

# ISTITUZIONI DEL FEDERALISMO

*Rivista di studi giuridici e politici*

4

2024 · ANNO XLV  
ottobre/dicembre

---

---

I MEDICI DI MEDICINA GENERALE  
NELLA TRASFORMAZIONE  
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

---

---



# ISTITUZIONI DEL FEDERALISMO

*Rivista di studi giuridici e politici*

4

2024 · ANNO XLV  
ottobre/dicembre

---

---

I MEDICI DI MEDICINA GENERALE  
NELLA TRASFORMAZIONE  
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

---

---

**RUBETTINO**

DIRETTORE DELLA RIVISTA

Gianluca Gardini  
COMITATO SCIENTIFICO  
Gianluca Gardini (Direttore)  
Marcos Almeida Cerreda  
Jean-Bernard Auby  
Brunetta Baldi  
Francesco Bilancia  
Marina Caporale  
Enrico Carloni  
Tanja Cerruti  
Giulio Citroni  
Stefano Civitarese Matteucci  
Chiara Cudia  
Marzia De Donno  
Michele Della Morte  
Elena D'Orlando  
Justin Orlando Frosini  
Alfredo Galán Galán  
Giancarlo Gasperoni  
Tommaso Francesco Giupponi  
Peter Leyland  
Marco Magri  
Andrea Morrone  
Giorgia Nesti  
Alessandra Pioggia  
Giuseppe Piperata  
Claudia Tubertini

COMITATO DI REDAZIONE

Stefano Agusto  
Edoardo Caruso  
Edoardo Nicola Fragale  
Fabio Pavanini  
Gloria Pettinari  
Angelo Schillizzi  
Maria Chiara Siclari  
Davide Tumminelli



REDAZIONE E GESTIONE SITO WEB

presso Regione Emilia-Romagna  
Viale Aldo Moro, 52 – 40127 Bologna  
Tel. 051 5275475 – 051 5277658  
E-mail: [istituzionidelfederalismo@regione.emilia-romagna.it](mailto:istituzionidelfederalismo@regione.emilia-romagna.it)  
Sito web: [http://www.regione.emilia-romagna.it/affari\\_ist/federalismo](http://www.regione.emilia-romagna.it/affari_ist/federalismo)

REFERENTE REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Francesca Paron  
Gabinetto Presidente della Giunta regionale  
Viale Aldo Moro, 52 – 40127 Bologna  
[francesca.paron@regione.emilia-romagna.it](mailto:francesca.paron@regione.emilia-romagna.it)  
EDITORE

Rubbettino editore  
Viale Rosario Rubettino, 10  
88049 Soveria Mannelli (CZ)  
tel. 0968 6664209  
Servizio Abbonamenti: tel. 0968 6664209  
Sito web: [www.rubbettinoeditore.it](http://www.rubbettinoeditore.it)  
E-mail: [commerciale@rubbettino.it](mailto:commerciale@rubbettino.it)

STAMPA

Rubbettino print  
nel mese di giugno 2025  
88049 Soveria Mannelli (Catanzaro)  
[www.rubbettinoprint.it](http://www.rubbettinoprint.it)

*Condizioni di abbonamento*  
*La quota di abbonamento alla Rivista per tutto il 2024 è di € 136,00 da versare sul c.c. postale 15062888 intestato a Rubbettino editore – Periodici, causale abbonamento IdF 2024. La Rivista è disponibile in libreria. Il prezzo di vendita per singoli numeri è di € 35,00. I prezzi indicati si intendono Iva inclusa. L'abbonamento decorre dal 1° gennaio con diritto al ricevimento dei fascicoli arretrati ed avrà validità per un anno. La Casa Editrice comunque, al fine di garantire la continuità del servizio, in mancanza di esplicita revoca, da comunicarsi in forma scritta entro il trimestre seguente alla scadenza dell'abbonamento, si riserva di inviare il periodico anche per il periodo successivo. La disdetta non è comunque valida se l'abbonato non è in regola con i pagamenti. Il rifiuto o la restituzione dei fascicoli della Rivista non costituiscono disdetta dell'abbonamento a nessun effetto. I fascicoli non pervenuti possono essere richiesti dall'abbonato non oltre 20 giorni dopo la ricezione del numero successivo.*



# Indice

## EDITORIALE

---

- 821 Una ricerca sui medici di medicina generale  
dal punto di vista giuridico  
*Fabio Giglioni*

## SAGGI E ARTICOLI

---

- 829 I medici di medicina generale nel servizio sanitario  
nazionale. Le funzioni, il ruolo e le prospettive  
*Martina Conticelli*
- 849 I medici di medicina generale e il servizio sanitario  
nazionale. Una prospettiva costituzionale  
*Ines Ciolli*
- 875 I medici di medicina generale nella riscrittura  
dell'assistenza sanitaria territoriale  
*Fabio Giglioni*
- 897 Il medico di medicina generale: profili lavoristici  
*Paola Bozzao*
- 925 Le convenzioni dei medici di medicina generale:  
natura giuridica, contenuto e criticità  
*Chiara Mari*
- 959 La figura del medico di famiglia in Francia  
*Fanny Jacquilot*
- 977 The "Family Doctor" in Portugal. Key connections  
with the Social Security System  
*Ana Elisabete Ferreira, André Dias Pereira*

## NOTE E COMMENTI

---

- 999 I piccoli Comuni si fondono poco, ma si uniscono molto  
*Giulio Vesperini*



# Editoriale



## Una ricerca sui medici di medicina generale dal punto di vista giuridico

*Fabio Giglioni\**

I saggi raccolti in questo fascicolo sono il risultato di una parte delle ricerche svolte alla Sapienza Università di Roma nell'ambito di un finanziamento di ateneo ottenuto nel 2021 e riguardano precisamente il ruolo dei medici di medicina generale nel servizio sanitario nazionale. L'interesse per questo tema traeva origine da due osservazioni principalmente. La prima era strettamente legata al periodo storico in cui l'idea è maturata: in quel momento l'emergenza dovuta alla pandemia era ancora in corso e, sebbene non fosse stato ancora adottato il PNRR, il dibattito politico e scientifico aveva già messo in rilievo la necessità di riequilibrare l'attenzione delle politiche pubbliche sanitarie rispetto ai precedenti trent'anni, prestando più attenzione al presidio territoriale della salute. D'altra parte è indubbio che problemi sanitari determinati dal contagio presentano esigenze di governo che agiscono innanzitutto sulla prevenzione e sul contenimento sociale più che sulle prestazioni di cura. Da questo punto di vista, in quei mesi è emersa con chiarezza la distribuzione non coordinata di informazioni tra medici di medicina generale e distretti sanitari e dipartimenti di prevenzione. I primi, collettori di informazioni e punti di primo contatto della popolazione, nonché conoscitori delle condizioni generali dei pazienti, dei contesti sociali in cui vivono, delle reti familiari e degli ambienti di lavoro, erano del tutto scollegati da chi, per compito istituzionale, aveva la funzione di dare indicazioni sui comportamenti da assumere, sui servizi di assistenza e sulle verifiche delle condizioni di salute. Si trattava di una constatazione non sorprendente per chi conosce il servizio sanitario nazionale, ma che appariva chiaramente non più tollerabile nel momento in cui era richiesto di fronteggiare l'emergenza. Appariva così chiaro che nel ricalibrare i punti di attenzione delle politiche pubbliche sanitarie, troppo preoccupate fino a quel momento di garantire risposte specialistiche adeguate, il territorio avrebbe avuto una

\* Professore Ordinario di Diritto Amministrativo, Università "La Sapienza" di Roma.

nuova centralità e, dentro questa cornice, il ruolo del medico di famiglia avrebbe dovuto meritare nuova considerazione.

La seconda spiegazione di questa ricerca muoveva dalla constatazione sorprendente che gli approfondimenti giuridici con riferimento ai medici di medicina generale risultavano davvero molto scarni. La circostanza ha meravigliato oltremodo se comparata ai numerosi profili di originalità che la disciplina di una professione così cruciale presenta, tenuto conto anche del rilievo che essa ha giocato nella storia nazionale. Da un punto di vista strettamente scientifico affiorava così l'opportunità di condurre ricerche e studi in un campo fin lì poco arato dai giuristi.

In termini generali può essere detto che qualunque ordinamento che si preoccupi di garantire un sistema di protezione sanitaria, a prescindere da come sia organizzato, si deve misurare con alcune funzioni solitamente coincidenti con quelle che grosso modo in Italia sono attribuite al medico di famiglia.

La prima funzione è quella di mettere a disposizione dei cittadini un medico disposto ad ascoltare, valutare, consigliare e indirizzare i cittadini per qualunque domanda di salute. In ogni sistema sanitario serve, cioè, un generalista. È una funzione essenziale per un ambito in cui i rapporti sono caratterizzati da un'accentuata asimmetria informativa; il medico generalista aiuta innanzitutto a dare un senso al bisogno di salute del cittadino, orientandolo nel disagio avvertito o rilevato. L'intervento dello specialista è successivo proprio perché non sempre è così evidente per un comune cittadino conoscere le cause dei suoi problemi.

Tali condizioni permettono al medico generalista di assolvere automaticamente ad altre due funzioni. Il medico di famiglia costituisce il presidio medico di primo contatto. La garanzia, variamente costruita nei diversi ordinamenti, di riconoscere un soggetto cui rivolgersi per qualunque problema assolve a una funzione di sicurezza: avere un punto di riferimento da cui partire. Inoltre, la disponibilità all'ascolto di qualunque genere e l'essere primo contatto configura il medico di famiglia come presidio onnicomprensivo, che assolve non solo funzioni tecniche legate all'assistenza sanitaria in senso stretto, ma anche a quelle di ordine più prettamente sociale. L'accertamento del bisogno di salute è funzionale anche all'attivazione di servizi sociali, rappresentando così anche per questi ultimi uno snodo rilevante.

La quarta funzione assolta dai medici di famiglia è quella di collocare le questioni di salute dei pazienti entro un contesto più ampio che non si limita solo all'accertamento tecnico del problema biologico. I medici di famiglia conoscono normalmente anche il contesto familiare del paziente, la sua collocazione sociale, le sue abitudini e la sua personalità, il lavoro e il modo di lavorare, la storia clinica ecc. I percorsi terapeutici consigliati e le valutazioni svolte devono tenere conto delle specificità di ogni persona, dei suoi convincimenti e dei suoi stili di vita. A fronte di certe specifiche diagnosi non esiste una terapia o un percorso terapeutico valido per tutti. I medici di famiglia realizzano nel concreto le condizioni per praticare la medicina sociale, che consiste nell'abbinare le indicazioni di carattere strettamente tecnico con una presa in carico complessiva della persona.

Il medico di famiglia è inoltre stabile nella vita dei cittadini o comunque, a differenza degli specialisti che cambiano di frequente, ogni cittadino ne incontra relativamente pochi. Si crea tendenzialmente una relazione di fidelizzazione che garantisce la quinta funzione essenziale, quella della continuità dell'assistenza. Si tratta di un valore importante perché sedimenta un rapporto di fiducia tra medico e paziente e perché l'osservazione di lunga durata riesce a dare profondità alle diagnosi e alle valutazioni espresse dal medico. La continuità è, pertanto, un valore utile sia al medico, sia al paziente.

La sesta funzione garantita dai medici di medicina generale è, infine, quella di coordinamento. La base informativa a disposizione del medico di famiglia rende prezioso il suo contributo per la costruzione di percorsi terapeutici che sappiano non solamente rispondere a un bisogno, ma anticiparlo. I medici di famiglia sono strategici nella funzione di prevenzione, che come è noto costituisce uno dei fattori più rilevanti per assicurare il benessere di salute.

A seconda di come gli ordinamenti costruiscono il proprio sistema di salvaguardia della salute queste sei funzioni sono disegnate in modo diverso. Per quanto concerne l'Italia non c'è dubbio che delle sei funzioni ricordate è proprio l'ultima quella più carente. Il ruolo dei medici di medicina generale non è ben assortito con quello degli altri servizi territoriali, il che comporta l'esito certamente disfunzionale di costringere i cittadini a costruire quei legami tra i servizi, con gli evidenti effetti di

disuguaglianza che questo produce in relazione al grado di istruzione dei cittadini, alle capacità personali, alle possibilità economiche, alle relazioni sociali che ciascuno è in grado di attivare e alla localizzazione delle principali attività di ciascuno. Il d.m. n. 77 del 2022, adottato in seguito all'approvazione del PNRR, è – almeno nelle intenzioni – consapevole di questo nodo, ma la sua previsione e la sua attuazione costituiscono il crocevia di questioni che sono anche molto più ampie e che i lavori ospitati in questo fascicolo mettono in evidenza. Accanto, infatti, ad ambiguità non risolte dal citato provvedimento ministeriale e accanto a incertezze ancora presenti sull'attuazione di un progetto che – anche fosse accolto nella sua migliore espressione – richiede l'attivazione di processi complessi di applicazione, la riforma si situa su un crinale dove si sommano problemi strutturali della professione (carenza di personale, sovraccarico dell'assistenza, qualificazione non equiparata a quella dei medici specialisti, pressione sociale sempre più intensa da parte degli utenti) con la messa in discussione dell'attuale *status* professionale, dal momento che sono in discussione progetti che prevedono la trasformazione del rapporto di lavoro dei medici di famiglia con il servizio sanitario nazionale.

Ne deriva che la ricerca, occasionata soprattutto dall'osservazione di un fenomeno dirimpente come quello della pandemia, si situa nel bel mezzo di una fase di transizione molto importante da cui dipende la capacità del servizio sanitario nazionale di corrispondere alle nuove aspettative. Se fino alla pandemia, il presidio territoriale dell'assistenza sanitaria soffriva di un'attenzione carente, innanzitutto del livello politico, ora la nuova consapevolezza elimina ogni alibi. Tanto alla politica per quanto di competenza, quanto alle autorità pubbliche amministrative spetta il compito di realizzare quel cambiamento reale che trasformi l'assistenza territoriale in un nuovo centro di scrittura della cittadinanza.

Gli autori italiani di questo fascicolo si misurano tutti su questi temi, accentuando ciascuno punti diversi tra loro comunque fortemente connessi. Il primo, quello di Martina Conticelli, si segnala in modo particolare per porre domande sul processo di riforma in atto. Ancora prima di capire quale direzione sia opportuno intraprendere per il legislatore, sarebbe necessario verificare se c'è coerenza tra le domande e i bisogni che si vogliono soddisfare e le riforme che si intendono realizzare. Ogni riforma

è l'esito di scelte dalle quali ci sono acquisizioni e perdite; bisogna essere consapevoli di questo saldo e se esso corrisponde alle attese effettive. Nell'analisi offerta da Ines Ciolli, caratterizzata da un più stretto ancoraggio al dato costituzionale, emerge l'importanza di contrastare qualunque tentazione di separazione e di segmentazione dei problemi da affrontare. Il rilancio dei medici di medicina generale è strettamente legato a quello del servizio sanitario nazionale e, pertanto, occorre contrastare tanto la marginalizzazione del loro ruolo nel servizio sanitario nazionale, quanto la parcellizzazione delle risposte ai bisogni della professione.

Nel mio contributo si esamina in modo particolare il processo di attuazione della riforma avviata nel 2022, segnalando lo stato dell'arte e verificando se davvero ci si muove nella direzione di superare la maggiore carenza di sistema con riferimento ai medici di medicina generale, ovvero il coordinamento dei servizi territoriali. Nel caso l'avvio verso un vero coordinamento sia reale, il dubbio che viene avanzato è se gli equilibri attuali della disciplina della professione possano reggere ancora rispetto alle trasformazioni in corso.

Il contributo di Paola Bozzao si concentra invece sui profili giuslavoristici della professione indagata, che presenta peculiarità davvero accentuate rispetto ad altre discipline di rapporto di lavoro. L'esame dell'ultimo accordo nazionale misura in concreto quanto le previsioni definite siano coordinate con gli intenti di riforma del 2022 e cosa implichi l'eventuale trasformazione del rapporto di lavoro proprio a quei fini.

Anche Chiara Mari osserva in modo particolare le convenzioni stipulate dai medici di medicina generale con una prospettiva più di natura pubblicistica, segnalando la forte originalità di questo strumento che non è deputato solo a regolare i rapporti di lavoro, ma a stabilire norme che attengono anche ai profili organizzativi delle cure primarie. L'analisi comprende anche le convenzioni stipulate a livello regionale. Pur non mancando di rilevare le criticità dell'attuale modello di regolazione, il contributo segnala la difficoltà di abbandonarlo.

La complessità dei problemi è dunque testimoniata anche dai diversi accenti utilizzati dagli autori nell'esaminare l'attuale corso degli eventi. Il tema merita davvero una discussione profonda e pubblica per la rilevanza che esso ha nel successo del rilancio del servizio sanitario nazionale. Su questo tutti gli autori sottolineano l'incognita del futuro prossimo,

soprattutto se lo slancio dato dal PNRR, pur con le sue debolezze, si arresta alla fine del periodo di sua validità.

Il fascicolo si chiude con due contributi di studiosi stranieri che presentano due modelli molto diversi, la Francia e il Portogallo, interessanti proprio perché rappresentativi di scelte agli antipodi. Fanny Jacquolot mostra come in Francia è sedimentato profondamente l'ancoraggio della professione medica alla libertà di scienza, il che rende pressoché impossibile configurare un rapporto diverso da quello fondato sulla libera professione. Il saggio, tuttavia, prova che, a dispetto di questo limite invalicabile, è progredito in questi anni il processo di funzionalizzazione della professione del medico di base alle esigenze dell'assistenza pubblica. Naturalmente su questo incide molto anche la circostanza che la Francia fonda il suo sistema sanitario su base assicurativa.

Ana Elisabete Ferreira e André Dias Pereira danno conto del sistema opposto portoghese, dove i medici di famiglia sono dipendenti del servizio sanitario nazionale e, dunque, pienamente inseriti nelle missioni del sistema pubblico. Si tratta di un contributo davvero interessante per comprendere quali possono essere gli esiti di una trasformazione completa del rapporto di lavoro attualmente in discussione in Italia. Pur apparendo improbabile che si segua l'esempio portoghese in modo integrale, la conoscenza di questa esperienza è davvero utile per trarre indicazioni di confronto.

Research about general practitioners from a legal point of view

*Fabio Gigliani*

Parole chiavi: editoriale, presentazione numero, medici di medicina generale.

Keywords: editorial, issue presentation, general practitioners.

## Saggi e articoli



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

*Martina Conticelli\**

## 1. *Premessa*

Protagonista quasi assoluto del dibattito sul personale sanitario nell'attuale momento storico, il medico di medicina generale è una figura fondamentale in molti ordinamenti. Se la discussione è alimentata da esigenze di revisione complessiva dell'organizzazione sanitaria, gli argomenti che la animano lasciano trasparire la centralità del ruolo dei cd. medici di famiglia, tanto per quei sistemi che abbiano configurato il modello di assistenza sanitaria nella forma del servizio sanitario pubblico, quanto per quei Paesi che abbiano optato per la soluzione assicurativa. Pur con diversa denominazione, qualifica, formazione, incardinamento e funzioni, la presenza di una figura, con le caratteristiche di cui si dirà, è diffusa certamente in tutta Europa, dal *general practitioner* (noto come GP) per il *National Health Service* britannico, al cd. *médecin généraliste* nel sistema francese, al *médico de família* in Portogallo, sino al *médico de cabecera* spagnolo<sup>1</sup>.

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

\* Professoressa ordinaria di Diritto Amministrativo, Università Tor Vergata.

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

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

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

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

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

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

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

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

Polo di attrazione di attenzione nei momenti più critici, negli ultimi anni, i medici di medicina generale – e il relativo stato giuridico – hanno attirato grande attenzione tanto a seguito della verifica delle lacune nelle cure primarie e nell’assistenza territoriale, e della conseguente disparità tra i servizi regionali che si è manifestata con chiarezza nella fase della gestione della situazione di emergenza causata dalla diffusione della pandemia da Covid Sars<sup>2</sup>, a partire dal 2020<sup>3</sup>, quanto in ogni riflessione complessiva in ordine alla mancanza di personale e diminuzione delle risorse del servizio sanitario in Italia.

Appare comunque evidente che il tema di fondo di qualsiasi analisi mirata alla sistematizzazione o alla riforma del ruolo di queste professionalità celi – come si è scritto – essenzialmente il problema del sostegno alla organizzazione dell’assistenza sanitaria di base. Si tratta anche in questo caso di difficoltà di lungo corso, se si pensa che la risoluzione dei problemi connessi con l’assistenza territoriale e con l’accessibilità continua ai servizi<sup>4</sup>,

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

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

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

oggetto di un decreto ministeriale già nel 2007<sup>5</sup>, tuttavia, sono rimasti a lungo nell'elenco dei buoni propositi<sup>6</sup>, sebbene tali questioni fossero state indicate quali obiettivi prioritari nel Piano sanitario nazionale per l'anno 2009, riproposti nell'agenda degli interventi negli anni successivi, e fatta eccezione per le iniziative assunte da alcune realtà territoriali<sup>7</sup>.

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

Oggi, l'assistenza territoriale è al centro degli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per la tutela della salute<sup>9</sup>.

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

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

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

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

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

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

In questo contesto, si inserisce anche la proposta di riforma che mira alla ridefinizione della disciplina dei medici di medicina generale, che merita di essere valutata, quindi, in riferimento a questo obiettivo<sup>10</sup>.

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

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

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

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

L'architettura complessiva della legge – che come è noto ci ha lasciato un sistema sanitario universale – è stata rivista nel corso degli anni, e per ragioni diverse. Sinora, tuttavia, i diversi interventi hanno lambito questo aspetto, peraltro in via indiretta. Eppure, riforme e ritocchi hanno nel tempo eroso l'equilibrio complessivo disegnato nel 1978, con ripercussioni proprio sull'assistenza territoriale e quindi indirettamente sui compiti e sulle responsabilità affidate alle figure professionali di cui parliamo. Nello sforzo di comprendere l'inquadramento compiuto dalla legge istitutiva negli anni Settanta del secolo scorso, può essere utile ritrovare, in quelli che ne sono considerati i precedenti storici, quei ruoli e quelle professionalità che, normalmente richiamati per indicarne le origini, nel corso degli ultimi due secoli e sino a quella riforma, hanno svolto funzioni analoghe a quelle che oggi sono assegnate ai medici di medicina

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

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

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

La condotta medica è istituita con la l. 22 dicembre 1888, n. 5849, cd. legge Pagliani-Crispi: la disciplina mira a fornire una prima organizzazione a quella che lo stesso legislatore dell'epoca definisce come l'amministrazione sanitaria del Regno<sup>11</sup>.

Il medico condotto è scelto per chiamata diretta o selezionato per concorso, è nominato dal Comune e confermato dall'autorità medica provinciale<sup>12</sup>, ed è legato all'amministrazione locale da un rapporto contrattuale<sup>13</sup>. Svolge funzioni di igiene in qualità di ufficiale sanitario: in questa veste, egli ha obblighi di informazione nei confronti dell'amministrazione comunale (soprattutto in materia di malattie infettive e diffusive). È investito della cura degli indigenti, o degli infermi in generale, per quegli enti territoriali che prevedano, oltre alla copertura obbligatoria degli indigenti, anche un'ulteriore copertura estesa all'intera popolazione.

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

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

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

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

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

Ciò premesso, il raccordo tra diversi soggetti e tra funzioni – queste ultime non sempre nettamente distinte – resta caratterizzato da una indeterminatezza di fondo, che si accentua, peraltro, con l'affermarsi del sistema delle assicurazioni, quando al medico condotto e alle istituzioni di carità si affiancano anche le casse mutue<sup>14</sup>. Si solleva il dubbio, ad esempio, se – e fino a che punto, a fronte del potenziale intervento di istituzioni di beneficenza e assistenza, permanga l'obbligo in capo ai comuni di ricorrere ai medici condotti<sup>15</sup>. A dispetto di ciò, alla fine del XIX secolo, si ritiene che l'istituto “pubblico” della condotta medica, inizialmente impostato in via sussidiaria rispetto all'iniziativa privata di carità, vada assumendo i tratti del servizio pubblico<sup>16</sup>, proprio quando il servizio di assistenza sanitaria domiciliare svolto dal medico inizia a rappresentare la principale forma di cura anche per i poveri<sup>17</sup>.

La seconda figura è legata al sistema mutualistico, che, invece, si afferma verso la fine del XIX secolo<sup>18</sup>, trova rapido sviluppo negli anni Venti del secolo scorso, anche grazie alla progressiva attenzione nei confronti delle condizioni del lavoratore, che, con particolare riguardo alla considerazione della tutela della integrità fisica, ottiene riconoscimento formale nella Carta del lavoro del 1927.

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

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

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

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

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

Con riguardo agli iscritti, quella assicurativa si impone come opzione fondamentale di assistenza, quando si giunge all'assicurazione contro le malattie in genere<sup>19</sup>, oltre che per effetto della riunione degli enti mutualistici e delle casse nell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (Inam)<sup>20</sup>, e resta tale almeno fino alla istituzione del servizio sanitario nazionale.

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

Il cd. “medico della mutua” è legato alla cassa per mezzo della convenzione<sup>21</sup>, che gli garantisce un numero congruo di pazienti e una remunerazione su base forfettaria o per prestazione; gli altri professionisti si dedicano alla cura di quanti restino esclusi<sup>22</sup>.

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

L'eclissi del sistema è favorita, tra la fine degli anni Sessanta del secolo scorso e fino alla istituzione del servizio sanitario, dapprima dalla approvazione della legge di riforma del sistema ospedaliero<sup>23</sup>, seguita dai trasferimenti delle competenze alle regioni, fino alla introduzione della figura del medico di medicina generale, che in corso stesura del testo di

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

<sup>20</sup> Si cfr. la l. 11 gennaio 1943, n. 138.

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

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

<sup>23</sup> Si cfr. l. 12 febbraio 1968, n. 132 cd. legge Mariotti.

riforma del 1978 solleva vivace discussione in ordine alla scelta legislativa tra il regime di convenzionamento in libera professione e l'inquadramento come personale dipendente, risolta per mezzo di un compromesso che ci consegna la formulazione dell'art. 25, quale richiamata poc'anzi<sup>24</sup>. La figura giunge al tempo attuale, passando attraverso le diverse riforme di sistema e con qualche intervento mirato, di cui si dirà. Ai sensi dell'art. 8, comma 1, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, la disciplina del rapporto di lavoro tra medici di medicina generale e aziende sanitarie è rimessa agli accordi collettivi nazionali.

### ***3. L'attuale funzione e gli interventi intermedi***

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

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

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

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

<sup>24</sup> Ne riferisce ampiamente F. TARONI, *loc. cit.* ss.

diversificata non solo di compiti, ma anche di ruoli, la somma dei quali produce una sintesi che è richiamata solo in parte dai contenuti della funzione di assistenza territoriale, e in ordine alla quale è necessario svolgere alcune puntualizzazioni, di cui si dirà nelle riflessioni conclusive<sup>25</sup>. La posizione occupata dai medici di medicina oggi è quella di primo punto di contatto con il servizio sanitario nazionale per quanto riguarda le cure primarie. Nell'ultimo rapporto Oasi, tale funzione è declinata in più prestazioni, tra le quali l'attività di prescrizione di medicinali e presidi, la prescrizione e la visione degli esami, la condivisione di informazioni, la prenotazione di appuntamenti, il consulto telefonico, l'attività di visita a studio, e di visita ambulatoriale, cui si aggiunge la visita domiciliare, per le patologie croniche o acute, e l'attività di certificazione, compresa quella INPS, per un carico potenziale di 1300 assistiti per medico<sup>26</sup>.

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

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

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

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

attenzione in sede sovranazionale nelle direttive finalizzate prevalentemente alla formazione specifica nel quadro del riconoscimento dei titoli finalizzato alla libera circolazione dei medici<sup>27</sup>, correntemente recepite nel nostro ordinamento<sup>28</sup>. La preparazione professionale richiede oggi la laurea in medicina e chirurgia, il corso di formazione triennale in medicina generale previo superamento di un concorso per l'accesso e l'iscrizione alle graduatorie regionali<sup>29</sup>.

Nel terzo aspetto, la disciplina giuslavoristica e la relazione giuridica di inquadramento fanno riferimento agli accordi collettivi nazionali, nei quali si individua non solo il ruolo e la posizione all'interno del servizio sanitario ma anche la disciplina della professione o del rapporto di lavoro<sup>30</sup>. Si può anticipare sin da ora che quest'ultimo è uno dei profili – forse il più delicato – su cui la riforma attualmente in discussione mira ad incidere. La comprensione e lo sviluppo dei tre aspetti è rilevante per interpretare la discussione da una prospettiva e una dimensione critica. Questi punti rilevano non solo separatamente, ma anche nella loro combinazione e interazione.

