 2016, *Loi de modernisation de notre système de santé*, cons.50.

importante cambiamento apportato dalle ordinanze Debré del 1958¹¹ fu la creazione di centri ospedalieri universitari con personale medico con lo status di funzionari pubblici (medici ospedalieri)¹². Di conseguenza, i medici liberali professionisti non erano più l'unico modello professionale e gli ospedali non erano affidati a medici liberi professionisti che lavoravano a tempo parziale, ma a professionisti interamente dedicati al servizio pubblico. In questo modo, la libertà di aprire uno studio e la libertà di essere remunerati sono state eliminate per questi nuovi medici dipendenti. Questi passi avanti dello Stato nella pratica medica sono stati accompagnati da basi giuridiche indispensabili. In particolare, l'articolo L. 1411-1 del Codice della Salute Pubblica afferma che «la politica sanitaria è di competenza dello Stato», fornendo così una legittimazione giuridica alla potenziale restrizione delle libertà mediche. Di conseguenza, lo status dei medici è ora soggetto a normative specifiche, che però sono ancora legate alla loro autodeterminazione¹³. Essi devono scegliere se esercitare la professione in forma autonoma, cioè per conto proprio, o come dipendenti di un ospedale o di un'organizzazione sanitaria. Va notato che, a differenza del lavoro dipendente, l'esercizio liberale della medicina è stato a lungo simbolo dell'indipendenza del medico. Anche per questo motivo, la libertà di stabilimento di un medico implica non solo la possibilità di scegliere dove esercitare, ma anche che l'apertura di uno studio medico non può essere soggetta a un sistema di autorizzazione o di dichiarazione amministrativa¹⁴. Queste due caratteristiche della libertà di stabilimento non vengono quindi modificate dal sistema sopra citato, ma i medici devono ora registrare ufficialmente la loro

¹¹ Ordinanza n. 58-1198 dell'11 dicembre 1958 che riforma la legislazione ospedaliera e ordinanza n. 58-1373 del 30 dicembre 1958 relativa alla creazione di centri ospedalieri e universitari, alla riforma della formazione medica e allo sviluppo della ricerca medica.

¹² D.R. TABUTEAU, *La révolution de 1958: naissance de l'hôpital moderne*, in A. GRIMALDI e F. PIERRU (a cura di), *Santé: urgence*, Éditions Odile Jacob, 2020; D. TRUCHET, B. APOLLIS, *Droit de la santé publique*, 10^{ème} ed., Dalloz, 2020.

¹³ J. MORRET-BAILLY, *Les professionnels de santé: les architecture(s) en question*, in *RDSS*, 2024, p. 109.

¹⁴ Tuttavia, ci sono alcune formalità alle quali adempiere. Prima di avviare l'attività di medico autonomo, è necessario iscriversi all'*Ordre des Médecins*. Successivamente, devono iscriversi all'*Assurance Maladie*. Devono inoltre iscriversi agli enti di previdenza sociale come l'URSSAF entro 8 giorni dall'inizio dell'attività.

scelta, sapendo che possono decidere di passare dalla libera professione al lavoro dipendente (e viceversa) nel corso della loro carriera. Un'altra libertà che oggi è regolamentata dallo Stato è il pagamento diretto da parte del paziente¹⁵. Sebbene la già citata legge del 1971 ne facesse un "principio deontologico fondamentale", i medici di base non sono più necessariamente pagati a prestazione, a causa dello sviluppo dell'attività salariale all'interno degli ospedali, ma anche perché, sebbene il pagamento a prestazione (cioè il pagamento da parte dei pazienti dietro rimborso da parte dell'*Assurance Maladie*) rimanga valido per i medici di base che esercitano la libera professione, essi devono ora lavorare all'interno di un quadro chiaramente definito. Infatti, i medici di base esercitano sulla base di un accordo negoziato tra i sindacati che rappresentano i medici e l'*Union nationale des caisses d'assurance maladie*¹⁶ (Unione nazionale delle casse di assicurazione malattia), all'interno del quale viene ora sollevata la questione degli onorari. Questi accordi stabiliscono gli orientamenti generali per la pratica medica per un periodo di 5 anni e determinano alcuni aspetti della retribuzione dei medici a seconda del settore scelto. I medici liberi professionisti devono scegliere tra tre settori di attività¹⁷:

Settore 1: le tariffe sono stabilite e rimborsate dal sistema di sicurezza sociale francese.