Sono impegnate nella finalità di definire il ruolo occupato dai medici di famiglia oltre alle associazioni nazionali di categoria, anche organizzazioni “regionali” internazionali, che riuniscono i medici di famiglia, le loro organizzazioni professionali e gli istituti e i dipartimenti di formazione (se prendiamo a riferimento l'area europea *la World Organization of Family Doctors*, in quanto parte dell'Organizzazione Mondiale dei medici di famiglia). Nei documenti di queste associazioni si fa riferimento al medico di medicina generale come professionalità versatile, flessibile e multifunzionale: primo contatto, fonte di accesso diretto, responsabile della presa in carico dell'assistito e del coordinamento delle cure<sup>31</sup>. Pur se

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

<sup>28</sup> Si cfr. d.lgs. 17 agosto 1999, n. 368.

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

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

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

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

Nell'insieme, gli interventi svolti tra gli inizi e la fine degli anni Novanta del secolo scorso ad oggi hanno determinato importanti cambiamenti nella sanità italiana. La materia dell'assistenza territoriale, tuttavia, è rimasta in penombra almeno fino al primo decennio di questo secolo. A tale lacuna si è cercato di porre rimedio negli ultimi quindici anni. Quanto fatto sinora, tra riforme e controriforme, ha investito singoli aspetti della questione, almeno fino alla riorganizzazione proposta con d.lgs 13 settembre 2012, n. 158, convertito con l. 8 novembre 2012, n. 189. Nella ristrutturazione immaginata dal Ministro Balduzzi, l'assistenza di base assume una posizione centrale. Quell'intervento configura un passaggio importante, che ha avuto il merito di tracciare la direzione, portando in evidenza un elemento di carenza, intercettando quanto anticipato in diverse realtà regionali: la revisione tuttavia, per un verso, non ha potuto produrre un riordino complessivo, e, per l'altro, è rimasta in parte inattuata<sup>32</sup>.

Eppure, il riordino delle cure primarie è uno degli interventi di maggiore risonanza di quel provvedimento *omnibus*, che, con misure di vario oggetto, natura e applicazione – come, ad esempio, il ruolo dei medici di medicina generale<sup>33</sup> e i modelli organizzativi per l'assistenza territo-

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

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

riale<sup>34</sup> – si è posto l'ambizioso obiettivo di «promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»<sup>35</sup>.

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

Con lo sguardo allo stesso obiettivo, inoltre, il provvedimento disciplina le cd. aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie. Per quanto riguarda le condizioni di fornitura del servizio, il d.l. n. 158/2012 promuove il coordinamento tra le diverse strutture, per garantire l'adeguata turnazione – nell'arco della giornata, nonché nei giorni festivi e prefestivi – e richiede anche la realizzazione del collegamento telematico, per la raccolta e la disseminazione dei dati, ai fini della migliore organizzazione del servizio, secondo quanto previsto dalla disciplina del sistema informativo nazionale, anche in relazione alla tessera sanitaria<sup>36</sup>. Il rapporto di lavoro dei medici di famiglia resta inquadrato nella originaria natura convenzionale, producendo pochi effetti, se si eccettua qualche intervento negli accordi collettivi nazionali, comunque, distinti rispetto a quelli dei “colleghi” medici dirigenti dipendenti del servizio sanitario. Anzi, a sostegno della riorganizzazione, che in quel disegno le regioni devono attuare senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il comma 3, art. 1, d. l. n. 158/2012, postula il ricorso al personale dipendente del servizio sanitario nazionale in posizione di comando, anche per il tramite di procedure di mobilità, anche al di fuori del territorio interprovinciale.

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

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

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

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

Il momento decisivo per il definitivo riordino della assistenza territoriale giunge tuttavia, all'esito della valutazione degli effetti della pandemia e si verifica con gli interventi nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza<sup>37</sup>, che colloca la ridefinizione della sanità territoriale tra i principali obiettivi, oltre al ripensamento dei modelli di prestazione e delle formule organizzative per la prossimità delle cure, alla promozione della ricerca, dell'innovazione e della digitalizzazione.

L'attuale proposta di riforma che coinvolge direttamente e specificamente per la prima volta i medici di medicina generale è "anticipata" da un decreto del Ministro della Salute approvato in concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, che interviene sull'assistenza territoriale, individuando i modelli e gli standard<sup>38</sup>.

Il d.m. 23 maggio 2022, n. 77, cd. "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale", individua anche standard organizzativi e tecnologici omogenei, e procede a dare identificazione alle strutture, a compimento di uno tra gli obiettivi assegnati dalla Missione 6 del PNNR<sup>39</sup>.

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

#### ***4. La proposta in discussione: tra mito e realtà***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dato questo ristretto margine di manovra, il nodo dell'assistenza di base o delle cure territoriali è certamente uno dei più difficili da sciogliere. Se ampi e plurimi studi confermano l'apporto dei medici di medicina generale sul territorio, in termini di efficienza ed efficacia<sup>40</sup>, al tempo stesso restano altre esigenze, che sono emerse in tutta la loro drammaticità in occasione della diffusione della pandemia da Sars Covid, nel 2020 in particolare, ma che erano in verità già note, come si è cercato di dimostrare.

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

Senza contare che, messi in crisi nei precedenti storici, e particolarmente nel contesto di un sistema, quello delle mutue, che si caratterizzava per l'assistenza indiretta, nell'inquadramento di un modello di natura assicurativa, nell'opinione di chi scrive la posizione, il ruolo e la funzione del medico di medicina generale, oggi possono essere reinterpretati, in considerazione della sempre maggiore diffusione di un nuovo periodo "assicurativo", questa volta di natura privata. Un ruolo importante, in questo senso, anche di indirizzo e di responsabilizzazione del paziente<sup>41</sup>. Al di là dello scopo prospettato, ulteriori chiavi di lettura potrebbero condurre ad indicare altre ragioni oppure finalità differenti.

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

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

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

nei numeri: Agenas rivela che la somma dei medici generali in Italia è pari alla metà di quelli di Francia e Germania e la quantità è inferiore, per assistito, a Portogallo e Irlanda. Se la tendenza dovesse essere confermata, nel breve-medio periodo i medici di medicina generale potrebbero non essere sufficienti rispetto al bacino di utenza. A fronte di questo rischio ci si chiede se siano proprio quelle proposte le misure idonee ad invertire la tendenza descritta<sup>42</sup>.

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

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

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

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

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

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

Se la dimensione del loro intervento ha consentito la diffusione con capillarità dei rispettivi studi medici e ambulatori, il convenzionamento ha favorito la valorizzazione dell'elemento della autonomia<sup>43</sup>.

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

Si tratta di un ulteriore dato su cui riflettere, giacché porta con sé una dimensione di unicità di punto di riferimento, che ben si esprime nella terminologia ricorrente, attraverso il richiamo al cd. "medico di fiducia", che comunica una costanza di relazione e di connessione, palesa un legame e descrive una relazione, in termini di affidamento, che qualifica tanto il rapporto, quanto il trattamento rispetto ai propri assistiti<sup>44</sup>.

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

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

<sup>43</sup> Si v. C. MARI, in *questo Numero*.

<sup>44</sup> Si v. F. JACQUELOT, in *questo Numero*.

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

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

*Martina Conticelli*

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

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

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

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



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

Ines Ciolli\*

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

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

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

In una prospettiva integrata di tutela della salute, il ruolo del MMG risulta oggi ancor più centrale per le sue competenze a tutto campo, che sono generali e non generiche<sup>1</sup>.

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

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

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

Il modello Beveridge<sup>3</sup> ha trovato una sua applicazione in Italia solo trent’anni dopo l’entrata in vigore della Carta fondamentale, nonostante fosse invocato già da alcune proposte di legge circolate durante la Resistenza, che optavano per un modello alternativo a quello frammentato e classista adottato durante il regime statutario e poi dal regime fascista<sup>4</sup>. Molti furono i medici che sin dagli Anni Sessanta prepararono la strada al nuovo SSN: l’esperienza degli insediamenti nelle periferie delle città senza servizi e in precarie condizioni igieniche e sanitarie, quella delle difficili condizioni dei lavoratori delle fabbriche, chiamate a sostenere il peso dell’industrializzazione italiana rapida e selvaggia, esigevano una

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

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

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

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

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

tutela equa e universale<sup>5</sup>. In questa esperienza collettiva volta a dare piena attuazione dell'art. 32 Cost., i medici condotti del lavoro e gli epidemiologi, visto che conoscono i territori e le condizioni diseguali dei pazienti meno abbienti.

La figura del medico condotto, antesignano del medico di medicina generale, trova piena affermazione in Italia a partire dalla metà dell'Ottocento; è alle dipendenze dei comuni e si occupa della salute degli indigenti. Durante il Risorgimento e nell'Italia post-unitaria sono assai diffusi e presenti sul territorio<sup>6</sup>. Il loro contributo al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione italiana è rilevante anche per il fatto che partecipano a inchieste sulla povertà e contribuiscono con dati e proposte alla riforma sanitaria del 1888, la prima grande riforma che inserisce i medici condotti e i medici provinciali all'intero di una più ampia organizzazione sanitaria ancora di tipo gerarchico e centralizzato. La l. n. 5849 del 22 dicembre 1888, sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno, anche conosciuta come legge Crispi-Pagliani, dai nomi del Presidente del Consiglio e del medico e Professore universitario che l'aveva concretamente elaborata. Non solo la legge garantiva maggiori tutele, ma soprattutto prospettava una nuova organizzazione della sanità, ancora inserita nel Ministero dell'interno, ma dotata di una specifica e autonoma direzione di sanità pubblica<sup>7</sup>. La struttura organizzativa prevedeva anche una buona presenza sul territorio

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

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

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

nazionale, grazie alla rete di medici comunali e provinciali e ufficiali medici<sup>8</sup>. Il medico condotto continuava a essere un dipendente dei comuni, mentre il medico provinciale dipendeva gerarchicamente dal Prefetto. Si trattava, però, di medici chiamati a curare i soli indigenti, ai quali lo Stato provvedeva per l'assistenza chirurgica, ma in modo residuale, ovvero nei casi in cui non avessero già provveduto loro le opere pie e caritatevoli. Il medico condotto era assunto dai comuni con incarico triennale (art. 14, comma 3) per una tutela occasionale della salute dei meno abbienti. L'assunzione della tutela della salute a diritto fondamentale iscritto in Costituzione era del tutto incompatibile con l'assetto normativo e organizzativo precedente; eppure, fino alla promulgazione della l. n. 833 del 1978 la garanzia è riservata a pochi e non in modo continuativo; anche se si deve ricordare un primo tentativo volto ad affermare l'unità delle cure e dei servizi della salute nella l. n. 296 del 1958, che istituì il Ministero della sanità<sup>9</sup>. In verità, il fascismo aveva tentato di avviare un sistema pubblico di tutele sanitarie e previdenziali, rompendo con il periodo statutario precedente, ma non era riuscito a contenere la crescita esponenziale del sistema mutualistico legato alle professioni e alle imprese, che aveva dato vita a un "arcipelago" composto da piccoli enti mutualistici difficili da integrare e da sorvegliare in termini di costi, che infatti implosero già prima della riforma del 1978<sup>10</sup>. La continuità assistenziale e l'universalità del servizio trovano invece il loro fondamento nella l. n. 833 del 1978 che affida ai MMG un ruolo di attori dell'assistenza medico-generica e di garanti della continuità delle cure, come statuisce l'art. 25 della legge.

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

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

<sup>10</sup> *Ibidem*.

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

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

Il d.lgs. n. 502 del 1992 esplicita meglio il rapporto tra il MMG e il territorio perché lo inserisce a pieno titolo nel distretto e nelle attività complesse di quest'ultimo, creando un coordinamento tra figure professionali territoriali e tra il territorio e le strutture ospedaliere<sup>11</sup>. Nonostante la visione lungimirante della normativa, proprio la mancata attuazione di quel collegamento tra i diversi medici del distretto, tra questi, le strutture ospedaliere, gli ambulatori specialisti e persino le farmacie, ha reso più isolato il ruolo del MMG, che risente della mancata sinergia con altre figure mediche e altre istituzioni sanitarie, senza le quali una presa in carico integrata della salute diviene una utopia<sup>12</sup>. Tale decreto indirizzava verso un modello

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

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

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

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

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

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

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

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

L’esperienza della pandemia ha dimostrato quanto fosse lungimirante quel quadro organizzativo delineato dalla legge del 1978 e sempre tenuto in considerazione nelle riforme successive; lo stato di emergenza sanitaria che l’Italia ha conosciuto nella sua forma più tragica, ha evidenziato due fenomeni solo apparentemente contrastanti: la necessità contingente di un accentramento delle decisioni nelle istituzioni statali per governare l’emergenza e contemporaneamente l’esigenza di presidi decentrati sul territorio al fine di indirizzare con maggiore precisione ed efficacia gli interventi in caso di pandemie e di altri eventi sanitari che richiedono interventi tempestivi e mirati<sup>13</sup>.

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

Durante la pandemia il ruolo dei MMG è stato centrale all'interno dell'organizzazione territoriale e viceversa, nei territori ove la loro presenza era più scarsa, il sistema di allerta, di prevenzione e cura ha mostrato le sue vulnerabilità. La scelta da parte di alcune Regioni di potenziare l'eccellenza ospedaliera e garantire un'altissima specializzazione, piuttosto che puntare sull'assistenza capillare, non ha potuto garantire una efficace alternativa agli istituti di ricovero, aggravandoli oltre misura. Una diversa risposta al Covid-19 si è manifestata in Regioni con differenti forme di organizzazione sanitaria: il Veneto ha conosciuto una propagazione del virus e un'emergenza di minore intensità rispetto a quella della Lombardia, che fino a quel momento aveva scelto di non investire risorse consistenti nella medicina territoriale e aveva inoltre optato per un sistema di concorrenza tra pubblico e privato, che in condizioni emergenziali non ha garantito risultati ottimali<sup>14</sup>.

L'esperienza della pandemia ha inciso profondamente sulle scelte sanitarie che sono alla base della Missione 6 del PNRR<sup>15</sup>. Si tratta della Missione meno finanziata dal Piano di ripresa e resilienza, proprio per questo si sono volute convogliare le risorse su finalità e obiettivi concreti, quale il

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

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

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

rafforzamento della medicina territoriale e l'integrazione sociosanitaria<sup>16</sup>. Già prima della pandemia la l. n. 328 del 2000 aveva risposto all'esigenza di connessione tra salute e condizioni sociali e aveva riportato all'attenzione del legislatore il tema delle disuguaglianze e dei divari territoriali, che possono trovare una soluzione anche grazie alla presenza di presidi diffusi, volti a garantire prevenzione e prime cure meno costose, ma efficaci quando sono tempestive. Per questo la Missione 6 ha voluto dare spazio alle case della salute e agli ospedali di prossimità, strutture meno complesse degli istituti di ricovero ordinari, ma in grado di dare risposte alla maggior parte della domanda di salute. Le case della salute devono essere congegnate per consentire risposte articolate a diversi bisogni della popolazione. Al d.l. n. 77 del 2021 hanno fatto seguito la l. n. 234 del 2021 e il d.m. 77 del 2022 che completano il quadro definendo modelli e standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale.

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

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

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

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

sia volontario e si tratti dunque di una scelta discrezionale dei medici di famiglia oppure si tratti di una nuova competenza che dovrà essere disciplinata dal legislatore e dall'accordo collettivo nazionale. È parimenti oscura la natura dell'accordo che deve intercorrere tra una struttura privata (gli ambulatori dei MMG) e le case di comunità, istituzioni del SSN. L'ultimo accordo collettivo nazionale, che è parte integrante della convenzione tra i MMG e lo Stato, risale al 2022 e non era stato ancora in grado di fornire una visione più dettagliata della disciplina, ma la scadenza proprio nel 2025 dovrebbe indurre a una più attenta valutazione delle questioni che riguardano tali aspetti, non certo secondari. Al momento, però, e fino a nuova contrattazione, non è escluso che soluzioni interpretative temporanee possano trovarsi negli accordi regionali integrativi, abilitati a diversificare sul territorio le generiche indicazioni prospettate dal d.m. 77 del 2022<sup>17</sup>. Nondimeno, dovrà essere tempestivamente risolta sia la questione della eventuale trasformazione del rapporto in regime di convenzione in un rapporto di lavoro alle dipendenze del SSN<sup>18</sup>, sia quella della suddivisione dei tempi di lavoro che il MMG dovrà dedicare all'interno delle Case di comunità e quello che invece dovrà garantire ai pazienti negli studi medici<sup>19</sup>, oltre al tema del numero massimo consentito di assistiti per medico di famiglia e la loro formazione specialistica.

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

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

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

Quanto al primo punto, che riguarda il regime di convenzione, oggi sottoposto a un ripensamento, è esso stesso problematico perché oggetto di una stratificazione normativa multilivello, a mo' di "scatole cinesi"<sup>20</sup>, che accoglie fonti di varia natura nelle quali non è sempre agevole rintracciare le gerarchie e le competenze tra lo Stato e le Regioni sulle quali è più volte intervenuta la Corte costituzionale<sup>21</sup>, ma non ancora il legislatore per operare una riforma organica<sup>22</sup>. Oggi che la questione è al centro del dibattito politico, una revisione è ancora più urgente.

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

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

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

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

<sup>23</sup> Sent. n. 293 del 1997 punto 3.1 del *Considerato in diritto*.

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

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

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

In sintesi, il rapporto di lavoro tra i medici di famiglia e lo Stato si configura come un rapporto di para subordinazione, ormai non così diverso da quello che si instaura nel pubblico impiego privatizzato<sup>25</sup> che vede in entrambi i casi una disciplina che è la risultante dell'integrazione tra la normativa statale e la contrattazione collettiva nazionale. Quel che invece è di interesse è l'entrata in vigore dell'accordo collettivo nazionale del 2024, approvato in Conferenza Stato Regioni nell'aprile 2024, a partire dal gennaio 2025, che prevede un ruolo unico del medico di assistenza primaria che sarà obbligatorio per i nuovi di MMG e costituirà invece una opzione per coloro che sono già in attività. L'accordo prevede una divisione del tempo di lavoro tra il proprio studio medico e le aggregazioni

<sup>24</sup> *Ibidem*.

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

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

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

Diversa è invece la previsione di un collegamento diretto tra MMG e telemedicina, che potrebbe ovviare a una scarsità di medici di famiglia nei territori più impervi della Penisola. Poter sorvegliare continuativamente gli assistiti più vulnerabili è la sfida del presente, ciò anche in considerazione del fatto che la popolazione italiana è sempre più anziana. Un punto che merita una profonda revisione è quello della formazione dei MMG, che dovrebbe anch'essa essere oggetto della potestà legislativa statale<sup>26</sup>.

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

È soprattutto l'art. 21 del d.lgs. n. 368 del 1999 che disciplina il percorso formativo del medico di famiglia. Stabilisce, altresì, che «per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale nell'ambito del servizio sanitario nazionale è necessario il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale»<sup>27</sup>. La cronica scarsità dei medici, unita all'emergenza pandemica, aveva consentito sia interventi statali delle Regioni in materie statali, sia la frequenza in via eccezionale della scuola di specializzazione (art. 24, comma 3) a tempo parziale da parte dei medici. Tali condizioni emergenziali devono però essere superate da normative chiare e generali. Nel dettaglio, il d.lgs. n. 368 del 1999 prevede specifiche norme al Capo I per la formazione dei medici di medicina generale e all'art. 24 prevede una formazione *post lauream* triennale con un impegno a tempo pieno, corredato da un obbligo di frequenza (art. 24, comma 2). Le Regioni sono chiamate a organizzare i corsi con bandi regionale e ciò esclude dalla preparazione le Università, alle quali fanno capo tutte le altre specializzazioni mediche. Un rilancio dei MMG non può continuare a prevedere un percorso distinto, anche se nemmeno i disegni di legge presentati nella XIX Legislatura si accingono a disciplinare questo punto nevralgico<sup>28</sup>. Nel frattempo, la condizione attuale di penuria di MMG su alcuni territori ha costretto le Regioni a trovare rimedi non sempre, però, in linea con il dettato costituzionale. La Regione Veneto nel Piano sociosanitario regionale 2019-2023, approvato con l.r. n. 48 del 2018, sceglie di implementare l'organico stipulando contratti a tempo determinato di medici non specializzati e non iscritti alle scuole di specializzazione. Il requisito del possesso della specializ-

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

<sup>27</sup> Lo ricorda la Corte costituzionale nella sent. n. 38 del 2020.

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

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

zazione è però condizione necessaria per partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza sanitaria, e tale requisito integrerebbe un principio fondamentale (perciò di competenza statale) in materia di tutela della salute, cui le Regioni non potrebbero derogare. È pur vero che lo stesso legislatore statale ha consentito una flessibilità in merito ai requisiti, prevedendo in più occasioni, per far fronte alla carenza di personale sanitario specializzato, la possibilità di stipulare contratti a termine anche di lavoro autonomo, talora per i soli specializzandi e talaltra per i laureati abilitati, così da fronteggiare l'emergenza con soluzioni temporanee<sup>29</sup>. La l.r. n. 12 del 2022 sempre del Veneto modificava la l.r. del 2018 (piano sociosanitario 2019-2023) aggiungendo un sottoparagrafo contenente disposizioni in materia di incremento di massimali nell'assistenza primaria, assegnati ai medici in formazione specifica in medicina generale. In piena emergenza pandemica, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e di scongiurare la possibilità di interruzioni di pubblico servizio nell'assistenza territoriale, ha previsto incarichi temporanei di assistenza primaria che la Regione poteva assegnare ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale prevedendo un massimo di 1.000 assistiti per il primo anno, e di 1.200 assistiti per gli anni successivi al primo. E tali ore di assistenza primaria potevano essere computate come ore di attività pratica nel corso di formazione specifica in medicina generale. Si trattava, insomma, di un impiego di specializzandi sottratti alla formazione per esigenze di personale in modo da risolvere temporaneamente una emergenza.

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

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

rapporto di lavoro dei MMG prevedendo concorsi cui si poteva accedere senza la specializzazione perché si tratta di una competenza statale in materia di ordinamento civile<sup>30</sup>. Quanto però all'indicazione di massimali diversi nella legge regionale rispetto a quelli indicati dall'accordo collettivo nazionale (1500) la Corte apre un varco, ritenendo non vi sia una violazione di quest'ultimo perché in presenza di condizioni emergenziali si assegna agli specializzandi un numero ridotto di assistiti e trattandosi di specializzandi iscritti al corso erogato a tempo parziale e non a tempo pieno.

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

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

ed eccezionale» queste non potevano essere ulteriormente derogate dalla legislazione regionale<sup>31</sup>. Si apre però la strada a soluzioni occasionali, emergenziali e diversificate che non concorrono a una disciplina omogenea e chiara che spetta proprio per questo al legislatore nazionale. La legislazione più recente ha ulteriormente consentito, sia pure in via transitoria e al precipuo scopo di far fronte a situazioni di grave carenza di personale sanitario, la possibilità, per i medici in formazione in medicina generale, di instaurare rapporti convenzionali a tempo determinato con il servizio sanitario nazionale, di assumere incarichi temporanei di assistenza primaria o incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale convenzionati con il servizio sanitario nazionale, nonché di iscriversi negli elenchi della guardia medica e della guardia medica turistica. La preoccupazione è che in assenza di una riforma organica si proceda per successive eccezioni che colmano le lacune sotto il profilo organizzativo, ma non possono disporre di soluzione efficaci nella prospettiva di una piena tutela della salute dei cittadini<sup>32</sup>. Una maggiore discrezionalità in merito ai massimali è stata riconosciuta dal giudice costituzionale anche nella recente sent. n. 26 del 2024. La l.r. della Regione Sardegna n. 5 del 2023 ha disposto l'innalzamento del massimale fino al limite massimo di 1.800, su base volontaria, per i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria che operano in aree disagiate per garantire l'assistenza (art. 1, comma 1). Secondo la Corte

<sup>31</sup> Corte cost. n. 112 del 2023, punto 3.1.1 del *Considerato in diritto*.

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

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

costituzionale non sussiste una violazione della competenza statale, perché sotto il profilo finalistico è la tutela della salute (materia concorrente) che prevale e non l'ordinamento civile<sup>33</sup>. Non si può nemmeno addurre una violazione della normativa statale in merito alla contrattazione collettiva nazionale, perché l'intervento normativo regionale è disposto nelle more dell'approvazione dell'Accordo Integrativo regionale (AIR), che può sempre consentire l'innalzamento del massimale fino al limite di 1.800 – scelte che l'AIR stesso può prevedere perché ai sensi dell'art. 38, comma 2, ACN – ne attesta il carattere contingente e temporaneo in funzione di raccordo con l'assetto che verrà definito in via strutturale dalla negoziazione collettiva di secondo livello.

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

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

<sup>34</sup> Punto 2.3 del *Considerato in diritto* della sent. n. 124 del 2023.

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

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

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

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

È il medico che garantisce la continuità di cura nel tempo e una relazione stabile con i propri assistiti e spesso anche con gli altri componenti del nucleo familiare. Ciò gli consente una accurata conoscenza delle problematiche sanitarie, dello stile di vita, della situazione socioeconomica e familiare dell'assistito. La continuità della relazione permette, inoltre, di poter lavorare sul piano motivazionale sul lungo periodo, avvalendosi peraltro di tempi di osservazione molto lunghi<sup>36</sup>. Ciò potrebbe rivelarsi un vantaggio di non poco conto perché tali caratteristiche consentono al medico di famiglia di raccogliere dati altrimenti difficili da reperire per accurate indagini epidemiologiche, ponendoli così anche al centro di attività di ricerca, se coinvolti nella raccolta dati con metodo e secondo standard scientifici, sfruttando questo capitale di dati storici, non specialistici, accurati e capaci di ricostruire storie sanitarie individuali e

<sup>35</sup> *Ibidem*.

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

famigliari<sup>37</sup>. La capillarità dei medici di medicina generale li rende altresì soggetti di particolare importanza per quel che riguarda la prevenzione e da tempo alcune Regioni li coinvolgono nell'individuazione dei soggetti da sottoporre a *screening* e nella somministrazione degli stessi. Al contempo, l'attività di cura e prevenzione deve svolgersi anche con nuovi strumenti e la telemedicina, già sperimentata durante la pandemia, può facilitare il lavoro del MMG nella relazione con pazienti cronici e con gli anziani e i vulnerabili<sup>38</sup>.

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

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

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

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

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

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

In questo contesto di consumo di prestazioni, il compito dei Medici di medicina generale diventa centrale. È però necessario riconoscerli un ruolo istituzionale di dissuasione da questo processo estremo e non virtuoso, per esempio sottoponendo anche le prestazioni private a una qualche forma di prescrizione che le giustifichi<sup>39</sup>.

Senza un riconoscimento giuridico e politico di questo ruolo di cura e prevenzione, si rischia di seguire le orme dell'Inghilterra ove il MMG è stato accantonato dagli stessi cittadini e dal sistema sanitario privato che può inviare al domicilio di chiunque lettere con proposte di *screening*, non sempre adeguati e necessari e in alcuni casi addirittura dannosi<sup>40</sup>. Il fenomeno del "*disease awareness*" è difficile da contrastare e comporta anche una circolazione delle informazioni relative alla salute e alle

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

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

malattie umane attraverso compagne pubblicitarie riferite a eventuali prestazioni di cura e prevenzione che non sono vietate dalla legge<sup>41</sup>. Questa modalità di comunicazione spesso si salda alla pratica definita “*disease mongering*”, ovvero l’attività di medicalizzazione di pazienti giustificata dal progresso e dall’aumento delle patologie che possono essere curate, al fine di espandere il mercato di medicinali e di prestazioni<sup>42</sup>. In un modello di consumo di prestazioni e di monetizzazione della salute, il sistema equo ed universale soccombe e con esso anche il ruolo del MMG<sup>43</sup>.

La difesa del ruolo del MMG e anzi un suo rilancio è dunque strettamente legato al rilancio del SSN per come è stato congegnato nel 1978 e non nella sua più recente evoluzione che lo definisce ormai un *sistema* sanitario nazionale composto da strutture pubbliche e private che a volte operano e in un regime di competizione<sup>44</sup>.

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

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

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

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

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

svolti e spesso in ombra poiché i MMG collaborano già, ad esempio, con l'Istituto superiore di sanità come medici sentinella nei sistemi di allerta influenza e Covid-19. Su queste nuove sfide deve essere concentrata la riforma ormai necessaria per uniformare un ruolo che costituisce uno snodo di salute primaria poco costoso ed efficace, come rileva anche il Rapporto OCSE 2025, che vede nel rafforzamento delle cure primarie la soluzione più efficace ed economica, capace di evitare la più costosa ospedalizzazione<sup>45</sup>.

Si tratta, insomma, di una sfida complessa anche per i medici di base che hanno più volte sostenuto il SSN dagli attacchi, già assai incisivi<sup>46</sup>, sferrati dai grandi gruppi privati che agiscono ormai in competizione con il servizio pubblico e convenzionato, non sempre ad armi pari<sup>47</sup>.

General Practitioners and the National Health Service. A constitutional perspective

*Ines Ciolli*

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

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

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

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

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

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

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

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



# I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale

*Fabio Giglioni\**

## 1. *Premessa*

Nella storia d'Italia la figura del medico di fiducia ha giocato un ruolo importante. Soprattutto nelle aree meno urbanizzate, che per lungo tempo hanno dominato la realtà geografica nazionale, il “medico condotto” ha rappresentato un simbolo rilevante al pari del sindaco e del sacerdote per la sua particolare capacità di abbinare le conoscenze mediche con un ruolo anche di sostegno sociale. In un paese in cui la centralità dell'ospedale e dell'assistenza rappresenta un tratto identitario forte nell'approccio con i temi della tutela della salute, la fiducia riservata a rapporti personali con il medico “scelto” ha stabilito gli elementi di un'altra vicenda che ha permesso di associare i profili sanitari con quelli sociali.

Nel tempo, ovviamente, questo elemento peculiare della vita nazionale ha mutato forme e contesti e si è trasformato molto<sup>1</sup>. La pandemia del 2020 ha rappresentato un'occasione in cui la relazione tra territorio, servizi sanitari e comportamenti sociali ha guadagnato una centralità sconosciuta negli ultimi decenni, creando le condizioni per un ripensamento dei servizi sanitari che in questo saggio si intendono affrontare. L'esame sarà condotto con specifico riferimento al servizio sanitario nazionale (SSN) italiano, mettendo in evidenza come la funzione del medico di fiducia si è affermata e come si accinge a essere modificata.

## 2. *Il modello polarizzato dell'assistenza territoriale delle origini*

Sulla disciplina originaria dei medici di medicina generale (MMG) ha pesato significativamente l'eredità storica del precedente sistema delle

\* Professore Ordinario di Diritto Amministrativo, Università “La Sapienza” di Roma.

<sup>1</sup> Si veda tra gli altri F. TARONI, *La sanità in Italia dall'Unità al Servizio sanitario nazionale*, in F. CALAMO SPECCHIA (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, Rimini, Maggioli, 2015, pp. 215 ss.

mutue<sup>2</sup>. Non è un mistero, infatti, che l'istituzione del SSN sia stata anche il frutto di una reazione alla diffusa insoddisfazione verso il regime mutualistico. Il meccanismo non governato delle notule dei medici delle mutue aveva prodotto molteplici distorsioni sotto il profilo dell'appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni mediche di assistenza, scarsa capacità di governo delle risorse economiche e una competizione professionale altamente scorretta che aveva alimentato un forte sentimento di sfiducia tra i cittadini. Ne è prova il dibattito che ha preceduto l'approvazione della l. 23 dicembre 1978, n. 833 nel quale si è registrata una forte tensione tra le forze politiche e le organizzazioni rappresentative dei medici generalisti che sfociò poi nel compromesso finale<sup>3</sup>: l'istituzione di un inedito sistema pubblico di protezione della salute, diffuso sul territorio e a carattere universalistico, veniva così reso compatibile con soluzioni che consentivano la contestuale conservazione della natura libero professionale dei medici generici<sup>4</sup>. In realtà, la legge istitutiva del SSN non aveva operato una scelta precisa, dal momento che l'art. 25, c. 3, prevede ancora oggi che l'assistenza medica-generica e pediatrica può essere prestata dal personale dipendente o da quello convenzionato con il SSN. Questa soluzione "aperta" rifletteva l'acceso dibattito che aveva

<sup>2</sup> Sul punto si veda G. VICARELLI, *Professioni e Welfare State: i medici generici nel Servizio Sanitario Nazionale*, in *Stato e mercato*, 1986, pp. 108-109. Cfr. anche G. COSMACINI, *Il medico della mutua: storia di una istituzione e di un mestiere*, Milano, Pantarei, 2022; F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 3, p. 539 ss.; F. CALAMO SPECCHIA, *Dalla legge n. 833/1978 ai giorni nostri: un passo avanti e tre indietro?*, in Id. (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, Rimini, Maggioli, 2015, p. 213. F. TARONI, *Le politiche sanitarie in Italia. Il servizio sanitario in prospettiva storica*, Roma, 2011, *passim*.

<sup>3</sup> Per una rievocazione puntuale della storia dei medici di fiducia e del compromesso realizzato con l'istituzione del SSN si veda G. VICARELLI, *Professioni e Welfare State: i medici generici nel Servizio Sanitario Nazionale*, cit., pp. 110-112; G. VICARELLI, *Medicus Omnium. La costruzione professionale del Medico di medicina generale (1945-2005)*, in C. CIPOLLA, C. CAMPOSANTO, W. TOUTSIJN (a cura di), *I Medici di medicina generale in Italia*, Milano, Franco Angeli, 2006, pp. 69-72.

<sup>4</sup> Cfr. N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, Milano, Giuffrè, p. spec., I, 2003, pp. 667-668. Nel corso dei decenni successivi questo equilibrio è stato mantenuto sebbene le posizioni iniziali si siano modificate. Il convenzionamento è risultato uno strumento di regolazione molto pervasivo che, a dispetto di quanto era previsto in una fase iniziale nella quale sembrava pensato per esaltare la libera professione, ha ristretto invece le maglie dell'autonomia organizzativa dei medici generici.

preceduto la riforma<sup>5</sup>. Saranno i primi accordi definiti a livello nazionale con le organizzazioni rappresentative dei MMG a rendere di fatto operativa l'opzione del mantenimento della libera professione<sup>6</sup>.

Ciò spiega, peraltro, perché l'art. 48, l. n. 833/1978, ha concentrato le sue attenzioni a definire le coordinate e i vincoli della disciplina dei medici generici, rinviando al momento della convenzione le ricadute più strettamente organizzative<sup>7</sup>. Lo strumento delle convenzioni è divenuto così la vera fonte di regolazione dei profili organizzativi. Malgrado la scelta risentisse di peculiarità tutte nazionali, deve essere osservato che essa risultava in ogni caso fedele a quella adottata dal Regno Unito, a cui il SSN si era dichiaratamente ispirato<sup>8</sup>. Nel complesso, dunque, la scelta di conservare una parte dei servizi sotto forma di esercizio di attività libero-professionale era coerente con il principale modello di riferimento preso a confronto nel 1978.

A seguito dei primi accordi di livello nazionale poi si delineava più precisamente il profilo del servizio di medicina generale cui sostanzialmente si chiedeva l'assolvimento delle seguenti funzioni: a) essere il primo contatto necessario, anche se non esclusivo, per le prestazioni di secondo e terzo livello offerte dal SSN; b) fornire un'assistenza non specialista ma disponibile a valutare tutti i problemi di salute rappresentati; c) svolgere in parte minima anche prestazioni di cura; d) garantire la continuità dell'assistenza del paziente nel tempo; e) svolgere una funzione di registrazione amministrativa delle condizioni di salute dell'assistito. Nell'insieme era riservato ai MMG un ruolo cruciale per conto del SSN, esercitato da una posizione che manteneva alcuni tratti

<sup>5</sup> Si veda E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti supreme e salute*, 2019, 2, pp. 262-263.

<sup>6</sup> Sul carattere peculiare del sistema di regolazione della professione dei MMG all'interno delle coordinate del diritto del lavoro si rinvia al contributo di Paola Bozzao, presente nello stesso fascicolo di questa *Rivista*.

<sup>7</sup> L'analisi del rilievo organizzativo delle convenzioni è stata svolta da Chiara Mari all'interno dello stesso fascicolo di questa *Rivista*, a cui si rinvia.

<sup>8</sup> G. GIARELLI, *Variazioni di ruolo del Mmg nei sistemi sanitari: un profilo comparato internazionale*, in C. CIPOLLA, C. CAMPOSANTO, W. TOUSIJN (a cura di), *I Medici di medicina generale in Italia*, Milano, Franco Angeli, 2006, p. 28.

specifici dei medici mutualisti, come ad esempio la lista degli assistiti, ma dentro un contesto profondamente modificato.

Nei fatti il servizio di medicina generale fondato su convenzionamento ha dato forma così alle garanzie di cure primarie del SSN, contribuendo a definire una delle componenti dell'assistenza territoriale. Tale sottolineatura appare molto importante perché l'ambiziosa costruzione di un sistema universalistico e globale teso a – come ancora recita l'art. 2, c. 2, l.n. 833/1978 – superare gli squilibri socio-sanitari del paese, rimuovendo le cause di disagio anche in funzione preventiva, richiedeva un deciso investimento sull'assistenza territoriale dei servizi di cura<sup>9</sup> e risulta così significativo che un interesse pubblico così rilevante fosse fatto dipendere da professionisti privati legati al SSN solo tramite convenzione.

L'architettura dei servizi primari non si esauriva però con i MMG: l'altra componente dell'assistenza territoriale era rappresentata dai distretti sanitari delle Usl. L'assistenza territoriale delle origini risultava così polarizzata secondo uno schema binario: da un lato, le cure primarie a carico di professionisti privati, dall'altra, un'ampia gamma di funzioni e servizi di prevenzione e assistenza socio-sanitaria rimessa a soggetti di diritto pubblico, i distretti sanitari. In sostanza, si è creato un sistema bipolare eterogeneo e scarsamente coordinato<sup>10</sup>.

Gli unici legami erano dati dalle convenzioni individuali tra Usl e singoli MMG, peraltro largamente condizionate dagli accordi nazionali e dalle convenzioni regionali, e dalla funzione di "filtro" da parte dei MMG nell'accesso alle prestazioni specialistiche aventi luogo nei distretti. Si noti che in questo modo la disciplina dissipava una delle doti più significative della figura di retaggio storico a cui si ispirava il MMG, ovvero la dotazione di una cultura di medicina sociale<sup>11</sup>. Il sistema polarizzato di assistenza territoriale depotenzia in modo considerevole il patrimonio informativo a disposizione dei MMG, i quali quasi sempre sono nella con-

<sup>9</sup> Cfr. N. AICARDI, *La sanità*, cit., p. 639.

<sup>10</sup> Cfr. C. BODINI, A. STEFANINI, *Le cure primarie (PHC)*, in F. CALAMO SPECCHIA (a cura di), *Manuale critico*, cit., p. 213.

<sup>11</sup> Interessante e meritevole è il ricordo di Elio Guzzanti proposto di recente in A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio: lavoro organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, 2023, 3, p. 510, considerate le sue attenzioni al tema della necessità di preservare l'eredità migliore dell'esperienza del medico condotto.

dizione di situare le conoscenze di salute degli assistiti dentro un quadro di conoscenze estese anche al contesto familiare e sociale, sprecando così informazioni estremamente preziose per una presa in carico efficace e tempestiva degli assistiti. La polarizzazione dell'assistenza territoriale e gli scarsi legami tra i poli costitutivi della stessa compromettono di gran lunga la funzione preventiva e di cura delle malattie cronicizzate.

### ***3. I tentativi non riusciti di procedere all'integrazione dei servizi di assistenza territoriale***

Le conseguenze dovute alla divaricazione dai servizi di assistenza territoriale e alla minimizzazione della capacità dei MMG di contribuire a un'effettiva presa in carico dei pazienti sono risultate evidenti durante la gestione della pandemia, quando è divenuta palese la debolezza del SSN proprio sul terreno della prevenzione sanitaria e sociale. Infatti, nonostante non siano mancati tentativi di superare tale impostazione nel corso degli anni successivi, il modello rappresentato è rimasto pressoché inalterato su quasi tutto il territorio nazionale. Sono quattro le ragioni che spiegano ciò.

In primo luogo, c'è da registrare che in occasione degli interventi di riforma del SSN, avvenuti a cavaliere del passaggio dal XX al XXI secolo, non sempre l'assistenza territoriale è stata oggetto di specifica attenzione. Ad esempio, nella riforma del biennio 1992-1993, che ha costituito di gran lunga quella che più ha segnato la trasformazione del SSN, l'impatto del tema qui analizzato è stato trascurabile. Sebbene l'intervento legislativo di riforma abbia interessato tanto le Usl e la loro articolazione territoriale quanto la disciplina dei MMG, non si rintracciano soluzioni tese a superare il modello iniziale. Anzi, al contrario, si registra un allentamento anche delle originarie forme di integrazione tra territorio e assistenza ospedaliera che il SSN aveva perseguito. L'ancoraggio delle Usl alle Regioni, la riduzione del loro numero e la fuoriuscita delle aziende ospedaliere dalle Usl hanno contribuito anche alla separazione tra territorio e ospedali, rendendo il sistema ancora più frammentato<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> In questa fase storica i MMG hanno però svolto una funzione di difesa del SSN rispetto a politiche chiaramente tese all'indebolimento complessivo del disegno istituzionale delle origi-

Quanto appena detto non può essere ripetuto con riferimento alla seconda grande riforma del SSN, quella avvenuta con il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229<sup>13</sup>. In effetti, il tema di un maggiore coordinamento nell'ambito dell'assistenza territoriale entra negli obiettivi delle riforme legislative, come testimoniano chiaramente gli articoli 3-*quater*, 3-*quinquies* e 3-*sexies* del d.lgs. n. 502/1992. Il distretto sanitario è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economica e ha il fine di assicurare i servizi di assistenza primaria e di secondo livello, anche a carattere socio-sanitario, da integrare con gli altri servizi di prevenzione predisposti sul territorio<sup>14</sup>. In particolare, gli articoli art. 3-*quinquies* e 3-*sexies*, d.lgs. 502/1992, delineano la necessità di sviluppare quattro livelli di integrazione: 1) l'integrazione multidisciplinare a livello di assistenza primaria; 2) l'integrazione orizzontale tra MMG e altri servizi territoriali, compresi anche quelli di natura ospedaliera; 3) il rafforzamento dei *relais* con i comuni per l'assistenza integrata socio-sanitaria; 4) l'integrazione tramite coinvolgimento della *governance*, prevedendo la presenza di un rappresentante delle diverse categorie di MMG nell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali. Si è trattato di interessanti novità che però hanno dovuto fare i conti con la riforma del Titolo V della Costituzione di due anni dopo e di una malintesa interpretazione della stessa riforma costituzionale<sup>15</sup>. Infatti, avendo le norme menzionate affidato alle regioni il compito di realizzare tali forme di integrazione, l'effettività delle previsioni normative del 1999 si è dimostrata scarsa. L'inerzia regionale associata a un abbandono del territorio da parte delle autorità sanitarie nazionali per tutto ciò che riguardava l'organizzazione, in nome di una presunta intangibilità

ni, come testimonia lo studio di G. VICARELLI, *Medicus Omnium. La costruzione professionale del Medico di medicina generale (1945-2005)*, cit., pp. 81-82.

<sup>13</sup> In questo senso anche E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, cit., pp. 264-265; R. BALDUZZI, *I servizi pubblici e la dimensione imprenditoriale della pubblica amministrazione. Salute e assistenza sociale*, in AA.VV., *L'attuazione del titolo V della Costituzione*, Milano, Giuffrè, 2005, pp. 477 ss.

<sup>14</sup> Sugli effetti e sui commenti della dottrina giuridica della riforma del 1999, anche con riferimento al potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria, si veda F. POLITI, *La razionalizzazione del San nel 1999*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 3, pp. 575 ss.

<sup>15</sup> Così I. CIOLLI, *Principio di uguaglianza, tutela della salute e regionalismo a più velocità*, in ID. (a cura di), *Salute diseguale*, Napoli, Editoriale scientifica, 2024, pp. 240-242; G.M. RACCA, *Salute*, in *Enc. dir. - I Tematici*, 2022, pp. 1006-1007.

dei profili organizzativi rimessi alle Regioni dalla riforma costituzionale, ha prodotto il risultato già ricordato. Le blande indicazioni provenienti dal livello nazionale con i Piani sanitari nazionali hanno trovato limitata attuazione<sup>16</sup>.

Il tentativo più significativo di superamento della polarizzazione dell'assistenza territoriale è stato perseguito con l'art. 1, d.l. 13 settembre 2012, n. 158 che, tra le altre cose, ha modificato in modo consistente l'art. 8, d.lgs. n. 502/1992. La riforma ha riguardato proprio la disciplina dei MMG, indicando alcuni indirizzi da seguire da parte delle Regioni<sup>17</sup>. In particolare, la previsione delle aggregazioni funzionali territoriali a carattere monoprofessionale e delle unità complesse di cure primarie a carattere interdisciplinare avrebbero dovuto determinare il superamento definitivo dello studio privato unipersonale in funzione dell'avvio di un processo di integrazione territoriale che avrebbe dovuto essere sia professionale sia tra servizi. Accanto a un sicuro potenziamento del carattere prescrittivo delle regole che sono intervenute direttamente sui margini di negoziazione convenzionale, la riforma del 2012 si caratterizza anche per alcune novità rilevanti come quella degli obblighi di copertura del servizio di cure primarie, della previsione della dotazione di un budget proprio per le unità multiprofessionali e della partecipazione obbligatoria dei MMG ai sistemi informativi regionali, nonché alle procedure telematiche predisposte per il conseguimento degli obiettivi di dematerializzazione. Gli interventi del legislatore statale, in realtà, non rappresentavano una novità assoluta, in parte perché le aggregazioni professionali e le integrazioni dei servizi erano state praticate da alcune (poche) Regioni<sup>18</sup> e in parte perché alcuni degli obblighi erano stati già

<sup>16</sup> La vicenda è ripercorsa precisamente da E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, cit., pp. 265-267.

<sup>17</sup> Cfr. D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 3, pp. 595 ss.; M. CONTICELLI, "Decreto Balduzzi". *Lavori in corso nel servizio sanitario: molto rumore per...?*, in *Gior. dir. amm.*, 2013, pp. 485 ss.

<sup>18</sup> Per un'analisi di quello che è stato compiuto sul territorio si veda C.G. DE GREGORIO, G. GENTILI, F. MUNARI, *Il distretto e il territorio*, in F. CALAMO SPECCHIA (A CURA DI), *Manuale critico*, cit., pp. 435-439.

assunti e definiti in sede convenzionale<sup>19</sup>; tuttavia, per la prima volta, la regolazione sui profili organizzativi raggiungeva il livello di fonte primaria con l'evidente obiettivo di invertire la tendenza seguita fin lì di rimettere alle sole Regioni la cura di tali aspetti<sup>20</sup>. Ciò non è bastato per vedere realizzati sul territorio i cambiamenti auspicati. Da un lato, infatti, solo una minoranza delle Regioni ha proceduto a dare attuazione alla riforma<sup>21</sup>, dall'altro, anche quando vi hanno provveduto, hanno agito nel vuoto di standard, cosicché le applicazioni realizzate hanno riguardato raramente tutto il territorio regionale, non garantendo la capillarità del nuovo sistema organizzativo<sup>22</sup>.

Più in generale non può non osservarsi che la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale è stata per oltre trent'anni largamente sottovalutata<sup>23</sup>. Le politiche pubbliche sanitarie perseguite a partire dagli anni Novanta hanno impoverito il significato da attribuire agli obblighi di servizio pubblico, rendendo progressivamente il SSN un sistema focalizzato sulla capacità di rispondere alla domanda di salute invece di prevenirla<sup>24</sup>. Ciò ha assecondato una tendenza ben presente nella cultura

<sup>19</sup> Sul punto cfr. ancora E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, cit., pp. 273-275. Cfr. anche T. ANDREANI, *Il servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, in *Rivista di BioDiritto*, 2023, 1, pp. 350-351.

<sup>20</sup> Sul fatto che la regolazione dei profili organizzativi è stata rimessa principalmente agli accordi nazionali e alle convenzioni insiste in modo convincente A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio: lavoro organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, cit., pp. 516-518.

<sup>21</sup> Per un bilancio dell'attuazione della riforma del 2012 si veda E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, cit., pp. 280-282, che sottolineano le carenze e le applicazioni fuorvianti registratesi sul territorio.

<sup>22</sup> Si veda in proposito D. ARGENIO HUPPERTZ, *L'applicazione regionale della riforma Balduzzi in materia di cure primarie*, in C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Sant'Arcangelo di Romagna, Maggioli, 2016, p. 27.

<sup>23</sup> Secondo i dati OCSE del Rapporto 2020, l'Italia è tra i paesi che ha il peggior rapporto tra investimenti per medicina di prevenzione rispetto a quella di cura specializzata tra il 1993 e il 2012; cfr. il documento *Realising the Potential of Primary Health Care*. Si consenta anche il rinvio a F. GIGLIONI, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in *Costituzionalismo.it*, 2020, pp. 99 ss.

<sup>24</sup> La tesi è stata sostenuta in modo convincente a più riprese da Alessandra Pioggia; cfr. A. PIOGGIA, *Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano?*, in *Dir. amm.*, 2024, pp. 723-725; ID., *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e disu-*

nazionale, quella di porre al centro dell'assistenza sanitaria il trattamento delle acuzie su base ospedaliera<sup>25</sup>. La funzione di governo del centro si è limitata alla definizione dei livelli essenziali e alla distribuzione delle risorse con finalità di arbitrare le differenti capacità regionali di dare risposta, senza preoccuparsi di costruire un sistema efficace di garanzia della salute<sup>26</sup>. I dati sulla disuguaglianza nell'accesso ai servizi associati agli esiti della salute della popolazione ne sono prova<sup>27</sup>.

#### 4. *Gli effetti della pandemia sull'assistenza sanitaria territoriale*

I ritardi e le titubanze, che hanno accompagnato le riforme sull'assistenza territoriale, hanno indotto il legislatore a intraprendere nuovi percorsi di riforma in occasione della pandemia. La sorpresa di vedere in difficoltà la Regione Lombardia, uno dei territori considerati più avanzati fino alla pandemia in termini di capacità di assicurare livelli qualitativi di assistenza sanitaria, ha reso evidente lo squilibrio delle politiche pubbliche sanitarie seguite fin lì e la necessità di procedere a correzioni<sup>28</sup>. L'emergenza ha innanzitutto permesso di superare gli indirizzi più cauti sulla legittimazione del livello statale a incidere sui profili organizzativi dell'assistenza territoriale. La previsione obbligatoria di nuovi servizi per fronteggiare la pandemia, come le unità speciali di continuità assistenziali, l'integrazione

guaglianze, in *Ist. fed.*, 2020, pp. 40-41; ID., *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Dir. pub.*, 2020, p. 385.

<sup>25</sup> Su queste posizioni M. ARLOTTI, E. SPINA, F. ATZORI, *La medicina generale verso le Case della Comunità. Assetti, criticità e scenari*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2023, p. 81.

<sup>26</sup> Si veda anche C. TUBERTINI, *Collaborazione necessaria e differenziazione responsabile: riflessioni sparse su emergenza pandemica e sistema plurilivello*, in *Ist. fed.*, 2020 pp. 89 ss.

<sup>27</sup> Oramai sul punto la letteratura è ricca. Cfr. A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e disuguaglianze*, cit., pp. 51-53; N. GIANNELLI, *Disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano*, in *Riv. pol. soc.*, 2019, 3, 9; V. MOLASCHI, *La tutela della salute nelle periferie*, in *Nuove autonomie*, 3/2016, p. 455 ss.; M. LUCCHINI, S. SARTI, M. TOGNETTI BORGOGNA, *I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute*, in A. BRANDOLINI, C. SARACENO, A. SCHIZZEROTTO (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Bologna, il Mulino, 2009, pp. 174-181.

<sup>28</sup> Peraltro la circostanza è stata confermata di recente in occasione della pubblicazione da parte del Ministero della Salute dei dati riferiti al monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza con riferimento al Nuovo Sistema di Garanzia, dove il punteggio riferito alla macroarea dell'assistenza distrettuale è diminuito per la Lombardia nel 2023 rispetto al 2022; cfr. <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/il-nuovo-sistema-di-garanzia-nsg/?paragraph=0#body>

con gli psicologi, l'utilizzo di infermieri di famiglia, accompagnati da standard da rispettare a livello regionale, hanno permesso allo Stato di delineare la costruzione di un nuovo assetto di servizi fin dai primissimi decreti approvati durante la pandemia. Ancora più rilevante è stata la previsione, stabilita nell'art. 1, d.l. 19 maggio 2020, n. 34 di obbligare le Regioni e le Province autonome a servirsi di un nuovo strumento di pianificazione riservato all'assistenza territoriale, il Piano di assistenza territoriale (PAT), in cui ridefinire in modo coordinato servizi e funzioni territoriali. Si delinea la chiara necessità di mettere in connessione i MMG con le altre professionalità del territorio, a partire dagli infermieri di famiglia, dagli assistenti sociali e dagli psicologi anche in funzione di sviluppare l'assistenza domiciliare, costruendo così un circuito di servizi di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche e infettive. Una volta superata l'emergenza più critica della pandemia, i principi di questi interventi sono stati stabilizzati e sono entrati a far parte delle misure adottate nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), che costituisce ora il principale atto di indirizzo per le politiche sanitarie. La Missione 6 dedicata alla Salute del PNRR si incentra sostanzialmente su due obiettivi: la ridefinizione della sanità territoriale e lo sviluppo dell'innovazione tecnologica e digitale dei servizi sanitari<sup>29</sup>. A dare concreta attuazione al PNRR è il d.m. 23 maggio 2022, n. 77 che si concentra proprio sul primo obiettivo. Il decreto ministeriale investe definitivamente sull'assistenza primaria e territoriale, delineando un nuovo approccio, definito di medicina d'iniziativa, attraverso cui il compito principale del SSN diventa anticipare e, se possibile, prevenire la domanda di salute, utilizzando nuovi strumenti di governo dei dati personali e sanitari mediante l'uso di risorse digitali. Coerentemente con quanto già previsto durante la pandemia, il d.m. n. 77/2022 individua una serie di servizi

<sup>29</sup> Per un'accurata ricostruzione dei contenuti della sesta missione del PNRR si consiglia la consultazione di G. RAZZANO, *Il diritto alla salute fra PNRR e prospettive di un nuovo piano sanitario nazionale: l'importanza del livello centrale di governo per promuovere l'equità, la prevenzione e l'integrazione*, in Id. (a cura di), *La missione salute del PNRR: opportunità e prospettive*, Napoli, Jovene, 2024, pp. 1 ss. Si veda anche A. PIOGGIA, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Gior. dir. amm.*, 2022, pp. 172-173; D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Jus-online*, 2022, 5, pp. 161 ss.; A. PIOGGIA, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Gior. dir. amm.*, 2022, 2, pp. 166 ss.

territoriali accompagnati da standard obbligatori per le Regioni, che riguardano sia la composizione professionale integrata dei servizi, sia le prestazioni da assicurare e la diffusione sul territorio<sup>30</sup>. Le indicazioni normative hanno così un chiaro intento prescrittivo obbligatorio. In questo contesto, il rapporto tra Stato e Regioni segna definitivamente un nuovo equilibrio, sfruttando la possibilità dello Stato di delineare i caratteri uniformanti dell'organizzazione territoriale attraverso i principi generali della materia di tutela della salute<sup>31</sup>, sebbene da questo processo rimanga ancora trascurabile il ruolo degli enti locali<sup>32</sup>.

Ai fini della prospettiva che qui si assume risulta interessante notare la nuova configurazione del ruolo dei MMG. I punti salienti della riforma che concernono i MMG sono tre<sup>33</sup>.

I MMG diventano i referenti principali di un nuovo strumento di programmazione, chiamato Progetto Salute, ritagliato sulle esigenze dei singoli assistiti. È previsto pertanto che in ragione del rapporto di fiducia e dell'esposizione al primo contatto con i pazienti, i MMG diventino i curatori di un vero e proprio piano di assistenza personale che, in relazione alla complessità clinica, può essere affiancato da altre professionalità di sostegno. Si recupera così finalmente la dimensione sociale del ruolo del medico di base, riprendendo uno dei tratti originari dell'assistenza di base. Il nuovo ruolo non è svolto in solitudine o entro una logica di delega al libero-professionista, ma all'interno delle costituenti Case di Comunità, che diventano il punto di

<sup>30</sup> L'importanza di questa novità è sottolineata anche da C. TUBERTINI, *L'assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni*, in *Lavoro e diritto*, 2024, 3, pp. 399-400.

<sup>31</sup> Cfr. G. RAZZANO, *Il diritto alla salute fra PNRR e prospettive di un nuovo piano sanitario nazionale: l'importanza del livello centrale di governo per promuovere l'equità, la prevenzione e l'integrazione*, cit., pp. 12-17. Sul punto mi sono già soffermato in altra sede F. GIGLIANI, *Il rilancio dell'organizzazione territoriale del servizio sanitario nazionale*, in G. RAZZANO (a cura di), *La missione salute del PNRR: opportunità e prospettive*, Napoli, Jovene, 2024, pp. 121 ss. Si veda anche G. CINELLI, F. DALPONTE, L. FERRARA, V.D. TOZZI, A. ZAZZERA, *L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie*, in CER GAS (a cura di), *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano – Rapporto OASI 2023*, Milano, Egea, 2023, p. 408.