Settore 2: gli onorari sono determinati liberamente dal medico e la Sicurezza Sociale rimborsa solo una parte della consultazione.

Settore 3 (o settore non convenzionato): gli onorari sono gratuiti, al di fuori del sistema di sicurezza sociale. Il medico fattura le sue consulenze ai pazienti che non sono rimborsati dal sistema di sicurezza sociale.

¹⁵ P.L. BRAS, *La rémunération des médecins libéraux*, in *RDSS*, 2024, pp. 39 ss.

¹⁶ IRDES, *Historique des Conventions médicales*, 2024, URL: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html>

¹⁷ Al 1° gennaio 2022, la maggior parte (95%) dei medici di base esercitava nel settore 1, solo il 4,9% nel settore 2 e lo 0,1% fuori settore (o settore 3). In media, un medico di famiglia segue 1.060 pazienti come medico di base (dati CNAM per il 2021). Tuttavia, vi sono disparità nel numero di pazienti: il 30% dei medici di base segue 1.318 pazienti o più, il 20% 1.524 o più e il 10% 1.844 o più. Alcuni seguono più di 2.500 pazienti. Viceversa, il 30% segue 731 pazienti o meno, il 20% 532 o meno e il 10% 198 o meno. I medici di base effettuano in media 22 consultazioni al giorno, pari a circa 5.000 all'anno, oltre al 10% di visite a domicilio.

Il prezzo di una consultazione nel settore 1 è stabilito dall'accordo tra il medico di base e l'*Assurance Maladie*. L'*Assurance Maladie* svolge un ruolo centrale nel rapporto del governo con i medici di base, poiché è responsabile del rimborso dei costi delle consultazioni mediche, della distribuzione dei farmaci e del finanziamento delle cure prescritte dai medici di base. Nel 2024 è stato firmato un nuovo accordo tra i medici liberi professionisti e l'*Assurance Maladie* per il periodo 2024-2029¹⁸. Una delle prime misure, entrata in vigore il 22 dicembre 2024, è l'aumento delle tariffe di consultazione per i medici del settore 1 (tariffe convenzionali). Una consultazione con un medico di base è passata da 26,50 a 30 euro. Questi aumenti sono stati coperti dal regime di assicurazione sanitaria e dall'assicurazione sanitaria integrativa. Oltre al prezzo della consultazione, i medici liberi professionisti ricevono anche un compenso fisso¹⁹. Questa somma forfettaria si applica ai medici che hanno firmato un accordo e sono dichiarati *médecins-traitants*, ed è quindi riservata ai medici del settore 1. Si tratta di un pagamento annuale che il medico di famiglia riceve per ogni suo paziente, a seconda della complessità delle cure fornite. L'importo di questo pagamento può arrivare fino a 100 euro per paziente. L'Accordo medico 2024 prevede l'entrata in vigore di una nuova tariffa medica unica a partire dal 1° gennaio 2026. L'introduzione di questo pagamento forfettario significa che i medici di base che esercitano la libera professione non sono remunerati solo dai loro pazienti, ma anche dallo Stato. L'indipendenza economica del medico, quindi, pur rimanendo, viene leggermente alterata da questo sistema, anche se rientra nella volontà di valorizzare economicamente la pratica medica. La libertà di prescrizione è rispettata ma, ai sensi dell'articolo R. 4217-8 del Codice di Salute Pubblica francese, è esercitata nei limiti stabiliti dalla

¹⁸ *Arrêté 20 giugno 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie*. Per il testo della convenzione: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Convention>.