<sup>32</sup> Cfr. C. LEVORATO, *Salute e PNRR: un'altra occasione persa per gli enti locali*, in P. COSTA, F. PIZZOLATO, A. SCALONE (a cura di), *L'autonomia locale e le dimensioni dell'eteronomia*, Torino, Giappichelli, 2023, pp. 199 ss.

<sup>33</sup> Cfr. anche A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio: lavoro organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, cit., pp. 521-522.

riferimento dell'assistenza sanitaria per le comunità territoriali<sup>34</sup>. In qualche modo si radica l'operatività dei MMG con il SSN e, in particolare, con i distretti sanitari. I MMG, anche nella composizione di aggregazione funzionale, sono ricompresi nelle Case di Comunità o in via strutturale, svolgendo in queste nuove aree la loro attività, o attraverso un collegamento funzionale. È rimesso quindi alle Regioni decidere se collocare i MMG all'interno delle Case di Comunità o lasciarli fuori con un vincolo di coordinamento funzionale o – ancora – modulare la scelta in base alle caratteristiche orografiche ed epidemiologiche dei territori.

Il collegamento più stretto con i nuovi centri di assistenza territoriale avviene in un quadro in cui la natura libero-professionale delle attività dei MMG non è messa in discussione. È previsto, infatti, che le funzioni svolte per conto delle Case di Comunità da parte dei MMG siano da considerare aggiuntive rispetto a quelle esercitate presso i propri ambulatori nei confronti degli assistiti, stabilendo che la copertura del servizio dei MMG nei confronti delle Case di Comunità, nella versione *spoke*, debba essere pari a sei giorni su sette per complessive dodici ore giornaliere<sup>35</sup>. È indubbio che prefigurare l'attività dei MMG presso le Case di Comunità come servizio aggiuntivo lascia margini di ambiguità sulle intenzioni effettive di procedere a un maggior coordinamento con le attività territoriali del distretto sanitario.

Infine, i MMG sono interlocutori privilegiati degli altri servizi già attivati durante la pandemia e confermati dal d.m. n. 77/2022: ci si riferisce, in particolare, agli infermieri di comunità, alle unità di continuità assistenziale, degli Ospedali di comunità e alle centrali operative territoriali, verso i quali i MMG sono indicati come soggetti principali di riferimento. L'effettiva attuazione di questo disegno organizzativo resta però da verificare, anche in considerazione di alcune incognite e incertezze. In primo luogo, le indicazioni appena menzionate sono tratte dall'allegato 1 del

<sup>34</sup> Si tratta di un punto importante che supera il tradizionale approccio di gestione in silhouette dei pazienti; cfr. sul punto D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, cit., pp. 177-178.

<sup>35</sup> Cfr. M. ARLOTTI, E. SPINA, F. ATZORI, *La medicina generale verso le Case della Comunità. Assetti, criticità e scenari*, cit., p. 83, che considerano in modo critico questo obbligo orario perché troppo limitato, specie con riferimento ai territori più disagiati.

d.m. n. 77/2022 che, per stessa ammissione del decreto<sup>36</sup>, ha mera valenza descrittiva. Nell'allegato 2, che ha invece valore prescrittivo, non si trovano riferimenti ai MMG. Naturalmente dalla lettura combinata dei due allegati possono essere ricavate interpretazioni che prevedono l'inclusione diretta dei MMG, ma rimane il fatto che le Regioni sono obbligate solo a rispettare la distribuzione dei servizi sul territorio secondo gli standard definiti nell'allegato 2 e a comporre i servizi in modo integrato, lasciando margini di adattamento per i MMG. Per esempio, a differenza di altre professionalità, per i MMG non si prevede nell'allegato 2 il numero minimo obbligatorio necessario a comporre le varie unità di servizio. Peraltro, disponendosi un collegamento con le Case di Comunità che può essere anche solo funzionale, è facile ipotizzare che in alcuni territori tutto resterà così com'è<sup>37</sup>. Inoltre, appare evidente la contraddizione tra la clausola generale di invarianza finanziaria contenuta nell'art. 4, d.m. n. 77/2022, e gli obblighi aggiuntivi a carico dei MMG nell'ambito dei servizi resi nelle Case di Comunità. Si potrebbe obiettare che la discordanza sia solo apparente dal momento che per i MMG la disponibilità delle risorse economiche è rinviata comunque al momento del rinnovo degli accordi e delle convenzioni, ma è evidente che anche così fosse l'esito non sarebbe comunque rassicurante circa la realizzazione delle condizioni di attuazione. Peraltro la clausola di invarianza finanziaria è considerata una condizione che rende molto precaria l'effettività concreta della riforma, dal momento che le risorse del PNRR sembrano indirizzate quasi esclusivamente alla dotazione infrastrutturale dei nuovi centri di assistenza territoriale, trascurando i costi, tra i quali proprio quelli del personale, che dovranno essere sostenuti una volta che i nuovi centri andranno a regime<sup>38</sup>. In terzo luogo, ha un certo rilievo la circostanza che rispetto alle previsioni del piano iniziale il numero delle Case di Comunità è stato ridotto

<sup>36</sup> Così stabilisce esplicitamente l'art. 1, c. 1, d.m. n. 77/2022.

<sup>37</sup> Questi sono i timori espressi anche da C. TUBERTINI, *L'assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni*, cit., p. 404.

<sup>38</sup> Similmente C. TUBERTINI, *L'assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni*, cit., pp. 401-402; M. ARLOTTI, E. SPINA, F. ATZORI, *La medicina generale verso le Case della Comunità. Assetti, criticità e scenari*, cit., p. 83; R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, 2022, 2, pp. 467-468.

e non ci sono evidenze che il numero programmato e ancor più quello ridotto siano sufficienti a garantire un servizio davvero capillare<sup>39</sup>. I dati forniti da Agenas sulla base del monitoraggio periodico previsto dal d.m. n. 77/2022 manifestano asimmetrie accentuate in alcune Regioni<sup>40</sup>, così da far presagire che il numero finale e definitivo delle Case di Comunità potrebbe essere perfino inferiore alla già ridotta programmazione iniziale. Infine, ancora una volta, il nuovo disegno di riorganizzazione territoriale è rimesso in larga parte alle Regioni. Sebbene il contesto attuale sia molto diverso da quello dei primi venti anni di questo nuovo secolo, le incognite circa l'effettiva attuazione delle nuove previsioni sono ben presenti.

### 5. *L'attuazione del d.m. 77 del 2022 da parte delle Regioni*

Al momento in cui tale studio è svolto può essere annotato che tutte le Regioni hanno iniziato il processo di attuazione della riforma di assistenza territoriale del 2022, sebbene resti difficile poter trarre da ciò elementi univoci e definitivi<sup>41</sup>.

Intanto occorre considerare che gli strumenti utilizzati dalle Regioni sono eterogenei perché hanno fatto uso di linee guida<sup>42</sup>, regolamenti<sup>43</sup>,

<sup>39</sup> Su richiesta del governo italiana la Commissione europea ha acconsentito una revisione del PNRR con riferimento ad alcuni obiettivi riferiti alla missione 6; in modo particolare, per quanto riguarda le Case di Comunità, nel 2023 è stato consentito di ridurre il numero da 1450 a 1038.

<sup>40</sup> Dai dati forniti attraverso il *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022*, riferibile al secondo semestre del 2024, segnalano un divario importante dei servizi già attivati presso le Case di Comunità tra Regioni settentrionali e le altre Regioni e, in particolare, quelle meridionali.

<sup>41</sup> Per un'analisi non giuridica dell'attuazione della riforma territoriale si veda G. CINELLI, F. DALPONTE, L. FERRARA, V.D. TOZZI, A. ZAZZERA, *L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie*, cit., pp. 412-418.; F. PESARESI, *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale*, e-book, 2022.

<sup>42</sup> Così ha agito, ad esempio, la Campania (delib. GR, 13 dicembre 2022, n. 682), mentre in modo atipico è intervenuta la regione Liguria, che ha attuato il d.m. 77/2022 con il Piano sanitario regionale 2023-2025. Cfr. A. PITINO, *La nuova sanità territoriale: la Regione Liguria*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, p. 381 ss.; M. TROISI, *La contrastata applicazione della nuova sanità territoriale nella Regione Campania*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, p. 405 ss. In questo modo ha provveduto anche la provincia autonoma di Bolzano (delib. GP, 6 dicembre 2022, n. 907); cfr. E. AURELI, *L'attuazione della Missione Salute del PNRR nella Provincia autonoma di Bolzano: un avvio promettente*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, pp. 335 ss.

<sup>43</sup> Hanno proceduto con l'approvazione di regolamenti le Regioni Lombardia (delib. GR, 15 dicembre 2022, n. 7592), Marche (delib. GR, 28 aprile 2023, n. 559), Piemonte (delib. CR, 20 dicembre 2022, n. 257 – 25346) e Puglia (delib. GR, 14 dicembre 2022, n. 18668). Per le Regioni

delibere di giunta regionale<sup>44</sup>, PAT<sup>45</sup>. Ognuno di questi atti ha una forza e qualità giuridica differente, che naturalmente impatta sull'esecuzione del d.m. n. 77/2022. Inoltre, in alcuni di questi primi atti approvati è esplicita la menzione di fare rinvio ad altri nuovi provvedimenti da adottare per il futuro con particolare riferimento alle regole organizzative di gestione delle Case di Comunità, alla determinazione del fabbisogno del personale, al concreto funzionamento dei piani personali di assistenza e ad altre scelte di governo e coordinamento di servizi molto importanti<sup>46</sup>. Alcune Regioni si sono limitate a ricalcare i contenuti del decreto ministeriale

citate si vedano i primi commenti sull'attuazione del d.m. n. 77 del 2022: M. CERIONI, *La situazione della Regione Marche*, 2023, 2, pp. 341 ss.; F.F. TUCCARI, M. BENVENUTO, *La situazione della Regione Puglia*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, pp. 411 ss.

<sup>44</sup> Hanno proceduto in questo modo le Regioni Umbria (delib. GR, 14 dicembre 2022, n. 1329) e Val d'Aosta (delib. GR, 22 dicembre 2022, n. 1609). Un caso particolare è quello della Calabria in cui la delibera di adozione dell'atto di attuazione è stata assunta dal Commissario *ad acta* (decreto del Commissario *ad acta*, 12 luglio 2023, n. 197). Cfr. C. PANZERA, *La riforma della sanità territoriale in Calabria fra diagnosi, prognosi e terapia*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, pp. 371 ss. Per i primi commenti riferiti ai territori citati si veda F. SCUTO, *Il sistema sanitario lombardo di fronte al PNRR e alle fide della "nuova" sanità territoriale*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, pp. 393 ss.

<sup>45</sup> La maggior parte dei territori è ricorso ai Piani di assistenza territoriale, anche se denominati in modo spesso diversi; così Abruzzo (delib. GR, 13 dicembre 2022, n. 773), Basilicata (delib. GR, 30 dicembre 2022, n. 948), Emilia Romagna (delib. GR, 12 dicembre 2022, n. 2221), Friuli Venezia Giulia (delib. GR, 29 dicembre 2022, n. 2042), Lazio (delib. GR, 28 dicembre 2023, n. 976), Molise (delib. Commissario *ad acta*, 3 maggio 2024, n. 80), Sardegna (delib. GR, 14 dicembre 2022, n. 37), Sicilia (decreto assessoriale 20 dicembre 2022, n. 1294), Toscana (delib. GR, 19 dicembre 2022, n. 1508), Veneto (delib. GR, 22 giugno 2023, n. 721) e la provincia autonoma di Trento (delib. GP, 10 febbraio 2023, n. 223). Con riferimento ai territori appena citati si possono vedere i primi commenti sui provvedimenti di attuazione: G. COMAZZETTO, *La situazione della Regione Veneto*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, pp. 351 ss.; V. DESANTIS, *L'attuazione della missione n. 6 nella Provincia autonoma di Trento*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, p. 355 ss.; G. GOTTI, *L'attuazione del DM 77/2022 nella Regione Toscana. La valorizzazione del "modello toscano" di assistenza territoriale*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, pp. 363 ss.; G. DEMURO, *La Sardegna e l'attuazione del DM 77/2022*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 3, pp. 615 ss.; J. POLIMENI, *La situazione della Regione Friuli Venezia Giulia in Corti supreme e salute*, 2023, 3, pp. 619 ss.; F. POLITI, *Il recepimento del d.m. n. 77 del 2022 nella regione Abruzzo*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 3, pp. 623 ss.; F. POLITI, *Il recepimento del d.m. n. 77 del 2022 nella regione Molise*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 3, pp. 633 ss.; C. TUBERTINI, *Dalle Case della salute alle Case di comunità: la nuova sanità territoriale in Emilia-Romagna*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 3, pp. 641 ss.; F. TUCCARI, M. BENVENUTO, *La situazione della Regione Basilicata*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 3, pp. 653 ss.

<sup>46</sup> Questo è certamente il caso dell'Emilia Romagna come rilevano anche G. CINELLI, F. DALPONTE, L. FERRARA, V.D. TOZZI, A. ZAZZERA, *L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie*, cit., p. 425.

del 2022, rinviando così per implicito le scelte più importanti<sup>47</sup>. Per le Regioni che avevano già sperimentato soluzioni simili alla Case delle Comunità, gli interventi sono sostanzialmente di conferma delle soluzioni già avviate con qualche innovazione specifica su alcuni servizi, quelli di assistenza domiciliare in particolare<sup>48</sup>.

La naturale fase di transizione a cui si assiste è particolarmente avvertita per quelle Regioni che, contestualmente ai processi in corso, hanno ridisegnato il proprio sistema regionale, come è il caso di Lombardia<sup>49</sup> e Marche<sup>50</sup>, tenuto conto che quest'ultima, dopo molti anni, è recentemente passata da un'unica Azienda Usl ad Aziende strutturate su base provinciale. D'altra parte, anche al netto dei problemi di attuazione ed edificazione delle nuove Case di Comunità, la realizzazione di una riforma così consistente richiede ragionevolmente un periodo adeguato di adattamento.

Malgrado queste considerazioni, complici gli investimenti dovuti al PNRR, può essere osservato che diversamente dalle altre occasioni in cui la riforma territoriale dell'assistenza non ha avuto particolare seguito a livello regionale, dall'analisi dei documenti è riconosciuta una comune linea di indirizzo che sta spingendo tutte le Regioni a dare seguito alle previsioni nazionali del 2022. Sebbene molto ancora rimanga da realizzare, si può dire che è tracciato un percorso al quale tutte le Regioni tendono a conformarsi. A questo scopo certamente contribuiscono anche gli standard organizzativi fissati nell'allegato 2 del decreto ministeriale, per quanto non sia naturalmente sufficiente.

<sup>47</sup> Questi sono i casi di Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Puglia, Sardegna e Veneto. Per la Puglia si veda G. CINELLI, F. DALPONTE, L. FERRARA, V.D. TOZZI, A. ZAZZERA, *L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie*, cit., p. 425.

<sup>48</sup> Si tratta in particolare di Emilia Romagna, Piemonte, Toscana e Veneto, che hanno conosciuto l'esperienza delle Case della Salute o, comunque, strutture similari. Una conferma per Piemonte e Toscana si trova anche in G. CINELLI, F. DALPONTE, L. FERRARA, V.D. TOZZI, A. ZAZZERA, *L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie*, cit., p. 425.

<sup>49</sup> Ci si riferisce all'art. 36, l. reg. n. 22 del 2021, che ha modificato in modo consistente il Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità in materia di articolazione territoriale delle Aziende socio-sanitarie territoriali.

<sup>50</sup> Con la l. reg. n. 19 del 2022, la regione Marche si è articolata in cinque Aziende sanitarie locali, corrispondenti ai territori di provincia.

In linea generale, può essere annotato che l'occasione di applicare il d.m. 77/2022 è stata colta per dare vita in modo definitivo su tutti i territori alle aggregazioni funzionali monodisciplinari e pluridisciplinari dei MMG, che ancora risultavano incomplete<sup>51</sup>. Nell'accordo nazionale con i MMG firmato nel 2024 i condizionamenti organizzativi previsti nel d.m. 77/2022 sono entrati a far parte dei contenuti regolativi delle convenzioni, stabilendo un chiaro ancoraggio dell'attività dei MMG nelle Case di Comunità e in funzione di un'integrazione di servizi per conto del SSN. Nell'insieme si può ricavare la sensazione che si è ancora dentro un "cantiere in costruzione"<sup>52</sup>, dove però è comunque possibile trarre alcune considerazioni. L'attuazione del d.m. n. 77/2022 inserisce più pienamente i MMG dentro la logica territoriale dei distretti sanitari. Il condizionamento delle Aziende Usl sull'attività dei MMG risulta incrementato, fino a essere prefigurate nuove strutture specifiche come è il caso della Regione Basilicata<sup>53</sup>. Accanto alla tradizionale funzione di "primo contatto" diventa sempre più evidente l'affidamento di un compito aggiuntivo in relazione all'assistenza socio-sanitaria. Sul territorio si vedrà se tale integrazione resterà di "facciata" o segnata da compiti reali di coordinamento. È evidente, tuttavia, che da un punto di vista organizzativo, la riduzione dell'autonomia tipica del libero-professionista è destinata a essere accentuata. Al momento le questioni di *governance* delle Case di Comunità sono accennate solo in pochi e limitati riferimenti regionali, ma per i MMG allo stato attuale è difficile immaginare che possano ricavarsi spazi che vadano oltre la mera partecipazione alle decisioni dei responsabili di direzione. Tale situazione pone delicate questioni di equilibrio di compatibilità tra la più stretta funzionalizzazione e la capacità di incidere sulle scelte di governo territoriale.

<sup>51</sup> È il caso di Basilicata, Sicilia e Val d'Aosta, ad esempio. Per la regione siciliana si veda anche A. Patanè, *La nuova sanità territoriale: la situazione della Regione Siciliana*, in *Corti supreme e salute*, 2024, 1, pp. 103 ss.

<sup>52</sup> Usa questa espressione anche T. ANDREANI, *Il servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, cit., p. 339.

<sup>53</sup> La regione Basilicata ha infatti previsto la costituzione di uno specifico nuovo dipartimento, il Dipartimento delle cure primarie.

In alcuni territori appaiono particolarmente pronunciate le funzioni di coordinamento con specifico riferimento ad alcuni servizi. Nella Campania appare molto netta la funzione di coordinamento delle Centrali operative territoriali, disegnate come vere e proprie strutture strumentali per i MMG. Analogamente lo stesso si verifica con alcuni particolari servizi, quali gli Ospedali di Comunità, di cui i MMG sono indicati come principali figure di riferimento, come nel caso della Puglia. Molte Regioni, traducendo lo slogan la “casa come primo luogo di cura”, procedono nella direzione di sviluppare la funzione attiva dei MMG per i servizi domiciliari, anche con l’uso degli strumenti informatici<sup>54</sup>. Paiono investire molto in questa direzione l’Abruzzo, la Lombardia e il Piemonte. In questo senso i MMG possono ritagliarsi un ruolo di maggiore autonomia, specie nel caso in cui l’integrazione all’interno delle Case di Comunità appare disegnata come minima<sup>55</sup>.

Un potenziale ugualmente ambivalente può essere rappresentato dallo sviluppo della telemedicina, che, benché definisca il secondo obiettivo della Missione 6 del PNRR, può essere considerata un’azione complementare al rafforzamento dell’assistenza territoriale, garantendo la personalizzazione delle prestazioni<sup>56</sup>. L’uso della telemedicina potrebbe agire come strumento valido ad attenuare il grado di integrazione dei MMG nel coordinamento territoriale, affidando a tali strumenti i principali compiti da svolgere all’interno delle Case di Comunità<sup>57</sup>, oppure costituire l’occasione per avanzare e rendere più efficace la direzione dei piani personali di assistenza da parte dei MMG<sup>58</sup>.

<sup>54</sup> Sulla debolezza di questa scelta per una presa reale in cura dei pazienti si concentra A. PIOGGIA, *Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano?*, cit., pp. 741-743, evidenziando che in questo modo il risultato che si vuole conseguire davvero è quello di ottenere il risparmio di spese.

<sup>55</sup> Questo appare particolarmente il caso di Lombardia e Friuli Venezia Giulia.

<sup>56</sup> Cfr. L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *Federalismi.it*, 2023, 26, p. 32, F. APERIO BELLA, *L’accesso alle tecnologie innovative nel settore salute tra universalità e limiti organizzativi (con una postilla sull’emergenza sanitaria)*, in *Persona e amministrazione*, 2020, p. 219.

<sup>57</sup> Questa sembra di gran lunga la scelta effettuata dalla Lombardia.

<sup>58</sup> In questa direzione sembra andare la Regione Sardegna, che consente un ampio accesso dei MMG nei fascicoli sanitari elettronici, facendoli diventare strumenti di governo clinico. Cfr. anche C. INGENITO, *Il fascicolo sanitario elettronico e il PNRR*, in G. RAZZANO (a cura di), *La missione*

## 6. Conclusioni

Con la riforma dell'assistenza territoriale del 2022 si sono create le condizioni per una maggiore integrazione di quelli che erano all'origine i "poli non comunicanti": i distretti sanitari e i MMG. Sebbene non sia scontato il modo in cui questa integrazione verrà realizzata e malgrado siano evidenti i tentativi di alcuni territori di realizzare "al minimo" questa integrazione<sup>59</sup>, si è entrati in una nuova fase della storia del SSN. Al momento gli spazi ancora utilizzabili di questa integrazione cercano di rendere compatibile l'inserimento dei MMG dentro una logica di servizio pubblico, che sviluppi la reale presa in cura della persona in tutti i suoi bisogni, con il mantenimento di un rapporto di fiducia medico/paziente. Una delle sfide più complicate è comprendere quanto l'integrazione dei MMG nelle Case di Comunità riesca a conciliare il valore del coordinamento dei servizi e della reale presa in carico degli assistiti con la fiducia e la libera scelta del medico da parte dei pazienti. Dalla risposta a questa domanda uscirà un servizio sanitario più rafforzato, se l'integrazione sarà effettiva, o più indebolito, se la debole integrazione si assocerà alla dispersione della fiducia nei servizi primari.

Quanto un sistema di questo tipo, proteso comunque a un maggior rilievo del coordinamento territoriale per i MMG, sia ancora compatibile con il carattere libero-professionale dei MMG fondato su convenzione è questione discussa e controversa<sup>60</sup>. È evidente, infatti, che un'integra-

*salute del PNRR: opportunità e prospettive*, Napoli, Jovene, 2024, p. 259 ss.; E. CATELANI, *La digitalizzazione dei dati sanitari: un percorso ad ostacoli*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, pp. 423 ss.

<sup>59</sup> Cfr. G. VICARELLI, *DM77: quale sviluppo per l'assistenza territoriale?*, in *Pol. soc.*, 2022, pp. 563-568.

<sup>60</sup> Sono emblematici delle diverse posizioni G. DONATO, *Quale ruolo per il medico di famiglia nel nuovo assetto delle cure primarie?*, in G. RAZZANO (a cura di), *La missione salute del PNRR: opportunità e prospettive*, Napoli, Jovene, 2024, pp. 147 ss., tendente a valorizzare la natura di libero-professionista e R. METE, *Il distretto e la sanità pubblica: prospettive future*, in G. RAZZANO (a cura di), *La missione salute del PNRR: opportunità e prospettive*, Napoli, Jovene, 2024, pp. 169 ss., più favorevole a una piena integrazione dei medici di medicina generale nel SSN anche in termini di rapporto di lavoro. Esprime scetticismo sull'opportunità di ricorrere al rapporto dipendente A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio: lavoro organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, cit., p. 524. Per una posizione più aperta, invece, si vedano L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, cit., p. 35; C. BOTTARI, P. DE ANGELIS, P. D'ONOFRO, F. LAUS, *Quale nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale nella riforma della sanità territoriale?*, in *Federalismi.it*, 2022, pp. 1 ss. Dubita della sostenibilità dell'attuale assetto delle regole anche il LaboS

zione più forte comporta l'emersione di nuove responsabilità di governo clinico che in passato avevano avuto un ruolo marginale, producendo contestualmente un arretramento delle professionalità tradizionalmente più consolidate. All'interno dei MMG si registra una divisione accentuata tra medici più giovani e coloro che hanno maturato un'esperienza professionale maggiore circa la possibilità di trasformare la natura del rapporto di lavoro in lavoro dipendente del SSN<sup>61</sup>: i primi esprimono tendenzialmente una posizione più favorevole<sup>62</sup>.

Già nel 2021 le Regioni avevano elaborato ipotesi di riforma della disciplina dei MMG, prospettando soluzioni che superavano il sistema del convenzionamento in ragione di nuove esigenze di governo della salute<sup>63</sup>. All'inizio del 2025 la stampa ha reso noto che ci sarebbe un progetto elaborato dal Ministero che avrebbe l'intenzione di trasformare il rapporto di lavoro dei MMG in rapporto di lavoro dipendente, ridestando così l'interesse delle Regioni a rendere più certa e radicata la presenza dei MMG nelle strutture del SSN<sup>64</sup>. In realtà, proprio per le ragioni esposte dianzi, sembrerebbe che il progetto consisterebbe nell'attribuire ai medici il diritto di optare tra la soluzione della dipendenza e quella della

che ha esposto tali rilievi in *Dieci tesi per una nuova sanità territoriale*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, pp. 306-307.

<sup>61</sup> Sul punto si soffermano Cfr. M. ARIOTTI, E. SPINA, F. ATZORI, *La medicina generale verso le Case della Comunità. Assetti, criticità e scenari*, cit., pp. 93-95; V. MAPELLI, *La grande incompiuta: l'assistenza primaria*, in *welforum.it*, 2023. Sul punto cfr. anche G. TURATI, *Che cosa blocca l'attuazione della riforma della sanità territoriale (e non solo)? Qualche spunto di riflessione*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, p. 328.

<sup>62</sup> Il dato è tratto da un sondaggio pubblicato sul sito APRIREnetwork nel 2020 al termine di un'indagine denominata "Orgogliosamente MMG" (cfr. <https://aprirenetwork.it>).

<sup>63</sup> Si veda il documento in <https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2021/09/2021-09-22-MMG-REGIONI.pdf>, nel quale sono indicate le seguenti opzioni disciplinari con riferimento alla professione dei MMG: a) rapporto di lavoro dipendente; b) accreditamento con modifica sostanziale dello strumento convenzionale; c) emulazione del sistema di accreditamento; d) la combinazione di più soluzioni che mettano assieme il rapporto di dipendenza con l'accREDITAMENTO. Cfr. ancora C. BOTTARI, P. DE ANGELIS, P. D'ONOFRIO, F. LAUS, *Quale nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale nella riforma della sanità territoriale?*, cit., pp. 1 ss.

<sup>64</sup> In particolare il *Sole24Ore* a più riprese nel corso dei primi mesi dell'anno ha reso noto questa notizia e, ugualmente, ha fatto il *Corriere della Sera*, nell'ambito della rubrica *Data Room* gestita dalla giornalista Milena Gabbanelli.

libero-professione<sup>65</sup>. Il progetto, tuttavia, trova l'opposizione delle sigle sindacali più rappresentative<sup>66</sup>.

Su questo si innesta una preoccupante crisi dovuta all'inadeguato tasso di cambio generazionale dei MMG<sup>67</sup>. I tre quarti dei medici ora in servizio è vicino al raggiungimento dell'età di collocamento a riposo con ricambi che risultano molto bassi per le Regioni del sud, ma anche per Regioni come Liguria, Marche e Friuli Venezia Giulia<sup>68</sup>. Inoltre, indagini sulla professione verificano una diffusa disaffezione<sup>69</sup> che descrive una tendenza alla «fuga» dalla professione, anche in considerazione della non superata tradizionale subalternità culturale e professionale alla medicina specialistica<sup>70</sup>.

Tutto ciò rende il tema ancora aperto e impatta sull'applicazione dell'attuale riforma ma, proprio per questo, risulta di estremo interesse seguirne lo sviluppo, anche in considerazione dei rilevanti diritti che sono sottesi.

## General practitioners in the rewriting of territorial health care

*Fabio Gigliani*

Abstract: Nell'ambito del servizio sanitario nazionale l'assistenza territoriale ha costituito uno degli aspetti che meglio ha rappresentato la frat-

<sup>65</sup> Per una sintesi del dibattito attuale si veda N. GERACI, G. TURATI, *Come cambia la sanità territoriale?*, in *Osservatorio sui conti pubblici italiani OCPI* (<https://osservatoriocpi.unicatt.it>), 2025.