¹⁹ M. CORMIER, *Financiarisation et professions de santé*, in *RDSS*, 2024 pp. 65 ss.; L. GROSCLAUDE, *Le contrôle effectif: un coup d'arrêt à la financiarisation des professions libérales réglementées?*, in *BJS*, 2023, pp. 43 ss.; L. GROSCLAUDE, *Financiarisation des professions libérales réglementées: vers un changement du paradigme*, in *JCP Entreprise*, 2023, pp. 1355 ss.; M. BADEL, *Retour sur la rémunération des médecins... encore libéraux?*, in *RDSS*, 2022 pp. 1088 ss.; D.R. TABUTEAU, *La liberté tarifaire?*, in *Dr. soc.*, 2003, pp. 424 ss.; F. HEAS, *Exercice de la médecine et salariat*, in *RDSS*, 2013, pp. 575 ss.

legge e nel quadro delle conoscenze scientifiche. Ad esempio, durante la crisi sanitaria del Covid-19, il Primo Ministro ha emanato due decreti, il 25 e il 26 marzo 2020²⁰, che limitano le condizioni di prescrizione e di rilascio dei farmaci (cloroquina). Recentemente, un decreto n. 2024-968 del 30 ottobre 2024 relativo al documento destinato a rafforzare la rilevanza delle prescrizioni mediche ha subordinato il rimborso di alcuni farmaci alla motivazione della prescrizione da parte del medico. Va notato, tuttavia, che questi cambiamenti sono solo occasionali e limitati. Invece, l'argomento del controllo della spesa sanitaria è più forte. Esso porta regolarmente le autorità pubbliche a chiedere ai medici di effettuare "risparmi" nella prescrizione, in particolare per quanto riguarda i farmaci di base. Lo ha confermato la Corte di Cassazione in una sentenza n. 17-17749 del 31 maggio 2018, secondo cui «i medici sono tenuti, in tutti i loro atti e prescrizioni, ad osservare, nell'ambito della normativa e dei regolamenti vigenti, la più rigorosa economia compatibile con la qualità, la sicurezza e l'efficacia delle cure». Il tema della prescrizione è quindi molto delicato, soprattutto se si considera che in Francia il 90% delle consultazioni con il medico di famiglia si conclude con la prescrizione di farmaci. Questa percentuale contrasta con quella di altri Paesi come la Germania, dove solo il 72% circa delle consultazioni si conclude con una prescrizione, o l'Olanda, con solo il 43%. La supervisione statale è quindi presente, ma è controbilanciata dalla negoziazione con il *Conseil de l'Ordre des Médecins* che, oltre a svolgere un ruolo disciplinare all'interno della professione, è coinvolto nella regolamentazione dell'attività. Inoltre, questa maggiore presenza dello Stato nella pratica medica non è priva di effetti virtuosi per la professione stessa, in quanto ha permesso di porre i medici di base al centro del sistema sanitario nazionale.

2. Il medico di base, figura centrale del sistema sanitario francese

Con l'intervento normativo dello Stato, la salute individuale e collettiva non può più essere ridotta alla pratica isolata della medicina. Lo Stato ha integrato i medici di base in una rete sanitaria nazionale, all'interno della

²⁰ Decreti n. 2020-314 e n. 2020-337 del 25 e 26 marzo 2020, che integrano il decreto n. 2020-293 del 23 marzo 2020 e che prescrivono le misure generali necessarie per far fronte all'epidemia di Covid-19 nell'ambito dello stato di emergenza sanitaria.

quale svolgono un ruolo decisivo come tramite tra i loro pazienti, per i quali sono il primo contatto, e tutti gli altri attori del sistema sanitario.