<sup>66</sup> In particolare, appare contraria la Fimmg, che è la principale organizzazione sindacale di rappresentanza della categoria. Analogamente in Parlamento è stato presentato un disegno di legge da parte di deputati di Forza Italia, che invece rafforza il carattere libero-professionale dell'attività dei MMG, il che fa presagire orientamenti diversi all'interno della maggioranza parlamentare.

<sup>67</sup> Secondo il Rapporto del 2020 dell'OCSE, *Realising the Potential of Primary Health Care*, l'Italia è tra i paesi che ha conosciuto una delle più significative diminuzioni del numero dei medici di medicina generale tra il 2000 e il 2017 in rapporto con la media OCSE.

<sup>68</sup> Si rinvia al contributo di P. BOZZAO, presente nello stesso fascicolo di questa *Rivista*. Si vedano anche i dati pubblicati in N. GERACI, G. TURATI, *Come cambia la sanità territoriale?*, in *Osservatorio sui conti pubblici italiani OCPI* (<https://osservatoriocpi.unicatt.it>), 2025.

<sup>69</sup> Cfr. M. ARLOTTI, E. SPINA, F. ATZORI, *La medicina generale verso le Case della Comunità. Aspetti, criticità e scenari*, cit., pp. 86-90. Le ragioni sono spesso ricondotte a un eccessivo rischio di burocratizzazione del ruolo, dovuto anche alle richieste crescenti delle autorità pubbliche di farsi carico dei bisogni di contenimento dei costi; cfr. A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio: lavoro organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, cit., p. 511, ma anche pp. 513-514.

<sup>70</sup> Quello del rapporto conflittuale con la medicina specialistica è un tratto persistente nella storia dei medici di medicina generale; cfr. G. VICARELLI, *Medicus Omnium. La costruzione professionale del Medico di medicina generale (1945-2005)*, cit., p. 75.

tura con il precedente sistema delle mutue, ma allo stesso tempo è stata anche una delle questioni più trascurate nelle politiche pubbliche sanitarie. Dopo il fallimento di alcuni tentativi di riconsiderare l'assetto iniziale, il PNRR ha investito sull'integrazione tra i medici di medicina generale e l'organizzazione territoriale. Il nuovo quadro delle regole, favorevole a realizzare una più spiccata integrazione, è interessante e nuovo, ma ancora denso di incognite.

Abstract: Within the national health service, primary health care has been one of the aspects that best represented the break with the previous system of mutuality, but at the same time it has also been one of the most neglected issues in public health policy. After the failure of some attempts to reconsider the initial set-up, the PNRR invested in the integration of general practitioners and the territorial public bodies (ASL). The new framework of rules, favourable to achieving a more pronounced integration, is interesting and new, but still full of question marks.

Parole chiave: medici di medicina generale, assistenza sanitaria territoriale, servizi socio-sanitari.

Keywords: General Practitioners, Primary Health Care, Social and Health Services.

# Il medico di medicina generale: profili lavorativi

Paola Bozzao\*

## 1. Inquadramento della questione

All'interno del processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale ha assunto un ruolo centrale il dibattito sulla qualificazione giuridica del medico di medicina generale, o medico di famiglia<sup>1</sup>. Pur non mancando studi sul lavoro nel settore sanitario<sup>2</sup>, la prestazione lavorativa svolta da questo professionista è stata invero poco indagata dalla dottrina giuslavoristica<sup>3</sup>. Eppure essa si pone al crocevia di questioni centrali che – dalla prospettiva di analisi che qui interessa – emergono fin dal peculiare assetto delle sue fonti regolatrici, da cui discende lo *status*

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

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

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

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

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

Il medico di medicina generale costituisce, come è noto, il primo presidio di assistenza medica, essendo destinatario del maggior numero di informazioni sulla salute del paziente, con il quale istaura un rapporto di fiducia persistente nel tempo, essenziale per il perseguimento di una assistenza sanitaria volta a garantire «l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita...»<sup>5</sup>. Il lavoro del medico di medicina generale è caratterizzato dalla scelta fiduciaria del paziente e dalla vicinanza del luogo di svolgimento dell'attività, per adattarsi in tempi quanto più rapidi alle esigenze, anche domiciliari, dell'assistito<sup>6</sup>. Fiducia e prossimità di cura si confermano, dunque, i valori fondanti della tutela del bene salute; valori che devono essere salvaguardati, anche in presenza della progressiva rarefazione di questa essenziale figura professionale, primo punto di approdo nel momento in cui emerge un bisogno sanitario. Si registra infatti, nel corso degli ultimi anni, la progressiva perdita di vocazione verso questa attività, che incide sulla futura garanzia di adeguati servizi sanitari sul territorio. La riorganizzazione territoriale dell'assistenza sanitaria si scontra infatti con il serio problema della progressiva carenza dei medici di famiglia, rispetto alla quale da molti anni emergono numeri drammatici sui pensionamenti e sulle susseguenti carenze in materia di prestazioni assistenziali.

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

<sup>5</sup> Direzione Generale della Commissione Salute Europea – DG SANCO, 2014.

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

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

Nel corso degli ultimi 10 anni l'accesso al trattamento pensionistico ha riguardato complessivamente circa 40.000 professionisti sanitari, ripartiti tra medici di medicina generale, guardie mediche e pediatri. In particolare, i medici di medicina generale sono passati da circa 45mila del 2013 a poco più di 35mila nel 2024, con un calo netto di 10mila unità<sup>7</sup>. I medici di famiglia sono "a rischio estinzione": ne mancano oltre 5.500, il 52% ha oltre 1500 assistiti<sup>8</sup> (dato in forte crescita rispetto al passato)<sup>9</sup>; 7.300 andranno in pensione entro il 2027. A ciò deve aggiungersi che sempre meno giovani scelgono la professione: nel 2024 non sono state assegnate il 15% delle borse di studio, con punte di oltre il 40% in alcune Regioni. Una situazione estremamente preoccupante, se si considera il costante invecchiamento della popolazione (negli ultimi 40 anni gli over 65 sono quasi raddoppiati, gli over 80 sono triplicati), e il conseguente aumento dei bisogni di assistenza<sup>10</sup>. Nonostante la crisi della sanità pubblica, il medico di medicina generale resta un pilastro fondamentale del sistema sanitario: il 71,8% degli italiani dichiara che non rinunciarebbe mai al proprio medico di fiducia e il 76% ritiene essenziale averlo vicino casa<sup>11</sup>. Questi dati non devono essere sottovalutati. In una fase storica in cui – soprattutto (ma non solo) a seguito dell'emergenza pandemica – la

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

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

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

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

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

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

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

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

previsti dal Pnrr<sup>12</sup>; e il mantenimento della sua natura autonoma, anche nella esplicita configurazione della parasubordinazione<sup>13</sup>.

È del tutto evidente che la professione medica può essere esercitata in strutture e con rapporti di lavoro diversi. Ad ognuna di queste modalità corrispondono vantaggi e svantaggi sul piano economico e su quello normativo; ogni categoria è legata al suo *status*, che è fatto dal quadro normativo nel quale opera, ma anche della percezione che il medico ha della propria professione e di come la svolge<sup>14</sup>. Sul piano strettamente lavoristico, dallo stato giuridico derivano diritti e doveri specifici di quella professione. È dunque essenziale comprendere quali sono gli elementi che caratterizzano la professione del medico di medicina generale; è un'indagine necessaria per capire come la professione medica possa collocarsi “nel modo migliore possibile” nella sempre più fluida organizzazione in cui deve essere esercitata; fermo restando che il medico impegnato “sul territorio”, sia nell'attuale situazione – prevalentemente incentrata sul medico che opera nella dimensione ambulatoriale – sia nella prospettiva, *in divenire*, delle Case di comunità” (o strutture analoghe) non muta in sé, per questo, il proprio stato giuridico.

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

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

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

<sup>14</sup> C. RUSSO, *Lo stato giuridico del personale medico, cit.*

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

Il d.m. n. 77/2022 costituisce, in verità, l'ultimo step normativo di ridefinizione dell'assistenza sanitaria territoriale. Il precedente più significativo si rinviene nel c.d. decreto Balduzzi (d.l. 13 settembre 2012, n. 158, conv. in l. 8 novembre 2012, n. 189), con il quale l'organizzazione dell'assistenza primaria è stata ridisegnata attraverso la costituzione di Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) a carattere monoprofessionale, e Unità complesse di cure primarie (Uccp), a carattere multiprofessionale. Un potenziamento dell'assistenza sanitaria sul territorio realizzato, dunque, attraverso un nuovo modello organizzativo fondato sul coordinamento e l'integrazione di tutte le figure professionali coinvolte, con l'obiettivo di decongestionare i centri di pronto soccorso ospedalieri. Ai sensi del decreto, servizi e prestazioni dovevano essere erogati attraverso personale convenzionato con il SSN<sup>15</sup>; al fine di fronteggiare le esigenze di continuità assistenziale, per i medici di medicina generale è stato istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale<sup>16</sup>.

Il decreto, salvo qualche circoscritta sperimentazione territoriale<sup>17</sup>, è rimasto privo di seguito. Fino a quando l'emergenza pandemica ha fatto emergere l'improcrastinabile esigenza di dare effettiva attuazione al cambio di paradigma nell'erogazione dei servizi sanitari territoriali, valorizzando il ruolo delle cure primarie attraverso il potenziamento della rete territoriale, con maggiore attenzione verso forme di erogazione extra-ospedaliera. Un cambiamento reso possibile grazie alla straordinaria mole di risorse economiche messe in campo dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), in particolare nella Missione 6-Salute, ove sono stati previsti investimenti consistenti, finalizzati prevalentemente all'assistenza di prossimità e a quella domiciliare.

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

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

<sup>16</sup> V. *infra*, par. 4.

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

la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici in tutto il territorio nazionale per l'assistenza sanitaria territoriale. Il decreto, approvato dopo un iter "accidentato"<sup>18</sup>, disegna l'organizzazione dei servizi assistenziali territoriali secondo un modello di erogazione delle prestazioni che sposta il proprio baricentro "dalla centralità dell'ospedale a quella del territorio"<sup>19</sup>. Il perno del sistema è il Distretto sanitario<sup>20</sup>, al cui interno riveste un ruolo fondamentale la Casa della Comunità<sup>21</sup>, definita dal decreto come «il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento [...] Nella Casa della comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale».

Nel piano di riorganizzazione dei servizi territoriali le Case di Comunità costituiscono dunque la struttura di prossimità volta ad assicurare una risposta capillare ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione del territorio<sup>22</sup>. Il decreto ne prevede due categorie: quelle *hub*, dove dovrà essere garantita un'ampia gamma di servizi, e quelle *spoke*, in grado di fornire un minimo obbligatorio di servizi medici e infermieristici, collegate in rete con le prime. Le Aft e le Uccp sono ricomprese all'interno delle Case di Comunità, oppure a

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

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

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

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

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

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

Una delle indicazioni principali che emerge dalla lettura del decreto ministeriale è la necessità di superare il modello di lavoro attuale sul territorio, con medici e pediatri di famiglia che operano singolarmente, creando équipe multiprofessionali che, nel rispetto dei ruoli e delle competenze, potranno garantire la presa in carico globale della persona. L'assistenza medica dovrà infatti essere assicurata in modo continuativo, attraverso la presenza (anche) dei medici di medicina generale afferenti alle Aft del Distretto di riferimento; tale attività ambulatoriale, aggiuntiva rispetto a quelle svolte nei confronti dei propri assistiti, dovrà essere svolta presso la Casa di Comunità (*bub* e *spoke*). La riforma mira, dunque, a individuare un punto di accesso chiaro ai servizi sanitari sul territorio, in cui i medici di medicina generale possono rafforzare il loro ruolo di assistenza sanitaria primaria, operando in un contesto attrezzato e potendo contare sulla disponibilità di specialisti. Di tale sviluppo potrebbe beneficiare tanto il paziente quanto il medico di medicina generale, che sarebbe adesso affiancato da una struttura realmente operativa<sup>23</sup>; di tal ché, in prospettiva, l'autonomia organizzativa individuale – che a lungo ha caratterizzato la sua attività professionale – dovrà sempre più essere coordinata, e mediata, con quella di un'ampia costellazione di professionisti, con i quali sarà chiamato a “fare squadra”, per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantendo equità di accesso e prossimità del servizio.

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

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

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

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

Il rapporto convenzionale è quello proprio dei medici di medicina generale. Ai sensi dell'art. 48 della l. n. 833/1978 e dell'art. 8 del d.lgs. n. 502/1992, a garanzia della uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario sull'intero territorio nazionale, il loro rapporto lavorativo è infatti disciplinato da convenzioni di durata triennale<sup>24</sup>, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati<sup>25</sup>, ai sensi dell'art. 4, co. 9, l. n. 412/1991<sup>26</sup>, con le OO.SS. maggiormente rappresentative sul piano nazionale<sup>27</sup>, resi esecutivi con d.p.r.. La disciplina del rapporto di

<sup>24</sup> Sul rapporto convenzionale v. il contributo di Chiara Mari, in questo fascicolo.

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

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

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

lavoro di tale personale medico risulta dunque demandata all'intervento della negoziazione collettiva, il cui procedimento – grazie al rinvio operato alla l. n. 412/1991<sup>28</sup> – è modellato dal legislatore con espresso richiamo a quello previsto dal d.lgs. n. 165/2001 per il personale della pubblica amministrazione c.d. privatizzato. Questa contrattazione, affermano i giudici delle leggi, si inserisce nel «peculiare sistema integrato delle fonti cui la legge statale pone un forte presidio per garantirne la necessaria uniformità». La regolazione specifica dei rapporti convenzionali dei medici con il SSN, prosegue la Corte, «è la risultante di una forte integrazione tra la normativa statale e la contrattazione collettiva nazionale, con una rigorosa delimitazione degli ambiti della contrattazione decentrata e con un limitato rinvio alla legislazione regionale per aspetti e materie ben definite, secondo lo schema comune al pubblico impiego contrattualizzato»<sup>29</sup>. Essa deve pertanto essere ricondotta nella materia dell'ordinamento civile, di competenza esclusiva del legislatore statale; con conseguente preclusione, per il legislatore regionale, di intervenire nella disciplina della materia e di regolamentare in via autonoma il trattamento economico e giuridico del rapporto in convenzionamento. Il carattere vincolante delle previsioni contenute nell'Accordo collettivo nazionale è assicurato con la previsione della nullità di clausole difformi degli accordi individuali e decentrati, in contrasto con il richiamato accordo<sup>30</sup>; previsione ulteriormente rafforzata dal richiamo operato, dall'art. 4 della legge n. 412/1991, all'art. 40 del d.lgs. n. 165/2001, in materia di rapporto tra i diversi livelli di negoziazione collettiva (nazionale, regionale e aziendale), il cui co. 3-*quinquies* dispone espressamente, a garanzia del rispetto di tali stringenti vincoli, la nullità e l'inapplicabilità di clausole dei

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

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

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

contratti collettivi integrativi difforni dalle previsioni del livello nazionale<sup>31</sup>. I giudici delle leggi hanno poi chiarito che il richiamo alla normativa del lavoro pubblico contrattualizzato non vale a definire il contenuto del rapporto di lavoro del medico generalista, assurgendo piuttosto a «metro di comparazione per giustificare la uniformità regolativa»<sup>32</sup>; ciò in quanto il rapporto dei medici in convenzione richiede una regolamentazione unitaria su tutto il territorio nazionale «così come è previsto per il lavoro pubblico contrattualizzato»<sup>33</sup>. Uniformità regolativa che, se nel pubblico impiego trova garanzia nella forma giuridica del lavoro subordinato, nell'ambito della medicina convenzionata deve comunque essere garantita, nonostante la presenza di contratti di lavoro autonomo. La fonte di disciplina primaria del rapporto dei medici di medicina generale è, dunque, l'Accordo collettivo nazionale, che regola – sotto il profilo economico e giuridico – l'esercizio delle attività professionali tra i medici convenzionati e le Aziende sanitarie per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del SSN, dei compiti e delle attività relativi ai settori del ruolo unico di assistenza primaria, di medicina dei servizi territoriali, di emergenza sanitaria territoriale e di assistenza negli istituti penitenziari. In tale contesto, ai sensi del vigente Accordo per il triennio 2019-2021, firmato il 4 aprile 2024 (di seguito, ACN), il medico di medicina generale «esercita un'attività libero-professionale contrattualizzata e regolamentata dall'ACN nel rispetto del modello organizzativo regionale e per il perseguimento del S.S.N.»<sup>34</sup>. Da questa previsione possiamo trarre alcune indicazioni essenziali ai fini della presente indagine, che attengono non solo alla natura giuridica del rapporto convenzionale del medico, ma anche alla funzionalizzazione della sua attività al modello organizzativo del sistema sanitario. È infatti indubbio che l'autonomia organizzativa del medico è conformata, e inevitabilmente circoscritta, all'esistenza di quel modello, in funzione dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza tendenzialmente omogenei sul territorio nazionale. A dire, cioè, che ciò

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

<sup>32</sup> A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio*, cit., p. 515.

<sup>33</sup> Corte cost. 28 aprile 2022, n. 106.

<sup>34</sup> Art. 2, co. 3, ACN.

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

Questo aspetto è stato ben sottolineato dalla giurisprudenza, più volte intervenuta in merito alla natura giuridica del rapporto convenzionale in esame. È stato così chiarito che esso, seppur istituito con lo scopo di soddisfare le finalità istituzionali del SSN, costituisce un rapporto privatistico di lavoro autonomo di tipo professionale con la pubblica amministrazione, ricondotto nell'ambito della c.d. parasubordinazione<sup>35</sup>, regolato dal contratto individuale di lavoro ma vincolato, quanto al contenuto, ai contratti collettivi e agli accordi integrativi regionali<sup>36</sup>. Si tratta, dunque, di un lavoratore autonomo, caratterizzato da una collaborazione coordinata e continuativa (art. 409 c.p.c.), che svolge un incarico di pubblico servizio. Il lavoro del medico «...si svolge di regola su un piano di parità con le aziende sanitarie locali e, pertanto, non permette di ravvisare un datore di lavoro...»<sup>37</sup>; e la Asl non può esercitare un potere autoritativo/direttivo sul medico in convenzione all'infuori di quello di sorveglianza sul corretto adempimento degli obblighi contrattuali, previsto dall'ACN<sup>38</sup>. La diversità – e incomparabilità – tra il regime giuridico del medico convenzionato e di quello dipendente è stata di recente ribadita dal Consiglio di Stato, secondo il quale il primo è fondato su di una convenzione «la quale risponde, nel momento in cui viene scelta come strumento operativo delle Pubblica Amministrazione, ad un interesse pubblico concreto da amministrarsi anche secondo discrezionalità tecnica; essa fonda su di un interesse valutato al momento dalla pubblica amministrazione. Altra è la situazione giuridica del medico dipendente, assunto sulla base di un

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

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

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

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

concorso pubblico, fondata sulla esigenza della pubblica amministrazione assolutamente strutturale, di dotarsi periodicamente di personale, in questo caso medico, assunto sulla base delle ordinarie necessità di organico»<sup>39</sup>. Le rispettive prestazioni non sono assimilabili<sup>40</sup>; con conseguente inapplicabilità – ferma l'assimilazione ai soli fini del trattamento processuale – di tutte le disposizioni che presuppongono la natura subordinata della prestazione<sup>41</sup>. L'ente pubblico, dunque, agisce nell'ambito esclusivo del diritto privato ed assume nei confronti del professionista gli obblighi che derivano dalla disciplina collettiva, alla quale la legge assegna un ruolo centrale, «affidandole la funzione specifica di garantire, su base pattizia, l'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale...sull'intero territorio nazionale»<sup>42</sup>.

#### 4. La disciplina lavoristica

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

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

<sup>40</sup> Cass. 29 luglio 2008, n. 20581.

<sup>41</sup> Cass. S.U. 31 gennaio 2006, n. 2045.

<sup>42</sup> Cass. 14 febbraio 2023, n. 4524.

collettivi nazionali. Il sistema si articola su più livelli: a livello nazionale sono individuate le funzioni essenziali che tali medici devono assicurare, nonché la definizione della retribuzione; a livello regionale e aziendale sono invece individuati i compiti e gli obiettivi coerenti con la programmazione sanitaria, e sono definiti i criteri per la remunerazione variabile e di incentivazione. Pur essendo liberi professionisti, i medici di medicina generale partecipano in modo significativo al conseguimento degli obiettivi prefissati a livello regionale<sup>43</sup>.

L'ACN per il triennio 2019-2021 ha portato a compimento il (già richiamato) percorso tracciato dal d.l. n. 158/2012, prevedendo l'adesione obbligatoria dei medici di medicina generale all'assetto organizzativo definito a livello regionale e alle forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali presenti sul territorio. È importante ricordare che, ai sensi dell'Accordo, gli atti di programmazione inerenti alle Aft e le modalità di partecipazione dei medici alle Uccp sono definiti attraverso gli accordi integrativi regionali<sup>44</sup>. In particolare, l'Uccp opera in forma integrata all'interno di Case della Comunità<sup>45</sup> e in continuità assistenziale con le Aft, rispondendo ai bisogni di salute complessi. Il carattere multiprofessionale è garantito attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, con le altre professionalità convenzionate con il SSN. Ogni Aft è dunque funzionalmente collegata alla propria Uccp di riferimento e, tramite essa, i medici di medicina generale si raccordano alle attività della forma organizzativa multiprofessionale nel rispetto della programmazione regionale. Tra gli obiettivi della Uccp è incluso anche «il grado di integrazione tra i componenti»; la valutazione dei risultati raggiunti dai medici in essa

<sup>43</sup> F. GIGLIONI, *Manuale di Diritto sanitario*, Neldiritto Editore, 2024, p. 163.

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

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

operanti costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del loro trattamento economico<sup>46</sup>.

Se guardiamo adesso allo stato giuridico del medico di medicina generale, le peculiarità si rinvengono già nelle fasi e nelle modalità di formazione iniziale e di reclutamento. A differenza di quanto avviene per il lavoro pubblico subordinato – a cui il medico accede solo mediante pubblico concorso per esami e titoli e con il requisito essenziale del possesso di una specializzazione universitaria specifica<sup>47</sup> – il rapporto di lavoro convenzionale si instaura mediante una selezione per soli titoli<sup>48</sup>. In aggiunta, il diploma di formazione in medicina generale<sup>49</sup>, acquisibile dopo la frequenza di un corso di durata triennale e necessario ai fini dell'inserimento nelle relative graduatorie regionali, non è equiparato ad una specializzazione universitaria, né è organizzato con un programma formativo omogeneo nazionale. A differenza di quanto avviene per le altre professioni mediche, la formazione del medico di medicina generale è infatti gestita dalle Regioni, che bandiscono i posti per la scuola in base alla disponibilità finanziaria concessa dal ministero della Salute. L'importo della borsa è a dir poco esiguo (in media 966 euro lordi al mese<sup>50</sup>), considerando altresì il rigido regime di incompatibilità previsto dall'ACN: durante la formazione è possibile solo accettare incarichi di sostituzione di medico di medicina generale e di guardia medica; la borsa non è compatibile con la specializzazione o il dottorato di ricerca e con l'attività libero professionale, né è consentito avere rapporti professionali con istituzioni, enti pubblici e privati, né con lavoro convenzionale, di dipendenza o consulenza con il SSN.

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

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

<sup>48</sup> Corte d'Appello Venezia, sez. lavoro, 23 luglio 2015, n. 365.

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

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

Guardando poi alle regole che presidiano lo svolgimento dell'attività lavorativa, è necessario premettere che il vigente ACN ha portato a compimento il percorso avviato nella precedente tornata contrattuale<sup>51</sup>, dando effettiva attivazione al c.d. ruolo unico, previsto dal richiamato d.l. n. 158/2012. In tale figura confluiscono i medici di medicina generale, che ora assumono la denominazione di medici del ruolo unico dell'assistenza primaria a "ciclo di scelta", e i medici di continuità assistenziale<sup>52</sup>, ora medici del ruolo unico dell'assistenza primaria ad attività oraria. Più in particolare, si prevede che i medici del ruolo unico svolgono la loro attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle Aft e nelle Uccp; ai medici del ruolo unico operanti a tempo indeterminato nelle Aft a rapporto orario è consentita l'iscrizione negli elenchi di scelta; se operanti a ciclo di scelta, è consentita l'attribuzione di incarico orario. In questo nuovo assetto, l'ACN definisce i compiti del medico del ruolo unico, garantendogli – fin dall'inizio dello svolgimento della professione ambulatoriale – il tempo pieno, da perseguire individualmente, con attività propria, e attraverso la rete degli studi medici della propria Atf. In particolare, dal 2025 l'incarico «è conferito in una sola Azienda e comporta lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali, con progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria», prevedendosi la «riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti»<sup>53</sup>. Per consentire il bilanciamento delle ore dedicate alle due attività, l'ACN prevede una progressiva riduzione di quella oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico (fino al massimale di 1500

<sup>51</sup> ACN per il triennio 2016-2018, sottoscritto il 28 aprile 2022.

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

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

assistiti), seguendo precisi scaglioni<sup>54</sup>. In sostanza, l'impegno di ogni medico all'interno della propria Aft garantisce l'integrazione tra le attività svolte a favore degli assistiti in carico al singolo medico e quelle orarie svolte a favore di tutti gli assistiti dell'Aft. I medici a ciclo di scelta con un numero ridotto di pazienti garantiscono anche attività orarie, fino al conseguimento di un orario settimanale rapportabile fino al massimo richiamato; in modo analogo, i medici titolari di incarico a rapporto orario possono progressivamente acquisire pazienti a ciclo di scelta, fino a concorrenza di quel massimale. La disciplina del nuovo assetto organizzativo dell'assistenza primaria è rinviata agli Accordi regionali, che devono individuare il rapporto ottimale tra il numero dei medici operanti nel territorio e gli abitanti residenti; per la valutazione del fabbisogno assistenziale (a scelta e su base oraria) l'articolazione organizzativa da considerare è l'Atf. In caso di carenza assistenziale, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti, l'Azienda propone ai medici già in servizio il completamento del loro impegno settimanale; se il fabbisogno permane, "procede all'assegnazione di incarichi del ruolo unico di assistenza primaria (38 ore) con obbligo di contemporanea apertura dello studio per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta nella Aft assegnata"<sup>55</sup> (o in altra zona indicata). Lo studio professionale privato è presidio del SSN e «concorre al perseguimento degli obiettivi di salute del medesimo servizio nei confronti del cittadino mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate; lo stesso è utilizzabile, previo accordo tra i medici, per lo svolgimento dell'attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria»<sup>56</sup>. Il trattamento economico include il compenso per l'attività a ciclo di scelta e quello ad attività oraria. La prima è remunerata con un compenso capitaro per assistito, cui si aggiungono una quota variabile (finalizzata all'effettuazione di specifici programmi di attività), una quota per servizi e una quota del fondo aziendale dei fattori produttivi, tutte definite a livello nazionale

<sup>54</sup> Ovvero: 12 ore da 1001 a 1200 assistiti, 6 ore da 1201 a 1500 assistiti.

<sup>55</sup> Art. 33, co. 1, ACN.

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

e negoziate a livello regionale; è prevista anche una quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale<sup>57</sup>. L'accordo fissa poi il compenso dovuto al medico per ogni ora di attività svolta. La giurisprudenza ha chiarito che alle previsioni contenute negli accordi nazionali e integrativi devono conformarsi, a pena di nullità, i contratti individuali. Al punto che anche esigenze di riduzione della spesa, sopravvenute alla valutazione di compatibilità finanziaria dei costi della contrattazione, devono essere fatte valere nel rispetto delle procedure di negoziazione collettiva e degli ambiti di competenza dei diversi livelli di contrattazione e non legittimano la singola azienda sanitaria, a fronte di prestazioni invariate, a ridurre unilateralmente i compensi previsti dalla contrattazione integrativa regionale<sup>58</sup>.

Soffermando l'attenzione sulla disciplina più strettamente lavoristica applicabile al medico di medicina generale, le indicazioni che si ricavano dall'ACN sono piuttosto scarse. Da una parte sono esaltate le caratteristiche di indipendenza organizzativa rispetto alle decisioni aziendali, richiedendosi al medico di assicurare i mezzi di produzione, cioè gli strumenti professionali e logistici necessari per l'espletamento della sua attività (facendosi carico dei relativi costi). Dall'altra, si prevedono regole puntuali, che dovranno trovare ulteriore declinazione a livello regionale/aziendale. Soffermandoci su quelle più significative, viene in rilievo, innanzitutto, la sospensione dal servizio in alcune specifiche situazioni<sup>59</sup>. È il caso della malattia e degli infortuni<sup>60</sup>, adesso considerati periodi utili ai fini dell'anzianità di servizio. La sospensione opera anche per documentati motivi assistenziali nei riguardi di familiare con gravi motivi di salute (fino ad un massimo di 3 giorni/turni al mese); è previsto il diritto alla sospensione parziale dall'attività convenzionale per periodi non superiori a diciotto mesi nell'arco di cinque anni per

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

<sup>58</sup> Cass. 12 ottobre 2021, n. 27782; Cass. n. 4524 del 2023, *cit.*

<sup>59</sup> Art. 22, ACN.

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

assolvere a particolari esigenze di cura familiare<sup>61</sup> (in questo caso, però, non è prevista alcuna indennità da parte dell'Enpam, e il medico è tenuto a pagare il suo sostituto).

L'apparato protettivo tiene poi conto del mutato assetto che sta caratterizzando questa figura professionale. Merita in particolare di essere segnalata l'introduzione di alcune tutele rivolte alla genitorialità e alla maternità, in risposta alla crescente femminilizzazione anche di questa professione sanitaria<sup>62</sup>. È così prevista la sospensione – integrale o parziale – dell'attività convenzionale nei casi di gravidanza e puerperio, con regole differenziate in ragione del fatto che il medico operi con incarico orario o con attività a ciclo di scelta. Nel primo caso, la sospensione dell'attività è obbligatoria per tutto il periodo previsto come tale per i lavoratori dipendenti; nel secondo, invece, per il medesimo periodo può essere richiesta la sospensione totale o parziale dell'attività, secondo quanto previsto dall'art. 36, co. 9 e 10<sup>63</sup>. Se in questo caso la sospensione resta opzionale, la sua durata temporale è adesso allineata alle regole vigenti nell'area del lavoro subordinato (5 mesi). L'esplicito rinvio al successivo art. 36 chiarisce che, solo in questo secondo caso, l'entità del compenso dovuto al sostituto sarà pari al 70% di quanto spettante al titolare in quota capitaria (con variazioni percentuali mensili correlate ai mesi invernali e estivi), mentre il restante 30% è corrisposta al titolare assente (sostituito). Una ripartizione interamente “a carico del medico titolare”, trattandosi di due parti percentuali in cui, convenzionalmente, è suddiviso il suo compenso. Novità importante è che in caso di gravidanza e per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino la continuità dell'assistenza può essere garantita anche prevedendo l'utilizzo della telemedicina<sup>64</sup>. Per favorire una migliore conciliazione del rapporto vita/lavoro del medico, viene poi istituito un Tavolo di consultazione

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

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

<sup>63</sup> Art. 22, ACN.

<sup>64</sup> Art. 44, co. 7, ACN.

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

Vige, infine, un rigido regime di incompatibilità e limiti all'esercizio della libera professione, potendo il medico di medicina generale svolgere attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio, dandone comunicazione all'Azienda, «purché lo svolgimento di tale attività non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei propri compiti convenzionali, ivi compresi quelli riferiti all'attività all'interno della Aft» (art. 28). Il medico resta libero di stabilire l'orario di lavoro, dovendo però rispettare i minimi orari e le fasce orarie di copertura stabilite dagli ACN<sup>66</sup>, e comunicare obbligatoriamente all'Azienda sanitaria le eventuali modifiche degli stessi. Per quanto riguarda poi l'attività oraria rivolta agli assistiti dell'Aft e/o dell'Uccp di riferimento (che, si ricorda, è svolta in parte anche dal medico di medicina generale<sup>67</sup>), essa è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale ed è organizzata dall'Azienda sanitaria «in coerenza con la programmazione regionale, tenuto conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici di scelta e dell'offerta assistenziale in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche del territorio e all'offerta assistenziale». L'attività programmata e coordinata all'interno dell'Aft è prestata con flessibilità oraria ed articolazione dei turni funzionale all'assetto organizzativo territoriale, con un orario giornaliero minimo di 4 ore e massimo di 12. Le sedi di svolgimento dell'attività oraria sono assegnate dall'Azienda, che predispone, su base distrettuale, i turni di servizio, sentiti i medici interessati<sup>68</sup>.

<sup>65</sup> Art. 7, co. 4, ACN.

<sup>66</sup> Puntualmente indicati nell'art. 35, co. 5, ACN.

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

<sup>68</sup> Art. 44, ACN.

### **5. I lavori degli altri medici convenzionati. Cenni**

Il richiamato impianto regolativo si differenzia da quello dettato, dal medesimo ACN, per i medici di medicina dei servizi territoriali, la cui relazione giuridica con il servizio sanitario è pure mediata dalla convenzione<sup>69</sup>; con margini di autonomia individuale che appaiono, però, ben più circoscritti. Per questi medici incaricati a tempo indeterminato, che operano all'interno del medesimo contesto organizzativo del medico a ruolo unico, si rinvengono previsioni più articolate: innanzitutto, il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti affidati dall'Azienda, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi ed alla tipologia dell'attività, dovendo osservare l'orario di attività indicato nella lettera di incarico, provvedendo le Aziende al controllo con gli stessi metodi adottati per il personale dipendente<sup>70</sup>. Ancora: per ogni anno di effettivo servizio ha diritto a un permesso annuale retribuito irrinunciabile di trenta giorni (di fatto, un periodo di ferie); è riconosciuto il congedo matrimoniale<sup>71</sup>; è prevista una rafforzata tutela in caso di assenze per malattia e infortunio, durante le quali il medico riceve l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio per i primi sei mesi, e il 50% per i successivi tre mesi, con garanzia di conservazione dell'incarico per ulteriori quindici mesi, senza retribuzione; beneficia della tutela in caso di gravidanza e puerperio, con garanzia della conservazione dell'incarico per sei mesi continuativi e la corresponsione dell'intero trattamento economico goduto in attività di servizio, per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane<sup>72</sup>.

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

<sup>69</sup> Art. 2, co. 1, ACN.

<sup>70</sup> Art. 51, ACN.

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

<sup>72</sup> Art. 55, ACN.

iti nell'ambito della riorganizzazione territoriale dell'assistenza medica, con una connessione più stretta tra la specialistica ambulatoriale e la medicina generale. Si tratta, anche in questo caso, di medici che "esercitano un'attività convenzionale operante in regime di parasubordinazione nell'ambito dell'organizzazione del SSN per il perseguimento delle finalità dello stesso SSN"<sup>73</sup>; con una regolamentazione che, peraltro, richiama espressamente – e dovrebbe adeguarsi – al d.lgs. n. 165/01 sul pubblico impiego<sup>74</sup>. Anche in questo caso la professione del medico, pur se caratterizzata da ampi margini di flessibilità, è assoggettata al rispetto di una serie di "regole" stringenti. Basta qui richiamare la previsione per cui, nell'ambito della medicina specialistica, le scelte organizzative sono quasi integralmente rimesse alle decisioni aziendali, a partire dall'orario di lavoro ambulatoriale che – ancorché sommato ad altra attività compatibile – non può superare le 38 ore settimanali, e deve essere «indicato nella lettera di incarico». È altresì previsto il controllo, da parte delle Aziende, «con gli stessi metodi adottati per il personale dipendente»<sup>75</sup>; l'inosservanza ripetuta dell'orario costituisce infrazione contestabile, con conseguente applicabilità – previo procedimento disciplinare – di un severo sistema sanzionatorio. Vige, ancora, un rigoroso regime di incompatibilità, che rinvia a quello proprio del lavoratore dipendente dalla pubblica amministrazione, a partire dal principio di esclusività<sup>76</sup>. Particolari tutele sono riconosciute per maternità e genitorialità. Il vigente accordo prevede – analogamente a quanto indicato nell'ACN dei medici di medicina generale – che al tavolo di consultazione annuale le parti possono discutere iniziative volte a favorire la conciliazione vita-lavoro delle lavoratrici<sup>77</sup>. Riservando anche in questo caso particolare attenzione alla femminilizzazione della professione, risultano ulteriormente rafforzate le tutele per la maternità<sup>78</sup>, con previsione della possibile flessibilità di

<sup>73</sup> Art. 2, co. 2, ACN.

<sup>74</sup> Così dispone l'art. 1, co. 4 dell'ACN.

<sup>75</sup> Art. 28, co. 2, ACN.

<sup>76</sup> Art. 27, ACN.

<sup>77</sup> Art. 12, co. 4, ACN.

<sup>78</sup> Art. 34, ACN.

orario e sede di servizio che sembra tenere in considerazione anche le esigenze dei medici padri<sup>79</sup>.

A leggere comunque le diverse declaratorie convenzionali contenute negli accordi nazionali – per i medici di medicina generale, attività libero-professionale, ascrivibile, per costante giurisprudenza, alla categoria della parasubordinazione; per gli specialisti ambulatoriali, attività convenzionale espressamente qualificata quale parasubordinata – da un punto di vista strettamente giuridico appaiono di difficile comprensione, e si giustificano sempre di meno, le diversità di disciplina lavoristica, dal momento che si tratta sempre e comunque di lavoratori autonomi che operano in regime di convenzione<sup>80</sup>. Senza considerare che nel diritto del lavoro il tratto distintivo che separa la c.d. parasubordinazione dalla subordinazione è dato proprio dalla diversa – o meglio, dalla più o meno intensa – rilevanza delle determinazioni organizzative aziendali, dall’inserimento nell’organizzazione del creditore della prestazione di lavoro, dall’assoggettamento alle direttive e alle unilaterali disposizioni impartite da quest’ultimo<sup>81</sup>. E, in alcune delle attività mediche ora richiamate, sono ben rinvenibili indici che avvicinano quelle prestazioni all’area della subordinazione.

A fronte della espressa qualificazione dei rapporti lavorativi fini qui richiamati, resta comunque fermo il principio generale di indisponibilità del tipo negoziale da parte sia della legge, sia della volontà, individuale e collettiva, delle parti<sup>82</sup>; l’esistenza del vincolo di subordinazione – così come la sua assenza – deve infatti essere valutata da giudice caso per caso, «in funzione di tutti gli elementi e di tutte le circostanze che caratterizzano i rapporti fra le parti»<sup>83</sup>. Si tratta di una valutazione complessa, da compiere alla luce di molteplici fattori, anche “di contesto”. È quanto

<sup>79</sup> Art. 30, co. 4, ACN.

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

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

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

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

emerge dalla pronuncia in cui i giudici delle leggi – chiamati a valutare la qualificazione giuridica dei rapporti di lavoro degli infermieri incaricati presso gli istituti di prevenzione e di pena (dalla legge qualificati autonomi) – ne hanno negato la natura subordinata<sup>84</sup>, seppur in presenza di un rapporto di lavoro svolto all'interno dell'istituto, articolato in turni e caratterizzato dall'assoggettamento a direttive (se pur non dettagliate) di natura tecnica e amministrativa. La Corte, proprio nel dare risalto alle “specificità situazionali” in cui si svolge la prestazione lavorativa, non ha rinvenuto un contrasto con il richiamato principio della indisponibilità del tipo negoziale, avendo piuttosto voluto il legislatore evidenziare le peculiarità di una prestazione d'opera sottoposta a vincoli di controllo del committente “solo” in ragione del luogo in cui la prestazione stessa si svolge, e non di un potere direttivo. Di tal ché, al di fuori di un siffatto contesto “extralavorativo”, ben può ritenersi che le motivazioni addotte dalla Corte – e il relativo “risultato” qualificatorio – possano essere divergenti.

## 6. Conclusioni

L'indagine fin qui condotta restituisce una fotografia con luci ed ombre. Innanzitutto, il nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale è, in quasi tutte le realtà regionali, ancora sulla carta. L'ultimo monitoraggio sull'attuazione del d.m. n. 77/2022 restituisce dati preoccupanti<sup>85</sup>: su 1.717 Case di comunità programmate entro il 2026, al 20 dicembre 2024 solo 46 hanno attivato tutti i servizi previsti dal decreto, comprensivi di presenza medica e infermieristica; 485 hanno almeno un servizio attivo. I tempi per la piena realizzazione del modello si preannunciano, dunque, ancora lunghi.

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

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

<sup>85</sup> Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio dm 77/2022, II semestre 2024, 14 marzo 2025, consultabile in [https://www.agenas.gov.it/images/2025/DM\\_77/Report\\_nazionale\\_II\\_semestre\\_2024.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/2025/DM_77/Report_nazionale_II_semestre_2024.pdf).

implementazione. La sua messa a regime comporterà, in prospettiva, la riconducibilità della figura del medico di medicina generale “genuino” nel “solo” medico del ruolo unico dell’assistenza primaria a ciclo di scelta con un numero di assistiti superiore a 1500. Negli altri casi, il professionista sarà tenuto a svolgere un’attività oraria aggiuntiva, in sede diversa da quella ambulatoriale<sup>86</sup>, modulata in ragione dei pazienti, fino al raggiungimento di 38 ore settimanali. Con il rischio di una continua riparametrazione tra le due attività, al variare del numero degli assistiti<sup>87</sup>. Questo ibridismo regolativo conduce a un assetto poliforme di compiti e funzioni, che inevitabilmente offusca, e sbiadisce, il tradizionale ruolo del medico di famiglia, incentrato sul rapporto fiduciario paziente/medico e su una cura che integra elementi di salute individuale alla integrazione familiare, territoriale e comunitaria dell’assistito. Una differenza con il medico ospedaliero cui una fin troppo semplicistica terminologia vorrebbe riconoscere al medico ospedaliero la funzione di “cura” e a quello di medicina generale quella di “prendersi cura”<sup>88</sup>. Funzione, quest’ultima, peraltro sempre più messa in crisi dalla diminuzione dei tempi di cura, dal crescente carico del lavoro “digitalizzato”, anche burocratico, che pesa sul medico<sup>89</sup>, spesso finalizzato al controllo della spesa pubblica piuttosto che sul buon esito della salute dei propri assistiti; dal suo isolamento rispetto al sistema sanitario, perché non ricompreso nel personale strutturato<sup>90</sup>. La presa in cura, evidentemente, può essere ben più efficace se realizzata da un team di professionisti coeso e collaborativo; presupposto per la modernizzazione del sistema di assistenza territo-

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

<sup>87</sup> V. *supra*, nota 52.

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

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

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

riale è, del resto, la piena integrazione di tutto il personale coinvolto all'interno dei servizi distrettuali. La tutela della salute dipende sempre più dall'apporto di conoscenze che provengono da discipline diverse, la cui combinazione comporta una continua ridefinizione dei contenuti professionali, del ruolo, delle funzioni svolte dai molteplici professionisti che operano all'interno di strutture sempre più complesse. Gli stessi processi assistenziali richiedono una grande flessibilità delle strutture organizzative, la cui *performance* dipende fortemente dalla loro capacità di coinvolgere, coordinare e motivare tutti i professionisti che operano al loro interno<sup>91</sup>. Dunque, affinché il nuovo modello assistenziale possa trovare effettiva ed efficace realizzazione, è richiesta: una adeguata dotazione di risorse finanziarie, per assumere le necessarie professionalità; una solida capacità organizzativa e manageriale delle strutture sanitarie, che siano in grado di gestire un processo complesso, e in continua evoluzione; e una maggiore omogeneità regolativa per tutti i medici che – pur con le loro specificità e autonomia – quotidianamente, fianco a fianco, operano sul territorio. È infatti evidente che, quanto più si ritiene che i diversi segmenti del sistema sanitario nazionale debbano maggiormente integrarsi in una logica di sistema unitario, le differenze di stato giuridico si giustificano sempre meno<sup>92</sup>.

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

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

<sup>92</sup> C. RUSSO, *Lo stato giuridico del personale medico*, cit.

integralmente a carico del medico di medicina generale. Anche la valorizzazione – rinvenibile nei richiamati Accordi nazionali – del rapporto tra professionalità e innovazione tecnologica, attraverso il ricorso, ove possibile, alla telemedicina<sup>93</sup>, è indubbiamente funzionale a garantire rapidità di risposta e continuità assistenziale in situazioni di maggiore difficoltà nell'erogazione del servizio. E tuttavia, l'ampio utilizzo di strumenti digitali può comportare un sovraccarico lavorativo che, se non correttamente gestito, può diminuire la qualità del servizio offerto e disattendere le crescenti aspettative dei pazienti<sup>94</sup>.

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

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

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

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

The general practitioner: labour profiles

*Paola Bozzao*

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

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

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

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

# 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*»<sup>1</sup>.

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 territoriale<sup>2</sup>.

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

<sup>1</sup> A. BERNARDINI, *Memorie di un medico condotto*, Albatros, 2013, p. 257.

<sup>2</sup> 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-Regioni<sup>3</sup>.

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 amministrazione<sup>4</sup>. 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»<sup>5</sup>. In altre parole, lo strumento convenzionale consente di garantire standard di salute uniformi<sup>6</sup> mediante l'attività medica svolta in via autonoma e non dipendente ma comunque rientrante nell'ambito dell'organizzazione sanitaria<sup>7</sup>.

<sup>3</sup> «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.

<sup>4</sup> 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».

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> «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.

<sup>7</sup> «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 comunale<sup>8</sup>.

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 sanitario<sup>9</sup>.

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 abbienti<sup>10</sup>. 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 motivi<sup>11</sup>.

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

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

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

<sup>10</sup> 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».

<sup>11</sup> 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 obbligatoriamente<sup>12</sup> e usufruivano di una assicurazione sanitaria che copriva anche i familiari<sup>13</sup>. 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 mutue<sup>14</sup>, 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*"<sup>15</sup> che ha garantito a tutti i residenti sia cittadini sia stranieri il diritto ad essere assistiti indipendentemente dal reddito e dalle condizioni socio-economiche<sup>16</sup>. 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».

<sup>12</sup> 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.

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

<sup>14</sup> 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.

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

<sup>16</sup> 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](http://www.gimbe.org/SSN45)

l'indipendenza della professione del medico<sup>17</sup> di base da svolgere in maniera autonoma ma nel rispetto di quanto dettato dagli accordi con il SSN<sup>18</sup>. 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 SSN<sup>19</sup>, 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 base<sup>20</sup> 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 aziendali<sup>21</sup>.

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> 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).

<sup>19</sup> 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.

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

<sup>21</sup> 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.)<sup>22</sup>. 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 Regioni<sup>23</sup> 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»<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> 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.

<sup>23</sup> 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».

<sup>24</sup> 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»<sup>25</sup>.

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 applicativi<sup>26</sup>.

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».

<sup>25</sup> 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».

<sup>26</sup> 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 salute<sup>27</sup>. 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 nazionale<sup>28</sup>. 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.

<sup>27</sup> 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.»

<sup>28</sup> 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 rilevanti<sup>29</sup>. In Lombardia allo sviluppo di progetti di telemedicina<sup>30</sup>. 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 territorio<sup>31</sup>. 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

<sup>29</sup> 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, art. 17.

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

<sup>31</sup> 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 SSN<sup>32</sup>. Questa caratteristica delle convenzioni mediche le rende del tutto peculiari nell’ambito delle convenzioni pubblicistiche “classiche”<sup>33</sup> intese come accordi tra soggetti pubblici e privati volti a disciplinare un interesse comune<sup>34</sup>. 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*»<sup>35</sup> che si sviluppa su almeno tre aspetti.

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

<sup>33</sup> G. FALCON, *Le convenzioni pubblicistiche. Ammissibilità e caratteri*, Milano, Giuffrè, 1984.

<sup>34</sup> 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.

<sup>35</sup> «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 schematico 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 convenzione<sup>36</sup>. 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 prestazionali<sup>37</sup>. 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 privatistiche<sup>38</sup> per consentire al medico di partecipare, anche se in qualità di libero professionista, all'organizzazione della sanità<sup>39</sup>.

<sup>36</sup> 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».

<sup>37</sup> 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».

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

<sup>39</sup> 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»<sup>40</sup>. 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»<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> 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.

<sup>41</sup> 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 convenzioni<sup>42</sup>. Ciò significa che le misure introdotte a livello nazionale per garantire la salute pubblica devono essere recepite necessariamente nello strumento negoziale per poter essere attuate<sup>43</sup>. 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 convenzione<sup>44</sup>. 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 interregionali<sup>45</sup> da un lato e le sigle sindacali dall'altro<sup>46</sup>. 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

<sup>42</sup> 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.

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

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

<sup>45</sup> 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».

<sup>46</sup> Sui profili generali, si veda B.G. MATTARELLA, *Sindacati e pubblici poteri*, Milano, Giuffré, 2003.

che non si ritengono, però, sufficienti gli investimenti introdotti dalla Regione per le esigenze di salute della popolazione<sup>47</sup> 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 Conferenza<sup>48</sup> 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»<sup>49</sup>, 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 negoziali<sup>50</sup>.

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

<sup>48</sup> 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».

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

<sup>50</sup> 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 professionale<sup>51</sup> 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

<sup>51</sup> 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 essere<sup>52</sup>, 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

<sup>52</sup> 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 territori<sup>53</sup>. 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»<sup>54</sup>.

<sup>53</sup> 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.

<sup>54</sup> 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 Resilienza<sup>55</sup>. La tecnologia viene anche considerata determinante per il telemonitoraggio al fine di promuovere l’assistenza domiciliare e garantire la capillarità delle cure<sup>56</sup>. 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 medicina<sup>57</sup>.

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».

<sup>55</sup> 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.

<sup>56</sup> 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».

<sup>57</sup> 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 territorio<sup>58</sup>. Si fa ad esempio riferimento allo svolgimento di «percorsi formativi multidisciplinari»<sup>59</sup> 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 concrete<sup>60</sup>.

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 nazionale<sup>61</sup>. 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 generale<sup>62</sup>.

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-

<sup>58</sup> 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.

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

<sup>60</sup> Art. 17 dell'Accordo collettivo della regione Lazio, cit.

<sup>61</sup> 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'AIR 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».

<sup>62</sup> 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 telemedicina<sup>63</sup>.

<sup>63</sup> 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'aggiornamento<sup>64</sup>. 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.

<sup>64</sup> «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. Assetti, 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)<sup>65</sup>. 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

<sup>65</sup> 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 pubblico<sup>66</sup> e si è evidenziata la subordinazione eccessiva del libero professionista al sistema pubblicistico<sup>67</sup>. 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.

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

<sup>67</sup> 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 sanità<sup>68</sup>. 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 legge<sup>69</sup>. 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»<sup>70</sup>.

<sup>68</sup> 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.

<sup>69</sup> 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.

<sup>70</sup> 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»<sup>71</sup>.

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».

<sup>71</sup> 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 territorio<sup>72</sup>. Ciò è evidente soprattutto nelle aree disagiate sprovviste di presidi medici o ospedali nelle vicinanze<sup>73</sup> 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 PNRR<sup>74</sup>, 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 pandemia<sup>75</sup>, 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.

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

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

<sup>74</sup> 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.

<sup>75</sup> 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 essere<sup>76</sup>. 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 parti<sup>77</sup>. 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 dipendenza<sup>78</sup>. 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 ricostruzioni<sup>79</sup>,

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

<sup>77</sup> 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.

<sup>78</sup> 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.

<sup>79</sup> FIMMG, *Per una riforma della medicina generale*, in [fimmg.org](http://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 strutture<sup>80</sup>.

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 telemedicina<sup>81</sup>.

### ***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

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

<sup>81</sup> 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<sup>82</sup>.

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"<sup>83</sup> 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 necessario<sup>84</sup>.

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

<sup>83</sup> E. BORGONVI, *Il ritorno al futuro. Il Ruolo del medico di medicina generale*, in *Merco-san*, 51, 2004.

<sup>84</sup> 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 territorio<sup>85</sup>, 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 autoregolatrici, potrebbero permettere un rinnovamento finalizzato al recupero di efficienza, efficacia e flessibilità»<sup>86</sup>.

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

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

<sup>86</sup> 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.

## 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 oggi<sup>1</sup>. 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.

<sup>1</sup> 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"<sup>2</sup>. 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 oggi<sup>3</sup>. Questo spiega perché, ancora adesso, molti atti medicinali

<sup>2</sup> 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>.

<sup>3</sup> 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*<sup>4</sup>, 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).

<sup>4</sup> 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 mediche<sup>5</sup> 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,

<sup>5</sup> 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”<sup>6</sup>, 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”<sup>7</sup>. 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 diritto<sup>8</sup>. Tuttavia, queste libertà non sono assolute, come ha sottolineato il *Conseil constitutionnel*

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

<sup>7</sup> CE, 30 aprile 1997, n. 180838, n. 180837 e n. 180867.

<sup>8</sup> 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 bilancio<sup>9</sup>. 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"<sup>10</sup>, 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

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

<sup>10</sup> 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 1958<sup>11</sup> fu la creazione di centri ospedalieri universitari con personale medico con lo status di funzionari pubblici (medici ospedalieri)<sup>12</sup>. 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 autodeterminazione<sup>13</sup>. 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 amministrativa<sup>14</sup>. Queste due caratteristiche della libertà di stabilimento non vengono quindi modificate dal sistema sopra citato, ma i medici devono ora registrare ufficialmente la loro

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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<sup>ème</sup> ed., Dalloz, 2020.

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

<sup>14</sup> 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 paziente<sup>15</sup>. 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*<sup>16</sup> (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 attività<sup>17</sup>:

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.

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

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

<sup>17</sup> 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 2024-2029<sup>18</sup>. 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 fisso<sup>19</sup>. 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

<sup>18</sup> *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>.

<sup>19</sup> 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 2020<sup>20</sup>, 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

<sup>20</sup> 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 2004<sup>21</sup>, 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 rimborso<sup>22</sup>. 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.

<sup>21</sup> Legge n. 2004-810 del 13 agosto 2004 relativa alla previdenza sociale.

<sup>22</sup> 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 deontologico<sup>23</sup> 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 1936<sup>24</sup> a riconoscere per

<sup>23</sup> 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».

<sup>24</sup> Cort. Cass., 20 maggio 1936, in *Revue générale du droit on line*, 1936, n. 6815, [www.revuegeneraledudroit.eu](http://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 1942<sup>25</sup>, 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»<sup>26</sup>. 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 rifiuto<sup>27</sup>. 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

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> Cort. Cass., 28 gennaio 1942, *Teyssier*, *Gaz. Pal.* 1942. 1. 177.

<sup>27</sup> 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.

e in un modo che 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»<sup>28</sup>, 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 cura<sup>29</sup>. La prima è il percorso di cura coordinato, che prevede che il medico di famiglia sia il primo operatore da consultare prima

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

<sup>29</sup> «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 consenso<sup>30</sup> (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

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

di personale rimangono una preoccupazione costante<sup>31</sup>. 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*<sup>32</sup> 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*<sup>33</sup>, abbia

<sup>31</sup> F.X. SCHWEYER, *Histoire et démographie médicales*, in *ADSP*, 2000, 32.

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

<sup>33</sup> 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

# The “Family Doctor” in Portugal. Key connections with the Social Security System

Ana Elisabete Ferreira\*, André Dias Pereira\*\*

## 1. Introduction. The History and Functioning of the Public Health System in Portugal

Portugal’s public health system, the *Serviço Nacional de Saúde* (SNS), has played a crucial role in ensuring access to healthcare for all citizens. Established after the 1976 Constitution, it has evolved to meet the needs of the population, adapting to new challenges and reforms over the years. A trivial synthesis of the history and functioning of the Portuguese public health system enables a better comprehension of its main developments, structure, and impact on society.

### 1.1. Historical Background

Before the creation of the SNS, healthcare in Portugal was largely fragmented and based on private initiatives, charitable institutions, and occupational health schemes. Many people, especially in rural areas, had limited access to medical services, as healthcare was mainly available to those who could afford it or were covered by employment-related health programs<sup>1</sup>.

We have clear records of what health care was in Portugal, since the fifteen century<sup>2</sup>. This allows us to verify that the strong debate on the

\* Integrated Researcher at UCILeR – University of Coimbra Institute for Legal Research. Assistant Professor at Miguel Torga’s Institute for Higher Education. Master of Laws. PhD in Bioethics. ORCID: 0000-0002-3845-3166.

\*\* Integrated Researcher at UCILeR – University of Coimbra Institute for Legal Research. Assistant Professor at Faculty of Law, University of Coimbra. Master of Laws. PhD in Law. Vice-President of the National Ethics Committee for Life Sciences. ORCID: 0000-0003-4793-3855.

<sup>1</sup> Cfr. M.A. LOPES: *Protecção Social em Portugal na Idade Moderna*, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010, p. 57.

<sup>2</sup> Cfr. A.E. FERREIRA, *A Assunção Jurídica da Vulnerabilidade – Os Grandes Debates do Final Do Século XIX à Primeira República in Revista do Instituto de Direito Brasileiro*, Ano 2, nº 4, 2013 pp. 2847-2897.

intervention of the State in the administration of health only looms with the First Republic<sup>3</sup>, already at the beginning of the twentieth century. The turning point came after the 1974 Carnation Revolution, which brought significant social and political changes. In 1979, the SNS was officially established under Law No. 56/79, inspired by principles of universal healthcare, solidarity, and equity. The goal was to provide free and accessible healthcare services to the entire population, financed primarily through taxation.