2.1. *Un interlocutore prioritario del paziente*

Oggi in Francia 1 milione di persone al giorno consulta un medico di base. Il principio è quello della libertà di scelta per il paziente e della libertà di scelta per il medico, che può anche rifiutare i pazienti. Questo può accadere in caso di disaccordo inconciliabile o se il medico ritiene di non voler più prendere nuovi pazienti. Va notato che non ci sono quote imposte al medico. Il medico è libero di decidere il volume complessivo della sua base di pazienti. Allo stesso modo, non ci sono criteri geografici imposti ai pazienti, che possono consultare qualsiasi medico del Paese senza alcuna restrizione. Pagano la tariffa per la consultazione e vengono poi rimborsati dall'*Assurance Maladie* in base al settore di appartenenza del medico.

Tuttavia, da una riforma del 2004²¹, il sistema sanitario raccomanda (non obbliga, ma incoraggia) ai pazienti di designare quello che oggi è noto come *médecin-traitant*. È questo medico che sarà l'unico punto di contatto per le cure e che indirizzerà i pazienti verso gli specialisti. Tuttavia, la scelta di un *médecin-traitant* non significa che i pazienti debbano essere esclusivi: possono sempre consultare un altro medico di base, senza alcuna riduzione del rimborso²². È anche possibile non scegliere affatto un medico di base, ma in questo caso ciò comporterà una riduzione del rimborso. Dal 2017, il diritto di scegliere il *médecin-traitant* è stato esteso anche ai bambini di età inferiore ai 16 anni. Va notato che non vi è alcun limite di tempo per l'impegno del paziente nei confronti del proprio medico di base. I pazienti sono liberi di cambiare il proprio *médecin-traitant* in qualsiasi momento. La designazione di un *médecin-traitant* contribuirà a centralizzare i dati del dossier medicale del paziente, poiché è a questo medico che verranno inviati i rendiconti degli altri medici consultati dal paziente.

²¹ Legge n. 2004-810 del 13 agosto 2004 relativa alla previdenza sociale.

²² Chi fa parte del percorso di cura con un medico di fiducia viene rimborsato al 70%, mentre chi rimane fuori dal percorso viene rimborsato a un tasso ridotto del 40%.

Indipendentemente dal fatto che siano o meno il *médecin-traitant*, i medici di base hanno una serie di obblighi nei confronti dei loro pazienti. In primo luogo, sono tenuti al segreto professionale. I medici non devono rivelare informazioni sulla salute del paziente. Ciò è sancito sia dal Codice Penale (art. 226-13) che dall'articolo 4 del Codice di Deontologia Medica (art. 4). Tuttavia, il segreto medico può essere revocato in alcune circostanze. In particolare, se il medico è testimone di un abuso su una persona vulnerabile come un bambino o un anziano (art. 226-14 del Codice penale francese, artt. 43 e 44 del Codice di deontologia medica), o se risulta necessario assistere una persona in pericolo (art. 122-7 del Codice penale francese). Tuttavia, alcune situazioni non rientrano nell'ambito del segreto medico. Tra queste, le patologie legate a un incidente sul lavoro o a una malattia professionale, le dichiarazioni finalizzate all'ottenimento di una pensione di invalidità e alcune malattie che devono essere dichiarate alle autorità sanitarie, come il vaiolo e il colera. Durante lo stato di emergenza sanitaria in Francia legato al Covid-19, l'articolo 11 della legge n. 2020-546 dell'11 maggio 2020 che proroga lo stato di emergenza sanitaria ha reso il Covid-19 una malattia soggetta a notifica (anche se temporanea), anche senza il consenso del paziente interessato. Questa dichiarazione obbligatoria è stata fatta nell'ambito di un sistema di informazione creato per decreto al fine di combattere la diffusione dell'epidemia, e per un periodo strettamente necessario a raggiungere questo obiettivo. Un altro obbligo che i medici hanno nei confronti dei loro pazienti è il dovere di informare. Inizialmente si trattava semplicemente di un dovere deontologico soggetto al giudizio discrezionale del medico. L'articolo 35 del Codice deontologico²³ raccomanda che il medico abbia il dovere di informare i propri pazienti. Ai sensi dell'articolo 36 dello stesso codice, il medico deve chiedere il loro consenso prima di fornire il trattamento. Ma queste disposizioni non riconoscono il diritto del paziente all'informazione e al consenso in quanto tali. È stata una sentenza *Mercier* della Corte di Cassazione del 20 maggio 1936²⁴ a riconoscere per

²³ L'articolo 35 del Codice deontologico stabilisce che «il medico deve fornire alla persona che sta visitando o consigliando un'informazione corretta, chiara e appropriata sulla sua condizione, sulle indagini e sulle cure che sta proponendo».