The social right to health protection shall be guaranteed by the National Health Service (Serviço Nacional de Saúde, SNS), according to the original version of the Constitution of the Portuguese Republic of 1976 (Constituição da República Portuguesa, CRP)<sup>4</sup>. The Minister of Social Affairs, Dr. António Arnaut, created the National Health Service through Law No. 56/79 of 15 September.

The first Basic Health Law dates to 1990 and, recently, Law No. 95/2019 of 4 September has taken its place. The 2019 Basic Health Law aims to strengthen the central and crucial role of the patient, reinforcing patient's rights<sup>5</sup> and centrality, recognising the importance of patient associations and their representation<sup>6</sup>, as well as their importance in achieving health and recognising the importance of genomic medicine.

## 1.2. *Structure and Organization of the SNS*

The Portuguese public health system is organized into several levels of care, ensuring comprehensive medical services from primary care to

<sup>3</sup> M.J. de ALMEIDA COSTA; R.M. FIGUEIREDO MARCOS, *A Primeira República no Direito Português*, Coimbra: Edições Almedina, 2010, p. 7.

<sup>4</sup> Article 64 of the Portuguese Constitution adopts the Beveridge system, unlike Article 35 of the Charter on Fundamental Rights of the European Union (Health care) and Article 3 of the Convention on Human Rights and Biomedicine, which mentions 'Equitable access to health care', the Portuguese Constitution requires that access to health be effective, following the Beveridge model, with financing based on taxes and providers being predominantly public (Art. 64 of the CRP). It states (2) "a) By means of a universal and general national health service which, with particular regard to the economic and social conditions of the citizens who use it, shall tend to be free of charge".

<sup>5</sup> For an analysis of patient's rights in Portugal, see A.D. PEREIRA, *Direitos dos Doentes e Responsabilidade Médica*, Coimbra, Coimbra Editora, 2014, *passim*.

<sup>6</sup> See – Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro – Carta para a Participação Pública em Saúde.

specialized hospital treatments. The system is managed by the Ministry of Health and structured into the following key components:

i) *Primary Health Care*

Primary healthcare serves as the entry point into the SNS and, traditionally, is provided through a nationwide network of health centres (*Centros de Saúde*) and Family Health Units (*Unidades de Saúde Familiar*)<sup>7</sup>. These facilities offer general medical consultations, maternal and child health services, vaccination programs, chronic disease management, and preventive care. Family doctors play here their first fundamental starring role, in coordinating patient care and referrals to specialists when necessary.

ii) *Hospital Care*

Portugal has a network of public hospitals that provide specialized medical treatments, surgeries, and emergency services. These hospitals are categorized into central, district, and local hospitals, depending on their size, specialization, and coverage area. Access to hospital services generally requires a referral from a family doctor, except in emergency situations, and in situations that are directly referenced by the SNS universal contact centre, called 'SNS 24'.

The Contact Centre of the National Health Service – SNS 24 through the Screening, Counselling and Referral Service is responsible for assessing and guiding citizens in the face of a non-emergent health problem. That is, through telephone contact, triage is carried out according to the clinical situation and the respective referral to the appropriate level of care – self-care, primary health care, emergency services, INEM or Poison Information Centre.

iii) *Continuing and Palliative Care*

The SNS also includes services for patients requiring long-term care, rehabilitation, or end-of-life care. These are provided through integrated networks of home care, specialized units, and palliative care centres. The aim is to offer dignified and compassionate care for individuals with chronic illnesses or disabilities.

<sup>7</sup> These terminologies changed in 2024, as we will see under.

#### iv) *Public Health Initiatives*

Preventive healthcare and health promotion are also priorities of the SNS. National programs focus on vaccination, disease screening, smoking cessation, nutrition, and mental health awareness. Additionally, Portugal has implemented policies to address major public health challenges, such as the decriminalization of drug use in 2000, which shifted the focus from punishment to treatment and harm reduction<sup>8</sup>.

### 1.3. *Financing and Sustainability*

The SNS is primarily funded through general taxation, ensuring that healthcare remains accessible to all citizens regardless of income<sup>9</sup>. The National Health Service (SNS) guides its actions by the principle of the tendency to free care provided, considering the economic and social conditions of citizens, as a central dimension of health protection policies to be promoted by the State<sup>10</sup>.

Within the framework of the Basic Health Law, approved by Law No. 95/2019, of 4 September, as well as the policy to improve access to health care, the situations of exemption from user fees have been progressively extended, with the aim of ensuring that its application aims only to guide the flows of users and control moral hazard<sup>11</sup>. Finally, in 2022, the user fees ended in all SNS services, remaining only in hospital emergency care service when there has been no prior referral or admission to hospitalization through the emergency room<sup>12</sup>.

Over the years, the SNS has faced several challenges, including an aging population, increasing demand for healthcare services, and financial constraints.

<sup>8</sup> Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro. See <https://transformdrugs.org/assets/files/PDFs/Drug-decriminalisation-in-Portugal-setting-the-record-straight.pdf>.

<sup>9</sup> Cfr. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies State of Health in the EU, *Portugal: Country Health Profile 2021*, Brussels, European Commission, 2021, pp. 8 and following.

<sup>10</sup> Cfr. A. ARNAUT, *Serviço Nacional de Saúde. SNS 30 anos de Resistência*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2020, p. 62.

<sup>11</sup> Cfr. S. DEODATO, *O Direito Fundamental à Proteção da Saúde*, Coimbra, Almedina, 2025, pp. 349 and following.

<sup>12</sup> Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio.

About social and medical challenges, there is a large consensus about the necessity of implementing strategies to better face multiple morbidity, which is a common topic of ‘developed’ and industrialized societies<sup>13</sup>. A relatively recent study, based on the first national health survey with physical observation – which was based on a representative probabilistic sample of the Portuguese population of 4911 people, aged between 25 and 74 years, estimated the prevalence of multiple morbidity in Portugal at 38.2%<sup>14</sup>. It was also observed that this prevalence increases with age and is higher in women and people from lower socioeconomic levels. Multiple morbidity is seen as an adaptive response to the interaction of the multiple biobehavioural and socio-environmental stimuli of modernity<sup>15</sup> and pointed out as one of the major factors of overload and pressure on European health systems<sup>16</sup>.

Along with multiple morbidity, Portugal, like other European countries, faces serious demographic difficulties, while ageing continues to increasingly represent a huge pressure factor for the SNS<sup>17</sup>.

Concerning financial challenges, Portugal has implemented various reforms in recent years, including: a) decentralization of health services to improve local management and responsiveness; 2) integration of health-care units into Local Health Units (*Unidades Locais de Saúde – ULS*)<sup>18</sup>, which combine hospitals and health centres under unified administration; and 3) investment in digital health solutions, such as electronic medical records and telemedicine, to enhance service efficiency and accessibility. At the same time, there has been, in recent decades, a strong commitment to preventive medicine and public health, through programs to combat

<sup>13</sup> C. SAKELLARIDES, *Serviço Nacional de Saúde: Dos Desafios da Atualidade às Transformações Necessárias* in *Ata Médica Portuguesa*, 33 (2), 2020 Feb, p. 133.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

<sup>15</sup> G. QUINAZ-ROMANA, I. KISLAYA, M. SALVADOR, S. CUNHA GONÇALVES, B. NUNES, C. DIAS *Multimorbidade em Portugal: Dados do primeiro inquérito nacional de saúde com exame físico* in *Acta Medica Portuguesa*, 32, 2019; pp. 30-7.

<sup>16</sup> ST. SKOU et al., *Multimorbidity* in *Nature Reviews Disease Primers*. 14;8(1):48, 2022 Jul.

<sup>17</sup> See M. KALLESTRUP-LAMB, A. O.K. MARIN, S. MENON, J. SØGAARD, *Ageing populations and expenditures on health* in *The Journal of the Economics of Ageing*, Vol. 29, 2024, pp. 1-11.

<sup>18</sup> F. GOIANA DA SILVA ET AL., *The Portuguese NHS 2024 Reform: transformation through vertical integration* in *Frontiers on Public Health*, 12, 2024, pp. 1-7.

obesity, alcohol, tobacco and drug consumption, the practice of physical exercise, the protection of oral health, the monitoring of maternal and child health and family planning<sup>19</sup>.

#### ***1.4. Impact and Future Perspectives***

Despite its challenges, the SNS has significantly improved health indicators in Portugal. Life expectancy has increased, infant mortality rates have dropped, and access to essential healthcare services has expanded. The system remains a pillar of social solidarity and equity, ensuring that medical care is a fundamental right rather than a privilege.

Looking ahead, Portugal will need to continue modernizing its healthcare system, addressing workforce shortages, improving primary care accessibility, and ensuring long-term financial sustainability. Innovations in digital health, personalized medicine, and integrated care models are expected to play a key role in shaping the future of public healthcare in the country. Portuguese public health system is still young. It has evolved from a fragmented and unequal model to a comprehensive and accessible system that serves the entire population. Through continuous reforms and adaptations, it has become a fundamental pillar of the country's social and healthcare policies. While challenges remain, the SNS continues to uphold the principles of universal healthcare, ensuring that all citizens receive the medical attention they need, regardless of their financial status.

#### ***1.5. Private Medicine and Health Insurance in Portugal***

Despite the prevalence of the National Health System, private medicine is growing strongly in the last 15 years. This is due in part to the relevance of the Civil Servants' Health Insurance (sickness benefits for civil servants) (ADSE)<sup>20</sup> that is public and created before the 1976 Constitution

<sup>19</sup> Art. 64 (2) of the Constitution states: «b) By creating economic, social, cultural and environmental conditions that particularly guarantee the protection of childhood, youth and old age; by systematically improving living and working conditions, and promoting physical fitness and sport at school and among the people; and also by developing the people's health and hygiene education and healthy living practices».

<sup>20</sup> ADSE provides supplementary health insurance that covers a range of medical services not fully included in the standard SNS plan. This includes reimbursements for a variety of healthcare services, such as specialist consultations, hospitalizations, surgeries, and pharmaceuticals. As Correia de Campos, *Gaveta de Reformas*, (2022) points out, this has increased since

and serves over 1 million people (over 10% of the population) and the growing demand for health insurance schemes, supported by companies and families.

Thus, in Portugal, the Beverige system is not pure, as it coexists with other systems: (1) health subsystems (social health insurance systems for certain professional groups such as security forces, health workers, and State [ADSE] and banking [SAMS] sectors) and (2) voluntary health insurance, between private parties and insurers.

The number of people holding private health insurance reached almost 3,6 million in 2023, which equates to over a third of the Portuguese population. The number of those insured under health policies rose by 3.3% in the first 6 months of the Covid pandemic. In 2023, the rise in inflation meant that private health care insurance prices rose by 6.7% and are expected to continue to increase throughout 2024.

A closer look at the economic-financial level will provide a clearer idea of the real magnitude of the difference between the two sectors. Regarding the sale of insurance, the market increased by 8.3% in 2020, to almost 950 million euros. By comparison, the Budget (consolidated revenue) of the Ministry of Health was 12,565.4 million euros in 2021 and has reached a record budget of 15.000 million euros in 2024.

Nevertheless, the role of private health financing is still very relevant in Portugal, mainly due to direct payments, particularly to cover medication costs. Voluntary health insurance and other out-of-pocket costs borne by families account for 36.6% of the total health expenditure in Portugal. Compared to other OECD countries, this is a very high value and has a regressive impact on society, as poor individuals spend relatively more on medication and healthcare than well-off members of society.

## **2. *The Role of Family Doctors: A Cornerstone of Healthcare***

Family doctors, also known as general practitioners (GPs), play a fundamental role in healthcare systems worldwide<sup>21</sup>. In Portugal, they serve as

the ADSE was liberated, in 2010, of paying public hospital and drugs bills and moved all that savings to engage with private hospital consultations and surgeries.

<sup>21</sup> W.B. VENTRES ET AL. *Storylines of family medicine I: framing family medicine – history, values and perspectives* in Family Medicine and Community Health. 12;12 (Suppl 3): e002788, 2024 Apr.

the first point of contact for patients, providing comprehensive, continuous, and personalized care for individuals and families across all ages, genders, and medical conditions. Their role extends beyond treating illnesses; they focus on preventive care, health education, and coordinating specialized treatments when necessary<sup>22</sup>.

The most relevant responsibilities of family doctors include:

i) *Comprehensive and Continuous Care*

In fact, one of the defining characteristics of family medicine is its broad scope. Family doctors diagnose and manage a wide range of health conditions, from common colds and infections to chronic diseases like diabetes and hypertension. Unlike specialists who focus on a specific organ system or disease, family doctors provide holistic care, considering the patient's overall health, lifestyle, and social circumstances.

Family physicians often develop long-term relationships with their patients, sometimes caring for multiple generations within a family. This continuity of care fosters trusts and enables doctors to better understand their patients' medical histories, leading to more accurate diagnoses and effective treatment plans.

ii) *Preventive Medicine and Health Promotion*

A key aspect of family medicine is prevention. Family doctors emphasize the importance of routine check-ups, screenings, and vaccinations to detect potential health issues early. They provide guidance on healthy lifestyle choices, including diet, exercise, smoking cessation, and mental well-being, to help patients prevent illnesses before they occur. They are also in charge of various health programs implemented by the government, such as the oral health promotion program, the diabetes control program or the national program for the prevention of suicide<sup>23</sup>.

iii) *Management of Chronic Diseases*

Chronic diseases, such as heart disease, diabetes, asthma, and arthritis, require ongoing medical attention and lifestyle management. Family doctors play a critical role in helping patients manage these conditions

<sup>22</sup> A. BISCAIA ET AL., *O médico de família português: uma narrativa* in *Cadernos de Saúde Pública*; 35 (1): e00127118, 2019.

<sup>23</sup> See all of them in <https://nocs.pt/programas-nacionais-saude/>.

by prescribing medications, monitoring progress, and adjusting treatment plans as needed.

They also educate patients on self-care strategies and work collaboratively with specialists, ensuring coordinated care. For example, a patient with diabetes might see an endocrinologist, but the family doctor remains the central figure in monitoring overall health, adjusting medications, and addressing any related complications.

iv) *Coordination of Specialized Care*

When specialized medical attention is required, family doctors act as coordinators within the healthcare system. They assess symptoms, order diagnostic tests, and, when necessary, refer patients to specialists such as cardiologists, neurologists, or orthopaedic surgeons. By overseeing the referral process, they ensure patients receive timely and appropriate care while avoiding unnecessary procedures or treatments.

Additionally, family doctors collaborate with a network of healthcare professionals, including nurses, social workers, physiotherapists, dietitians, and mental health practitioners, to provide comprehensive care that addresses both physical and psychological health.

v) *Mental Health Support*

Mental health is an integral part of overall well-being, and family doctors play a significant role in identifying and managing conditions such as depression, anxiety, and stress-related disorders. Since they often have longstanding relationships with their patients, they are well-positioned to recognize changes in mood or behaviour and provide early intervention. Family doctors can offer counselling, prescribe medication when appropriate, and refer patients to psychologists or psychiatrists for specialized care. By integrating mental health services into primary care, they help reduce stigma and ensure that mental health issues are addressed proactively.

vi) *Emergency and Acute Care*

While family doctors are primarily involved in long-term and preventive care, they also handle acute medical issues such as infections, minor injuries, and sudden illnesses. In Portugal, through the public «centros de saúde» (health centres, literally) or the «unidades de saúde familiar – USF» (familiar health units), family doctors provide immediate treatment for conditions that do not require emergency room visits, reducing the burden on hospital systems and ensuring patients receive timely care in a

familiar setting. As all the public health familiar units have nurses, social workers, nutritionists and other healthcare professionals, as employees, they are always prepared to respond to this kind of demands, every day. Demographic conditions of different regions in Portugal influence, of course, the average response times, in this context. Lisbon metropolitan area, for instance, is very dense and it sometimes hard to achieve a consultation with the family doctor immediately<sup>24</sup>. Other regions of Portugal, like Coimbra, are well known by providing medical appointments and nursing care at the same day as required<sup>25</sup>.

At the same time, Portugal has adopted serious transparency policies about response times in SNS, so nowadays everyone can consult, in real time,<sup>26</sup> the response period in each healthcare facility.

#### vii) *Community and Public Health Advocacy*

In Portugal, family doctors often engage in public health initiatives, advocating for policies that improve community health. They may participate in vaccination campaigns, health education programs, and research studies aimed at improving primary healthcare services, even in addition to their working hours and beyond their functional duties.

Portuguese family doctors often create and organise associations for health promotion in specific areas, cooperatives of «friends» of their health unit (with cultural, recreational and community literacy purposes), as well as scientific societies. In rural and underserved areas, they play an especially crucial role in addressing healthcare disparities and ensuring access to essential medical services, specially by providing domiciliary medical attention and support.

### ***3. Looking deeper to General and Familiar Medicine in Portugal***

As we saw before, in Portugal, the SNS is managed by the Ministry of Health and is organized into three main levels: a) Primary Health Care – provided

<sup>24</sup> See ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, *Tempos de Espera no Serviço Nacional de Saúde no 1.º Semestre de 2024*, disponível em [www.ers.pt/media/plook4uz/im\\_tmrg\\_out24.pdf](http://www.ers.pt/media/plook4uz/im_tmrg_out24.pdf), p. 5.

<sup>25</sup> P. SANTANA ET AL., *Perfil Municipal de Saúde de Coimbra 2020*, Coimbra, Câmara Municipal de Coimbra, 2020, p. 122, available at [www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2021/03/Perfil-Municipal-de-Saúde-Coimbra.pdf](http://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2021/03/Perfil-Municipal-de-Saúde-Coimbra.pdf).

<sup>26</sup> See in real time the response times of healthcare units in Portugal in <https://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes>.

at Health Centres and Family Health Units (USF), who offer general medical consultations, vaccination programs, family planning, maternal health services, and prevention programs, and serve as entry point into the main healthcare system, ensuring continuity of care; b) Hospital Care – provided in public hospitals and covering medical specialties, surgeries, additional exams, and hospitalizations, whose access usually requires a referral from the family doctor; and c) Continuing and Palliative Care – Designed for people with chronic illnesses, disabilities, or rehabilitation needs, including home care and hospitalizations in specialized units, whose access, like for hospital care, requires a referral from the family doctor.

Family doctors in SNS – as all the other healthcare providers – are employees, usually an employment contract in public functions. It is not uncommon, in fact, for them to be on an exclusive basis in their health centre. This also happens with nurses and social workers who work in health centres. When carrying out their professional activities as workers, the level of commitment to the institution is maximum, and health teams are usually very cohesive, stable and long-lasting.

Despite there being an increasing circulation of health professionals within and outside the SNS (due to the great shortage of health professionals, both in public and private health institutions) it continues to be common for the relationship between a family doctor and his (public) health centre to be a '*lifelong marriage*'.

In such a context, it is easy to understand the fundamental role of general and familiar medicine on the last fifty years.

The Carnation Revolution (1974) marked a turning point in healthcare. With the establishment of democracy, health became a constitutional right in 1976 – (Article 64).

In 1979, the National Health Service (SNS – *Serviço Nacional de Saúde*) was created, aiming to provide universal and free access to healthcare. Around this time, General and Family Medicine (Medicina Geral e Familiar) emerged as a specialty focused on continuous and personalized care for individuals and families.

The first Family Health Units were established on the beginning of SNS, and the training for family doctors became mandatory and specialized. Between 1990s-2000s, Family Medicine became a recognized medical specialty with a structured and very demanding residency program. After

graduation (about 5 years, before Bologna Process), specific training in General and Family Medicine (MGF) lasts 48 months (4 years) and is preceded by generic training shared by all specialties and called a «common year» (12 months). The primary care system was restructured, with the creation of Health Centres (Centros de Saúde) where family doctors worked closely with nurses and other healthcare professionals. That model of «family healthcare team» remains, nowadays.

The Family Health Units (USF) was officially implemented in 2006, giving more autonomy to family medicine teams in managing centres, focusing on efficiency and broad comebacks to patients demands. This model although public in its essence, provides autonomy of the management and the payment is based in merits preestablished in a contract. This new model is associated with a set of advantages for citizens, namely greater accessibility, greater proximity to professionals and more and better health monitoring. We can see this model as a third way, between the private Family Doctor and the traditional public Family Doctor and the evaluation is positive<sup>27</sup>.

In 2024, finally, Portugal's National Health Service underwent a major reform with the creation of 31 new Local Health Units (ULS), adding to the 8 already existing ones, for a total of 39 across the country. These units integrate hospitals and health centres under a single management structure, aiming to improve healthcare coordination and focus on patient needs (ideally with greater cost control). While the system's organization and funding changed, users kept the same family doctors and nurses, and there were no changes in healthcare professionals' careers.

<sup>27</sup> <https://www.ers.pt/pt/comunicacao/destaques/lista-de-destaques/estudo-cuidados-de-saude-primarios-qualidade-e-eficiencia-nas-ucsp-e-usf/> According to this evaluation (Estudo cuidados de saúde primários | Qualidade e eficiência nas UCSP e USF by the Entidade Reguladora da Saúde (Health Regulatory Entity) – the USF had a better performance in several areas, when compared with the traditional public services UCSPs: In terms of economic and financial performance, with regard to expenditure on prescribed medicines and MCDT, the UCSPs showed, overall, a higher average expenditure compared to the USFs (models A and B), between 2019 and 2022, with emphasis on the lower relative expenditure, in general terms, of the USFs model B. In terms of technical efficiency, the application of the Data Envelopment Analysis (DEA) methodology, applied to the activity data for 2022, concluded that the USFs showed a higher average efficiency score than the UCSPs. In the prevention indicator (average proportion of users with the flu vaccine prescribed or administered in the previous 12 months), the best results were seen in USF model B, in 2022.

### 3.1. *The Legal Status of Family Doctors*

In Portugal, family doctors are usually «public employees» working under the legal status of public service workers, and therefore with a work contract for an indefinite period, or without a statutory term. However, health units may also hire professionals for temporary services or fixed-term contracts to major or unusual demands.

On behalf of Decree-law no. 177/2009 of 04-08, that establishes the regime of medical careers (as well as the respective professional qualification requirements) in the area of general and family medicine, the assistant shall be assigned, in particular, to provide comprehensive and continuous health care to a list of registered users with a maximum size of 1900 users, corresponding to 2358 units weighted, individually, within the scope of a team, as well as to develop disease prevention activities and also to promote the management of its list.

They have also to exercise support functions in health units, of a transitional nature, for users without a family doctor, and they have a long list of medical and bureaucratic tasks, assigned by law, such as:

- To record in the clinical file the acts, diagnoses and procedures;
- To guide and follow patients in the use of health services to which they intend to refer them for adequate assistance, namely regarding hospital care, by means of a confidential written report;
- To be responsible for functional healthcare units; coordinate the promotion of bioethics projects, coordinate the promotion of clinical computerization and telemedicine projects and ensure the diagnostic, therapeutic and follow-up protocols;
- To participate in the training of intern doctors, participate in scientific research projects and perform teaching functions, and assist other doctors;
- Integrate continuous quality improvement programs and exercise functions in health units that are part of public health programmes, namely those of global assistance to the population.

Aside of routine consultations and chronic disease management, prescribing of medication and requesting exams, family doctors have a central role on vaccination programs, maternal, child, and women's health care and, in general, on developing preventive healthcare programs.

Family medicine physicians manage the highest complexity of conditions in their practices,<sup>28</sup> while they must care for patients of all ages and throughout many stages of their lives, diagnose multiple and undifferentiated diseases, and always stay up to date on medicine advances and recent therapies and medications.

At the same time, they have to act as a bridge between different medical specialties and different levels and units of health care. They often assume multiple roles towards the same patient, in that the patient expects from him not only a medical response, but also a social, psychological or socio-economic comeback.

Therefore, as we will see below, the real dimension of the importance of primary health care in Portugal is only adequately understood from its confrontation with social security, with the family doctor at the heart of the relationship between Health and Social Security.

### 3.2. *Family doctors and Public Health*

Family doctors play a crucial role in public health, as they are often the first point of contact between individuals and the healthcare system. Their impact extends beyond individual patient care, contributing significantly to disease prevention, health promotion, and community well-being<sup>29</sup>.

Family doctors are essential for preventive care, chronic disease management, and community health promotion, ultimately improving public health outcomes and reducing healthcare system costs.

Early diagnosis and prevention, by detecting chronic diseases (e.g., diabetes, hypertension) at an early stage is crucial to increase the chances of success of the therapy. At the same time, it promotes self-care and provides close and reliable monitoring<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> See M.R. KOLBER, C.S. KOROWNYK, J. YOUNG, S. GARRISON, J. KIRKWOOD, G.M. ALLAN, *The value of family medicine: An impossible job, done impossibly well* in *Canadian Family Physician*, 69(4), 2023 Apr, pp. 269-270, p. 269.

<sup>29</sup> See D. CAMPOS-OUTCAIT, *Public Health and Family Medicine: An Opportunity* in *The Journal of the American Board of Family Practice*, 17 (3), May 2004, pp. 207-211.

<sup>30</sup> C. MARTINS, L.F. AZEVEDO, C. SANTOS, *et al. Preventive health services implemented by family physicians in Portugal – a cross-sectional study based on two clinical scenarios* in *BMJ Open*, 4:e005162, 2014.

By providing vaccinations and preventive screenings, family medicine prevents the spread of diseases and promotes the reduction or even eradication of some infectious clinical conditions<sup>31</sup>.

By health education and counselling, family doctors also promote healthy lifestyles (e.g., diet, exercise) and raise awareness about common health risks<sup>32</sup>. This is facilitated in a context of confidence and long-term relationships between doctors and patients.

All in all, family care also prevents hospital admissions through effective management of chronic conditions and reduces the burden on emergency services, by preventing and by responding effectively to medical conditions.

Concomitantly, it addresses some social determinants of health. Family doctors usually identify issues related to housing, nutrition, and mental well-being, and they can refer patients to social services and community support programs. Altogether, family care functions like a potent public health manager and a huge instrument of community trust, since it promotes community integrity.

#### **4. *The Family Doctor's Role in Social Security and Public Support***

Under the Portuguese system, family doctors are not only essential for medical care but also play a significant role in supporting social security systems. Their responsibilities go beyond diagnosing and treating illnesses; they also provide key documentation and assessments that allow patients to access social benefits and public support programs.

There are six major areas where family doctors contribute to social security: medical leave and disability support, permanent disability support; benefits for chronic patients and caregivers, maternity and paternity leave, unemployment benefits, and coordination with social services.

##### **i) *Medical Leave, Disability Support, Sick Leave Benefits***

<sup>31</sup> See PRIETO-CAMPO, Á et al. *Understanding Primary Care Physician Vaccination Behaviour: A Systematic Review* in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21):13872, Oct 25, 2022.

<sup>32</sup> W.J. MCISAAC, E. FULLER-THOMSON, Y. TALBOT, *Does having regular care by a family physician improve preventive care?* in *Canadian Family Physician*. 47; 2001 Jan, pp. 70-76.

One of the most critical responsibilities of family doctors is issuing medical certificates that allow individuals to access temporary or permanent disability benefits. These certificates are required by social security institutions to validate a person's inability to work due to illness or injury<sup>33</sup>. Also, when a person is unable to work due to a short-term illness or injury, the family doctor issues a medical report that serves as proof of their temporary incapacity. This allows the patient to claim financial support while recovering.

It is also important to mention that, in Portugal, the family doctor plays an important role in accessing the *National Network of Integrated Continued Care*,<sup>34</sup> a platform whose objectives are to provide health care and social support in a continuous and integrated way to people who, regardless of age, are in a situation of dependence, following an episode of acute illness or the need to prevent worsening of chronic illness. Integrated Continued Care is focused on the overall recovery of the person, promoting their rehabilitation, autonomy and improving their functionality, within the scope of the situation of dependence in which they find themselves, with a view to their socio-family reintegration. The family doctor is qualified to make the referral and recommendation to this type of care.

#### ii) *Permanent Disability Support*

For long-term or irreversible conditions that inhibit an individual from working, family doctors provide medical documentation required to apply for disability pensions or permanent social benefits. This process often involves multiple medical assessments and collaboration with specialized professionals to determine the extent of incapacity. By fulfilling this role, family doctors ensure that patients receive the financial assistance they need while also preventing potential fraud or misuse of social security benefits<sup>35</sup>.

<sup>33</sup> Under Decree-law no. 28/2004, of February 04, that establishes the legal regime of social protection in illness.

<sup>34</sup> Under Decree-law no. 101/2006, of June 06, that created National Network of Integrated Continued Care.