²⁴ Cort. Cass., 20 maggio 1936, in *Revue générale du droit on line*, 1936, n. 6815, www.revuegeneraledudroit.eu.

la prima volta l'esistenza di un contratto di cura tra un paziente e il suo medico, che impone a quest'ultimo di fornire «*cure conscienziose, devote e attente secondo le conoscenze scientifiche*». Questa sentenza è in linea con il pensiero di *Accurse* che riteneva che l'arte medica, come sancita dal diritto romano (*artes liberales*), avesse come base giuridica un contratto di mandato. Pochi anni dopo, nella sentenza *Teyssier* del 1942²⁵, la Corte di Cassazione francese precisò che i medici sono vincolati da un dovere di coscienza che, «per quanto riguarda il rispetto della persona umana, esige che i pazienti siano chiaramente informati e che si ottenga il loro consenso informato per le cure previste e fornite»²⁶. In seguito, la legge *Kouchner* n. 2002-303 del 4 marzo 2002 sui diritti dei pazienti e la qualità del sistema sanitario ha messo da parte il concetto contrattuale e ha reso l'obbligo di informazione un obbligo puramente legale. Questa dinamica è stata ripresa dalla Corte di Cassazione nella sua successiva giurisprudenza e dal Codice della Salute Pubblica, che ora stabilisce all'articolo L. 1111-2 che «ogni persona ha il diritto di essere informata sul proprio stato di salute». Queste informazioni riguardano le varie indagini, trattamenti o azioni preventive proposte, la loro utilità, l'eventuale urgenza, le loro conseguenze, i rischi frequenti o gravi normalmente prevedibili che comportano, nonché le altre soluzioni possibili e le conseguenze prevedibili di un rifiuto²⁷. La Corte di Cassazione ha recentemente riorientato la sua giurisprudenza *Mercier*. Nella sentenza n. 22-23.433 del 16 ottobre 2024 ha definitivamente stabilito una presunzione di colpa nei confronti del medico nel caso in cui non avrebbe effettuato una relazione medica completa. La giurisprudenza si è pronunciata anche sulla portata dell'obbligo di informazione del medico, sottolineando che non è sufficiente che l'informazione sia stata data, ma deve anche essere stata data in modo umano, prima dell'esecuzione dell'atto medico e in un modo che

²⁵ B. HOERNI, J. P. BOUSCHARAIN, *Arrêt Teyssier de la Cour de cassation, 28 janvier 1942. Quelques remarques sur une décision 'oubliée'*, in *Histoire des sciences médicales*, Tome XXXV, 3, 2001, pp. 299-304.

²⁶ Cort. Cass., 28 gennaio 1942, *Teyssier*, *Gaz. Pal.* 1942. 1. 177.

²⁷ L'obbligo di informazione non è quindi più considerato un obbligo contrattuale del medico, ma un obbligo giuridico e normativo (responsabilità extracontrattuale). L'obbligo del medico di informare il proprio paziente si ritrova anche nell'articolo 16-3 comma 2 del Codice civile francese, nonché in testi sovranazionali come l'articolo 3 della Carta dei Diritti Fondamentali e la Convenzione di Oviedo sui Diritti Umani e la Biomedicina del 4 aprile 1997.

il paziente possa capire. Sia il Consiglio di Stato che la Corte di Cassazione insistono sul fatto che l'informazione deve riguardare tutti «i rischi gravi, anche eccezionali»²⁸, mentre la legge del 2002 citata in precedenza riguarda solo i «rischi frequenti o gravi normalmente prevedibili». Inoltre, l'obbligo di informazione permane anche dopo l'esecuzione dell'atto medico, poiché il Codice di Salute pubblica prevede che il medico informi il paziente sulle modalità di esecuzione dell'atto. L'ambito di applicazione dell'obbligo di informazione è molto ampio e riguarda non solo gli adulti ma anche i minori e i loro tutori legali. Tutti hanno ora un diritto consolidato all'informazione nel contesto delle cure mediche. In precedenza, l'onere di dimostrare di essere stato correttamente informato spettava esclusivamente al paziente. Tuttavia, nella sentenza n. 94-19.685 *Hédreul* del 25 febbraio 1997, la Corte di Cassazione ha finalmente invertito l'onere della prova, affermando che «il medico ha l'obbligo di informare il suo paziente e spetta a lui dimostrare di aver adempiuto a tale obbligo». Questo requisito è stato leggermente attenuato dalla sentenza n. 95-19.609 *Guyomar* della Corte di Cassazione del 14 ottobre 1997, che ha poi stabilito che il medico deve solo essere in grado di dimostrare di aver adempiuto all'obbligo di informazione con qualsiasi mezzo. Questo principio è ora sancito dall'articolo L. 111-2 del Codice di Salute Pubblica, anche se il Codice pone dei limiti all'obbligo di informazione, in particolare nei casi di emergenza, di impossibilità di fornire informazioni o di rifiuto del paziente di essere informato (diritto concesso dall'articolo L. 1111-4 del Codice di Salute Pubblica). Tutti questi obblighi contribuiscono a creare una stretta relazione terapeutica e un autentico rapporto di fiducia tra medico e paziente, garantendo un efficace coordinamento con gli altri operatori sanitari.

2.2. *Un legame con gli altri attori del settore sanitario*

Attraverso il rapporto con i pazienti, i medici di base sono all'origine di diverse catene di cura²⁹. La prima è il percorso di cura coordinato, che prevede che il medico di famiglia sia il primo operatore da consultare prima

²⁸ Corte Cass, sentenza n. 97-10.267, 7 ottobre 1998; CE, n. 181899 del 5 gennaio 2000, *Consort Telle*.

²⁹ «I medici devono garantire il coordinamento cure richieste dai loro pazienti» (articolo L. 4130-1 del Codice della Sanità Pubblica francese).

di proseguire nel percorso terapeutico. Spetta al medico di famiglia valutare la patologia del paziente e decidere se indirizzarlo a uno specialista. Se il paziente si rivolge autonomamente a uno specialista, può vedersi rifiutata la consultazione o rimborsata a una tariffa inferiore. I medici di base possono anche svolgere un ruolo nell'introduzione di misure di tutela legale per gli adulti incapaci. Ogni richiesta di apertura di una misura di protezione legale (tutela, curatela, ecc.) deve essere accompagnata da un certificato medico. In genere, questo certificato viene redatto da un medico presente in un elenco stilato dal pubblico ministero. Ciò significa che il *médecin-traitant* non può rilasciare personalmente il certificato. Tuttavia, il medico che redige il certificato medico in questione può richiedere il parere del *médecin-traitant* della persona da proteggere (cfr. articolo 431, comma 1 del Codice civile). Il medico svolge anche un ruolo importante nel trattamento dei disturbi mentali. È coinvolto nell'individuazione e nel trattamento di questi disturbi. Nell'ambito di una procedura di cura senza consenso³⁰ (cioè, su richiesta di terzi), deve essere redatto un certificato medico, che può essere rilasciato dal *médecin-traitant*. Tuttavia, per legge, non è il *médecin-traitant* a poter avviare un ricovero involontario. Il suo ruolo è quello di sostenere la persona che avvia la procedura, di solito un familiare. Deve inoltre assicurarsi che la famiglia sia ben informata. Oltre alla pratica medica, i medici di base sono tenuti a fornire informazioni nei rapporti con la *Haute Autorité de Santé*. Sono tenuti a riferire e analizzare gli eventi che si ritiene comportino rischi medici. Tutto sommato, il medico di famiglia è il cuore del sistema sanitario francese. Di conseguenza, essi rappresentano una quota significativa della spesa pubblica per l'assistenza sanitaria. Nel 2023, il consumo di cure da parte dei medici di base nelle città ha rappresentato 10,7 miliardi di euro. Dopo la fine della crisi di Covid-19, l'attività dei medici di base è tornata al suo livello abituale, anche se alcuni metodi di consultazione sono cambiati, come lo sviluppo del teleconsulto. Al 1° gennaio 2023, 80.900 medici di base (escluso il personale dipendente) esercitano in Francia. Nel 2023, la previdenza sociale ha finanziato il 79% delle spese sanitarie dei medici di base e le organizzazioni di assicurazione sanitaria complementare il 15,2%. Rimane il 5,5% a carico delle famiglie (rispetto al 9,4% del 2010). I livelli

³⁰ L'assistenza limitata è disciplinata dalla legge del 5 luglio 2011, modificata dalla legge del 27 settembre 2013.

di personale rimangono una preoccupazione costante³¹. Infatti, il numero di medici liberali professionisti è in costante diminuzione. Tuttavia, l'*Atlas 2024 de la démographie médicale* (Atlante 2024 della demografia medica) segnala un leggero aumento tra il 1° gennaio 2023 e il 1° gennaio 2024 (3272 medici). Tuttavia, sottolinea che il lavoro dipendente sta diventando sempre più attraente. Se nel 2010 il lavoro dipendente rappresentava il 41,9% dei medici che esercitano regolarmente, nel 2024 rappresenterà il 48,7%, superando il lavoro autonomo. Si tratta di un vero e proprio problema di salute pubblica, visto lo sviluppo dei cosiddetti “deserti medici”. Attualmente in Francia i medici di base che esercitano la libera professione sono distribuiti in modo disomogeneo sul territorio, rendendo sempre più difficile l'accesso alle cure e minando così il sistema sanitario pubblico, dato il ruolo centrale del medico di base. L'*Atlas 2024*³² ha evidenziato quella che definisce una “diagonale del vuoto”, corrispondente a una regione che si estende dal nord-est al sud-ovest della Francia, dove il numero di medici di base che esercitano la libera professione è particolarmente basso. L'*Atlas 2024* evidenzia che le regioni più densamente popolate concentrano la maggior parte dei medici. Le regioni dell'Ile-de-France e dell'Auvergne-Rhône-Alpes insieme rappresentano più del 30% dei medici praticanti. Alla luce di questi fattori, la convenzione medica recentemente firmata nel 2024 prevede misure volte a contrastare l'aumento delle disuguaglianze territoriali in questo settore. In particolare, a partire dal 1° gennaio 2026, i medici che si insediano per la prima volta in aree sottorappresentate nella professione medica avranno diritto a sovvenzioni forfetarie fino a 10.000 euro. Sempre a partire da questa data, le consultazioni occasionali in queste aree saranno valutate a 200 euro per mezza giornata. Tali incentivi non sono del tutto nuovi. In passato ci sono state altre misure di questo tipo per incoraggiare i medici ad aprire la loro attività nelle zone rurali, ad esempio. Tuttavia, va notato che queste misure sono solo incentivi. Sebbene il *Conseil d'État*, in una sentenza n. 94580 del 29 marzo 1901, *Casanova, Canazzi et al*³³, abbia

³¹ F.X. SCHWEYER, *Histoire et démographie médicales*, in *ADSP*, 2000, 32.

³² *Atlas de la démographie médicale 2024*, <https://www.anfh.fr/actualites/atlas-de-la-demographie-medicale-au-1er-janvier-2024-cnom-octobre-2024>.

³³ M. HAURIQU, *La recevabilité du recours d'un contribuable contre une délibération du conseil municipal intéressant les finances de la commune*, Note sous *Conseil d'État*, 29 mars 1901,

potuto ritenere che un comune potesse validamente assumere un medico comunale in caso di mancanza di iniziativa privata, questa giurisprudenza che riconosce la possibilità per le autorità pubbliche di intervenire per regolare l'esercizio della medicina indipendente è rimasta isolata. Nella storia della medicina liberale, come nel mondo di oggi, la regolamentazione della pratica medica in Francia può essere ottenuta solo accompagnando la volontà dei medici stessi.

The figure of the family doctor in France

Fanny Jacquelot

Abstract: L'istituzione del medico di famiglia in Francia risale alla Rivoluzione francese. Si tratta di una forma originale di pratica medica costruita su una base di indipendenza e persino di sfiducia nei confronti dello Stato centrale, che ha sempre cercato di controllare questa professione. Ciò ha portato a sancire le libertà mediche in una Carta del 1927, il cui contenuto è oggi sancito dal Codice di Sicurezza Sociale come "principi deontologici fondamentali" ai quali lo Stato può derogare solo in minima parte. Così, ad esempio, mentre lo Stato ora paga direttamente i medici di base per alcuni aspetti della loro pratica, rimane il principio che i pazienti dovrebbero pagarli direttamente, come simbolo della loro indipendenza economica. Allo stesso modo, salvo casi eccezionali come la gestione di una pandemia (ad esempio il Covid), la libertà di prescrivere rimane totale, anche se il Consiglio Costituzionale ha sottolineato che considerazioni economiche possono giustificare restrizioni. Ciò è tanto più significativo se si considera che in Francia il 90% delle consultazioni con un medico di base si conclude con una prescrizione di farmaci, che genera costi notevoli per lo Stato, dato che l'intero costo è coperto dalla Sicurezza Sociale e che i pazienti hanno piena libertà nella scelta del medico in tutto il Paese. In definitiva, gli obblighi dei medici si concentrano principalmente sui loro pazienti, in particolare attraverso il rispetto del consenso e del dovere di informazione. Per il resto, però, rimane un ampio spazio di manovra, che a volte è difficile da conciliare

con la regolamentazione dei deserti medici. La convenzione medica recentemente firmata nel 2024 tra i medici e lo Stato propone misure per armonizzare l'offerta di cure in Francia, ma si tratta solo di un incentivo ed è soggetto alla libera scelta dei medici.

Abstract: The institution of the family doctor in France dates back to the French Revolution. It is an original form of medical practice that was built on a foundation of independence from, and even distrust of, the central state, which has always sought to control this profession. This led to the enshrinement of medical freedoms in a 1927 charter, the content of which is now enshrined in the Social Security Code as 'fundamental ethical principles' from which the State can only derogate marginally. So, for example, while the State now pays directly for certain aspects of their practice, the principle remains that patients should pay them directly, as a symbol of their economic independence. Similarly, except in exceptional cases such as the management of a pandemic (e.g. Covid), the freedom to prescribe remains total, although the Constitutional Council has stressed that economic considerations may justify restrictions. This is all the more significant given that in France, 90% of consultations with a family doctor end with a prescription for medication, which generates substantial costs for the State, given that the entire cost is covered by Social Security and that patients have complete freedom in their choice of doctor throughout the country. At the end of the day, doctors' obligations are mainly focused on their patients, in particular through respect for consent and the duty to inform. For the rest, however, there remains a great deal of freedom, which is sometimes difficult to reconcile with regulating medical deserts. The medical convention recently signed in 2024 between doctors and the State proposes measures to harmonise the supply of care in France, but this is only an incentive and is subject to the free discretion of doctors.

Parole chiave: medico di famiglia, libertà medica, dovere di informare, libera scelta del medico, deserti medici

Keywords: Family Doctor, Medical Freedom, Duty to Inform, Free Choice of Doctor, Medical Deserts