<sup>35</sup> See Decree-law no. 16-A/2021, of February 25, that approved the legal regime of protection in permanent inhibition for work and old age.

*iii) Benefits for Chronic Patients and Caregivers*

Chronic illnesses often require long-term treatment and continuous medical care. Family doctors play a key role in ensuring that patients with chronic conditions receive the necessary financial support and exemptions from healthcare costs. This can include 1) exemption from charges or fees buying medication, physiotherapeutic services and support products and technical aids (wheelchairs, crutches, ostomy products, diapers, catheters, etc.)<sup>36</sup>; and 2) applications for the statute of informal caregivers<sup>37</sup>, in which family doctors assess the level of dependency and issue medical statements that allow caregivers to apply for financial support and other social security benefits, helping them to compensate their time and effort in looking after their loved ones.

By documenting these needs, family doctors ensure that both patients and their caregivers receive the financial and medical assistance required to maintain their quality of life.

*iv) Maternity and paternity Leave*

Family doctors are also involved in supporting new parents by certifying pregnancies and ensuring parents can access maternity and paternity leave benefits. Pregnant women are entitled to maternity leave before and after childbirth. The family doctor provides medical documentation confirming the pregnancy and expected due date, which is required to apply for social security benefits<sup>38</sup>. Fathers also benefit from it.

Also, if a pregnancy is considered high-risk, the doctor may issue additional documentation allowing the mother to have a special kind of leave. By ensuring that parents can take time off work to care for their newborns, family doctors contribute to family well-being and support work-life balance.

*v) Justification for unemployment benefits (for health reasons)*

Individuals who are unemployed due to health reasons often require medical validation from a family doctor to access social security benefits

<sup>36</sup> Under Decree-law no. 93/2009, of April 16, which establishes the system for allocating support products to people with disabilities and people with temporary incapacity.

<sup>37</sup> By the Law no. 100/2019, of September 06, that has approved the statute of informal caregiver.

<sup>38</sup> Under the Portuguese labour code.

or vocational retraining programs. If a person is unable to work due to medical reasons but does not qualify for disability support, family doctors can issue reports justifying their health condition. These reports help determine whether the individual is eligible for different kinds of financial assistance during their period of unemployment<sup>39</sup>.

Also, in cases where a patient's health condition prevents them from returning to their previous job, family doctors may recommend vocational retraining<sup>40</sup>. This involves medical assessments and collaboration with employment services to help individuals transition to new, more suitable careers.

By certifying medical conditions that impact employment, family doctors help ensure that people receive fair access to social support while recovering or adapting to new work environments.

vi) *Coordination with Social Services*

Beyond medical care, family doctors in Portugal are often involved in broader social support systems, ensuring that vulnerable individuals receive the necessary protection and resources.

- Support for Victims of Domestic Violence – Family doctors play a crucial role in identifying and supporting victims of domestic abuse. They can issue medical reports documenting injuries and refer victims to specialized social services, legal aid, or shelters.
- Collaboration with Child Protection Services (*CPCJ*) – In cases of suspected child abuse or neglect, family doctors work closely with child protection organizations to ensure that children receive proper care and intervention when necessary. Family doctors may also be involved in monitoring child development and health within at-risk families.
- Participation in Social Inclusion Programs – Family doctors may collaborate with municipalities and social workers to support community health initiatives, including programs aimed at integrating marginalized individuals back into society through healthcare and social support.

<sup>39</sup> See Ordinance No. 11/2024, of January 18<sup>th</sup>.

<sup>40</sup> Law No. 98/2009, of September 4, which regulates the regime for compensation for work accidents and occupational diseases, including professional rehabilitation and reintegration, under the terms of article 284 of the Labor Code, approved by Law No. 7/2009, of February 12.

Through these activities, family doctors help bridge the gap between medical care and social services, ensuring that patients receive holistic support beyond just physical health treatment.

Family doctors play a crucial role not only in medical care but also in social security systems. By issuing medical reports and collaborating with social services, they ensure that patients receive necessary financial support, employment protections, and access to essential social programs. Their contributions extend beyond healthcare, reinforcing a comprehensive support system that enhances both individual and community well-being. As healthcare and social security systems continue to evolve, the role of family doctors in these areas will remain essential in promoting a fair and inclusive society.

Il “medico di famiglia” in Portogallo. Collegamenti chiave con il sistema di sicurezza sociale

*Ana Elisabete Ferreira, André Dias Pereira*

Abstract: Il sistema sanitario pubblico portoghese, il Serviço Nacional de Saúde (SNS), è stato istituito nel 1979 per garantire un accesso universale ed equo all'assistenza sanitaria. I medici di famiglia svolgono un ruolo centrale in questo sistema, fungendo da primo punto di contatto per i pazienti, fornendo cure continue e personalizzate, coordinando trattamenti specialistici e promuovendo la medicina preventiva. Oltre all'assistenza clinica, i medici di famiglia sono fondamentali per favorire l'integrazione tra il sistema sanitario e quello di sicurezza sociale. Sono responsabili del rilascio di certificati medici per congedi per malattia, del supporto ai pazienti cronici, della certificazione di disabilità, del monitoraggio delle donne in gravidanza e dei neonati, nonché della collaborazione con i servizi sociali. Tra le principali sfide del SNS possono richiamarsi l'invecchiamento della popolazione, la multimorbilità e le difficoltà finanziarie. Le recenti riforme includono la decentralizzazione della gestione sanitaria, l'integrazione di ospedali e centri sanitari nelle Unità Sanitarie Locali (ULS) e l'investimento in soluzioni di sanità digitale. Nonostante queste sfide, lo SNS ha migliorato significativamente gli indicatori di salute in Portogallo, tra cui l'aumento dell'aspettativa di vita e la riduzione della mortalità infantile. La continua modernizzazione

del sistema sanitario, con un focus sulla digitalizzazione, la medicina personalizzata e l'integrazione delle cure, sarà essenziale per garantire la sostenibilità e l'efficienza del sistema nel lungo termine.

Abstract: Portugal's public healthcare system, the Serviço Nacional de Saúde (SNS), was established in 1979 to ensure universal and equitable access to healthcare. Family doctors play a central role in this system, serving as the first point of contact for patients, providing continuous and personalized care, coordinating specialized treatments, and promoting preventive medicine. Beyond clinical care, family doctors are essential in bridging healthcare and social security. They are responsible for issuing medical certificates for sick leave, supporting chronic patients, certifying disabilities, monitoring pregnancies and newborns, and collaborating with social services. The SNS faces significant challenges, including an aging population, multimorbidity, and financial constraints. Recent reforms focus on decentralizing healthcare management, integrating hospitals and health centers into Local Health Units (ULS), and investing in digital health solutions.

Despite these challenges, the SNS has contributed to improved health indicators in Portugal, such as increased life expectancy and reduced infant mortality. Continued modernization, with an emphasis on digitalization, personalized medicine, and integrated care models, will be crucial for ensuring the long-term sustainability and efficiency of the SNS.

Parole chiave: medici di famiglia, sistema sanitario pubblico, diritti dei pazienti, salute digitale, sistema di sicurezza sociale.

Keywords: Family Doctors, Public Health System, Patient Rights, Digital Health, Social Security System.

## Note e commenti



## I piccoli Comuni si fondono poco, ma si uniscono molto

*Giulio Vesperini\**

### 1. *L'oggetto della trattazione*

Questo scritto si occupa delle due principali tendenze riscontrabili nell'ultimo quarto di secolo nella disciplina dei piccoli Comuni. Quella della riduzione del loro numero, secondo un'istanza risalente nel tempo, ma che aveva avuto seguito solo durante il ventennio fascista. La riduzione del numero dei Comuni, tra l'altro, risponde al principio di efficienza dell'azione amministrativa; all'esigenza di contenimento della spesa pubblica; al principio costituzionale di adeguatezza nella allocazione delle funzioni, in base al quale l'entità organizzativa titolare di una potestà amministrativa deve avere un'organizzazione idonea a garantire l'effettivo esercizio della potestà stessa. In particolare, questo ultimo problema è esaltato dal regime uniforme al quale è stato sottoposto l'ordinamento locale, fin dalle origini dello Stato italiano, in contrasto con le profonde differenze intercorrenti tra i Comuni stessi, sotto una molteplicità di profili<sup>1</sup>.

La seconda tendenza riguarda l'espansione delle Unioni di Comuni, una forma istituzionale di associazione tra Comuni<sup>2</sup>, regolata già dalla l. 8 giugno 1990, n. 142, ma che ha acquisito effettività solo alla fine del secolo scorso. L'aumento del numero delle Unioni è parte integrante dello straordinario sviluppo, nello stesso periodo di tempo, dell'associazionismo degli enti territoriali. Tale fenomeno deriva, in parte, dalle leggi, che introducono nuove forme associative e ne incentivano lo sviluppo,

\* Professore ordinario di Diritto Amministrativo, Università della Tuscia.

<sup>1</sup> Per tutti, M.S. GIANNINI, *Il riassetto dei poteri locali*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1971, p. 317, ivi specc. pp. 321 ss.

<sup>2</sup> Secondo quanto statuisce la Corte cost. nella sentenza 26 marzo 2015, n.50, che ritiene impropria la definizione di «ente locale» datane dall'art. 32, comma 1, del d.lgs. n. 267/2000: secondo la Corte, le Unioni non sono un ente territoriale ulteriore e diverso rispetto al Comune e di conseguenza la loro disciplina è di competenza statale, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. p), e non è attratta, invece, nelle materie di competenza residuale delle Regioni, ai sensi del comma 4 dello stesso art. 117.

e in altra parte, dalle scelte degli enti interessati, alla ricerca di soluzioni più efficienti ed efficaci di gestione unitaria dei servizi. Non a caso, il fenomeno si sviluppa negli anni di maggiore ristrettezza economica per la finanza pubblica e soprattutto per opera dei Comuni minori. Le soluzioni sperimentate in concreto sono molteplici. Tra queste assumono rilevanza i Consorzi (figura risalente nel tempo, ma la disciplina dei quali ha subito numerose modificazioni), le Comunità montane e, appunto, le Unioni. In linea generale, lo sviluppo dell'associazionismo ha contribuito a migliorare il funzionamento del sistema. In alcuni casi, tuttavia, la proliferazione di formule associative diverse ha generato duplicazioni e sovrapposizioni funzionali, che hanno finito per pregiudicare l'efficienza stessa dell'azione amministrativa.

Queste modifiche strutturali dell'assetto dei poteri locali, per un verso, sono parte di un processo complessivo di trasformazione dei poteri locali stessi e dei poteri regionali, che ne investe, in misura più o meno estesa, ogni componente (l'organizzazione politica e quella amministrativa; la disciplina costituzionale e i suoi principi regolatori; le funzioni, la finanza, il personale, l'organizzazione interna; i procedimenti amministrativi e i rapporti con i cittadini; i rapporti tra le Regioni e gli enti locali; i raccordi delle autonomie regionali e locali con il centro statale, ecc.). Per un altro verso, però, le riforme degli ultimi venticinque anni non sono riuscite a scalfire alcune caratteristiche tradizionali di quello stesso assetto. Per esempio, resta immutata la struttura di base del potere regionale e locale; non cambia sostanzialmente la tradizionale frammentazione dei compiti amministrativi tra i diversi uffici centrali, regionali e amministrativi; alcune importanti riforme amministrative, pur annunciate da anni, sono adottate con ritardo e in modo parziale. Il principio di autonomia riguarda più alcuni aspetti, ne lambisce appena altri. Ancora, il principio di differenziazione ha assunto rilievo costituzionale nel 2001 ed è stato ripreso, poi, da numerose fonti primarie. Ma, a seconda dei casi, si è risolto nell'attribuzione a una amministrazione con compiti di vigilanza del potere di prevedere, per i Comuni di dimensioni minori, una applicazione meno gravosa di obblighi gravanti su tutte le amministrazioni<sup>3</sup>;

<sup>3</sup> Un esempio è quello dell'art. 1 *ter* del d.lgs. 14 marzo 2013, n.33, in base al quale l'ANAC, «può, con il Piano nazionale anticorruzione (...) precisare gli obblighi di pubblicazione e le re-

ha costituito uno dei principi generali ai quali il legislatore delegato o quello regionale si deve attenere per l'allocazione delle funzioni amministrative tra i diversi livelli di governo<sup>4</sup>; è stato applicato direttamente dalla legge<sup>5</sup>. Si deve aggiungere che, per lo più, non si dispone di un quadro generale circa l'effettività del principio, mentre la rilevanza delle sue applicazioni differisce a seconda dei casi<sup>6</sup>.

Di seguito, si illustrano i due fenomeni della riduzione e delle Unioni dei Comuni, in una prospettiva diacronica e sincronica, attraverso l'ana-

lative modalità di attuazione, in relazione alla natura dei soggetti, alla loro dimensione organizzativa e alle attività svolte, prevedendo in particolare modalità semplificate per i Comuni con popolazione inferiore a 15.000 abitanti».

<sup>4</sup> Tra gli esempi più interessanti, si possono menzionare quelli della l. 26 giugno 2024, n.86 e del d.l. 13 agosto 2011, n. 138, conv. con modif. dalla l. 14 settembre 2011, n.148. La prima è la legge molto discussa «ull'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario», in attuazione dell'art.116, comma 3, Cost., in base alla quale sono «attribuite, dalla Regione medesima, contestualmente alle relative risorse umane, strumentali e finanziarie, ai Comuni, salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a province, città metropolitane e Regione, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza» (art.6). Il secondo riguarda il potere delle Regioni e delle province autonome di organizzare, a tutela della concorrenza e dell'ambiente, «lo svolgimento dei servizi pubblici locali a rete di rilevanza economica in ambiti o bacini territoriali ottimali e omogenei tali da consentire economie di scala e di differenziazione idonee a massimizzare l'efficienza del servizio», entro un termine previsto dalla legge, decorso inutilmente il quale provvede in via sostitutiva il Governo. La fonte primaria prevede che «la dimensione degli ambiti o bacini territoriali ottimali di norma deve essere non inferiore almeno a quella del territorio provinciale», ma che, al tempo stesso, «le Regioni possono individuare specifici bacini territoriali di dimensione diversa da quella provinciale, motivando la scelta in base a criteri di differenziazione territoriale e socioeconomica e in base a principi di proporzionalità, adeguatezza ed efficienza rispetto alle caratteristiche del servizio».

<sup>5</sup> Per esempio, la l. n.56/2014, «al fine di adeguare il loro ordinamento ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza» (art. 1, comma 1), detta norme che riprendono, e sviluppano, le differenze tra Città metropolitane e Province; stabiliscono che, per l'elezione dei componenti del consiglio metropolitano (organo di rappresentanza di secondo grado), ciascun elettore esprime un voto ponderato, sulla base di un indice determinato in relazione alla popolazione complessiva del Comune di cui è Sindaco o consigliere (art. 1, comma 32); ai fini delle elezioni stesse, ripartisce i Comuni della Città metropolitana in fasce demografiche, in ragione delle dimensioni della rispettiva popolazione; secondo una consolidata tradizione normativa, differenzia la composizione quantitativa dei consigli e delle giunte comunali in ragione delle rispettive dimensioni demografiche. Sulla distinzione tra Città metropolitana e Province, si veda, per tutti, D. Donati, *Città strategiche. L'amministrazione dell'area metropolitana*, Milano, Franco Angeli, 2023. Si veda anche Corte cost. 7 dicembre 2021, n. 240.

<sup>6</sup> Si veda, per esempio, ai sensi dell'art. 1 ter del d.lgs. n.33/2013, la Delibera n.31 del 30 gennaio 2025 dell'ANAC, *Piano nazionale anticorruzione. Aggiornamento 2024. PNA 2022*, con la quale sono state date «Indicazioni per la predisposizione della sezione 'Rischi corruttivi e Trasparenza' del PIAO per i Comuni con meno di 5.000 abitanti e meno di 50 dipendenti».

lisi delle finalità rispettivamente perseguite, delle loro dimensioni, delle tecniche adottate, delle discipline regolatrici, dei successi e dei fallimenti, degli elementi di raccordo tra essi.

## ***2. La riduzione del numero dei Comuni***

Nella storia dell'Italia, il numero dei Comuni si è mantenuto pressoché costante e in lieve, ma continua, crescita, con l'eccezione di due periodi nel corso dei quali si è registrata una loro riduzione significativa.

Qualche anno dopo l'unificazione, nel 1864 (quando, tuttavia, i confini erano diversi e il territorio più ristretto) Cattaneo scriveva che i Comuni in Italia erano 7.700. Nel 1921, alla vigilia dell'avvento del fascismo, c'erano 9144 Comuni. Qualche anno dopo, il r.d.l. 17 marzo 1927, n. 383, autorizzò la revisione delle circoscrizioni comunali, permettendo al governo di aggregare e fondere Comuni in modo più rapido e centralizzato, senza seguire le procedure ordinarie previste dalla legge comunale e provinciale del 1915.

Queste misure furono imposte dall'alto, senza il consenso delle popolazioni locali<sup>7</sup>, e comportarono l'aggregazione e la soppressione di 2184 Comuni, portandone, nel 1931, il loro numero a 7310.

Gli accorpamenti del 1927 furono decisi principalmente per tre ordini di ragioni. Di efficienza amministrativa, perché i Comuni più piccoli non disponevano delle risorse sufficienti per gestire adeguatamente i servizi pubblici, mentre l'aggregazione in Comuni più grandi avrebbe consentito di migliorare la gestione di servizi quali l'istruzione, la sanità, le infrastrutture. Di centralizzazione del potere, perché la riduzione del numero di enti locali consentiva al fascismo di rafforzare il controllo sulle decisioni amministrative e politiche prese a livello locale. Di sviluppo economico, perché l'unificazione dei Comuni avrebbe potuto creare entità più competitive e attrarre investimenti, migliorando le condizioni economiche delle aree interessate<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> Con il r.d. 3 marzo 1934, n.383, invece, fa la sua comparsa l'istituto della «unione volontaria», disposta su domanda dei podestà interessati, previo accordo che ne definisse le condizioni.

<sup>8</sup> Per qualche considerazione in merito cfr. G. PALOMBELLI, *L'evoluzione delle circoscrizioni provinciali dall'Unità d'Italia ad oggi*, in [https://www.provinceditalia.it/wpcontent/uploads/docs/contenuti/2013/01/circoscrizioni\\_provinciali\\_Palombelli\\_24OTTOBRE2012.pdf](https://www.provinceditalia.it/wpcontent/uploads/docs/contenuti/2013/01/circoscrizioni_provinciali_Palombelli_24OTTOBRE2012.pdf).

Nel 1947, dopo la caduta del fascismo, i Comuni risalirono a 7681 e da allora riprese il ritmo di una crescita moderata, ma continua. Così, nel 1960 divennero 8032; nel 1981, crebbero a 8074<sup>9</sup>; alla fine del secolo (1999), a 8100, per poi rimanere stabili fino al 2007. Può essere interessante osservare che, sia pure in misura più ridotta, erano in costante crescita anche le Province: nel 1960, erano 92; nel 1981, 94; 100, nel 1999 e, ancora, nel 2003; 104 nel 2007; oggi sono 107, malgrado la profonda revisione della loro disciplina disposta dalla l. 7 aprile 2014, n.56<sup>10</sup>.

Inoltre, come nel passato, i Comuni si differenziano ampiamente tra loro quanto alle dimensioni demografiche, ma, nel corso del tempo, si modificano parzialmente le caratteristiche di questa differenziazione. Con l'ausilio dei dati forniti dall'Istat si può ricostruire la sequenza temporale di questa vicenda. Nel 1981, quasi il 90% dei Comuni aveva fino a 10.000 abitanti; poco meno del 10% una popolazione compresa tra i 10.000 e i 60.000 abitanti; l'1% dei Comuni più di 60.000 abitanti. Dopo venticinque anni, la situazione cambia. Nel 2007, infatti, la percentuale dei Comuni con popolazione fino ai 10.000 abitanti scende all'85%; salgono a poco meno del 14% i Comuni con una popolazione compresa tra i 10.000 e i 60.000 abitanti; rappresentano ancora l'1% del totale i Comuni con un numero di abitanti superiore a 60.000. Nell'arco di un quarto di secolo, quindi, circa 400 Comuni (pari al 5% del totale) passa dalla prima alla seconda fascia demografica, mentre rimane sostanzialmente stabile la quota dei Comuni di dimensioni maggiori.

Ma l'aspetto più interessante è che tra il 2009 e il 2024 il numero dei Comuni italiani ha subito una riduzione significativa. Secondo i dati forniti dall'Istat, essi sono 7896 al 1° gennaio 2025, erano 8100 nel 2009. Quindi, in quindici anni, i Comuni italiani sono calati, in termini assoluti, di 204 unità, del 2,52% in termini percentuali, in media di 13.6 ogni anno. Tuttavia, in questo arco di tempo, la riduzione non segue un andamento uniforme. Viceversa, essa si concentra tra il 2013 (8092 Comuni) e il

<sup>9</sup> Traggio questi numeri da S.CASSESE, *Il sistema amministrativo italiano*, Bologna, Il Mulino, 1983, p. 163.

<sup>10</sup> Cfr. L. TORCHIA (a cura di), *Il sistema amministrativo italiano*, Bologna, Il Mulino, 2009, p. 540, tab. 15.15.

2019 (7926) e, in particolare modo, nel biennio 2016-2017<sup>11</sup>: in questi sette anni, infatti, la riduzione dei Comuni è stata, in termini assoluti, di 166 unità, in termini percentuali di poco superiore all'81% a quella dell'intero quindicennio<sup>12</sup>.

Per converso, negli anni immediatamente precedenti (2009-2012) e in quelli immediatamente successivi (2021-2024), la contrazione è molto modesta, ovvero di entità pari allo 0,1% di quella dell'intero periodo<sup>13</sup>. In questo ultimo quadriennio, la riduzione si concentra, per larga parte, nel nord-est, dove raggiunge valori sensibilmente superiori alla media nazionale (0.7%).

Questi dati possono essere disaggregati ulteriormente con riferimento all'entità del calo dei Comuni nelle differenti zone del territorio nazionale; alle tecniche adoperate per la riduzione stessa; al numero dei Comuni soppressi e a quello dei Comuni scaturiti dalla soppressione; alle dimensioni prevalenti degli uni e degli altri<sup>14</sup>.

Quanto al primo aspetto<sup>15</sup>, tra il 1995 e il 2023, sono stati soppressi Comuni in dodici Regioni. Ma quasi il 60% di essi (199 su 334 Comuni) appartengono a tre sole Regioni, tutte del Nord<sup>16</sup>. In termini ancora più accentuati, nel decennio 2011-2020<sup>17</sup>, le fusioni tra Comuni sono state 141, ma 115 di queste (pari a circa l'82%) hanno riguardato le Regioni settentrionali, mentre appena 8 (pari a circa l'11%) quelle meridionali.

<sup>11</sup> In questo biennio 147 Comuni sono stati fusi in 61.

<sup>12</sup> Per le cifre sulle fusioni si rinvia a <https://www.tuttitalia.it/fusione-comuni/>.

<sup>13</sup> Secondo il post pubblicato il 22 gennaio 2025 al link <https://www.ilpais.it/2025/01/22/nel-2024-nessuna-fusione-tra-Comuni-in-fvg-i-percorsi-di-aggregazione-si-sono-fermati/> dal 2019 le fusioni sono state solo 9.

<sup>14</sup> Un *caveat*: i dati che si espongono di seguito nel testo si riferiscono a periodi non coincidenti con quello 2009-2024 considerato finora: la differenza dell'arco temporale considerato, tuttavia, non altera nel complesso il quadro informativo complessivo.

<sup>15</sup> Cfr. L.RUFINO, *Tutto sui Comuni italiani in sette grafici*, in *Pagella politica*, 19 giugno 2023.

<sup>16</sup> Trentino Alto Adige, Lombardia e Piemonte. Sulla distribuzione territoriale delle fusioni, si veda M. DE DONNO, C. TUBERTINI, *Frammentazione comunale e contrasto allo spopolamento: la prospettiva italiana*, in *Ist. del fed.*, 2020, pp. 298 ss.

<sup>17</sup> Cfr. il documento del Dipartimento per gli Affari Interni e Territoriali Direzione Centrale della Finanza Locale del Ministero dell'interno, *Le fusioni dei Comuni. Lo stato di attuazione. Profili ordinamentali e finanziari*, a cura di R.PACELLA, (febbraio 2021), reperibile in rete al seguente indirizzo: <https://dait.interno.gov.it/documenti/studio-le-fusioni-dei-Comuni.pdf>.

Quanto alle tecniche utilizzate per la riduzione, sempre tra il 1995 e il 2023, ci sono state 291 soppressioni per fusione e 17 per incorporo, con un rapporto, quindi, superiore a 17/1 tra l'una e l'altra tipologia. Il rapporto scende se si considerano archi di tempo differenti, ma, in ogni caso, il primo tipo di fusione prevale sempre ampiamente sul secondo: così, per esempio, nel periodo 2011-2020, a ogni fusione per incorporo ne sono corrisposte 12 per soppressione; nel periodo più ampio, compreso tra il 2009 e il 2024, a ogni fusione per incorporo ne sono corrisposte 8 per soppressione. Si può facilmente concludere che la tecnica adoperata per eccellenza per ridurre il numero dei Comuni è la fusione per soppressione, mentre quella per incorporazione, prevista dall'art.1, commi 118 e 130, della l. n.56/2014 è stata utilizzata solo in modo residuale.

Una spiegazione possibile di questo ricorso diseguale alle due forme di fusione può essere trovata nella insita differenza tra le due. La fusione in senso stretto comporta la soppressione dei Comuni preesistenti e l'istituzione di un nuovo Comune: in questo caso, cioè, i Comuni soppressi confluiscono in un terzo ente, per così dire, in una posizione (almeno formale) di parità tra loro. L'art. 15, comma 2, d.lgs. 18 agosto 2000, n.267 (TUEL) contiene una serie di misure di garanzia per i Comuni che partecipano al procedimento di fusione. Innanzitutto, anche prima della conclusione del procedimento di istituzione del nuovo ente, essi possono definire lo statuto che entrerà in vigore con l'istituzione del nuovo ente, «mediante approvazione di testo conforme da parte di tutti i consigli comunali» interessati. In secondo luogo, «lo statuto del nuovo Comune dovrà prevedere che alle comunità dei Comuni oggetto della fusione siano assicurate adeguate forme di partecipazione e di decentramento dei servizi». In terzo luogo, alcune leggi regionali<sup>18</sup>(con le quali, come noto, si conclude il procedimento di fusione) prevedono meccanismi per monitorare «gli effetti che scaturiscono dal processo di fusione in tutti i settori amministrativi di competenza regionale e il concreto impatto del processo di fusione sui cittadini, sugli enti pubblici e sulle imprese»<sup>19</sup>.

<sup>18</sup> Si rinvia in materia a R.FILIPPINI, A. MAGLIERI, *Il procedimento legislativo di fusione di Comuni nelle leggi regionali*, in *Ist. del Fed.*, 2015, p. 313.

<sup>19</sup> Cfr. art.14 bis della l.r. Emilia-Romagna 8 luglio 1996, n.24, con il quale si prevede l'istituzione di un «Osservatorio regionale delle fusioni», i compiti del quale devono essere disciplinati

Viceversa, l'incorporazione non istituisce un nuovo Comune, ma comporta solo la soppressione del Comune incorporato. La disciplina di base è quella dell'art. 1, comma 130, l. n.56/2014: «i Comuni possono promuovere il procedimento di incorporazione in un Comune contiguo. In tal caso, [il Comune incorporato cessa di esistere come ente autonomo e perde la sua personalità giuridica, mentre] il Comune incorporante conserva la propria personalità, succede in tutti i rapporti giuridici al Comune incorporato e gli organi di quest'ultimo decadono alla data di entrata in vigore della legge regionale di incorporazione. Lo statuto del Comune incorporante prevede che alle comunità del Comune cessato siano assicurate adeguate forme di partecipazione e di decentramento dei servizi». Sebbene con legge regionale si possano definire ulteriori modalità della relativa procedura, a differenza di quella riguardante la fusione per soppressione, la disciplina della fusione per incorporazione è «ricompresa nella competenza statale nella materia 'ordinamento degli enti locali', di cui all'art. 117, secondo comma, lettera p, Cost. Ed infatti, l'estinzione di un Comune e la sua incorporazione in un altro Comune incidono sia sull'ordinamento del primo che del secondo, oltre che sulle funzioni fondamentali e sulla legislazione elettorale applicabile»<sup>20</sup>.

Le ragioni per le quali la fusione per incorporazione è molto meno utilizzata che la fusione in senso stretto possano essere comprese meglio se poste in connessione con quelle che motivano, in termini generali, lo scarso numero di fusioni. Si rinvia, quindi, a quanto sarà detto in proposito *infra*. Si considerino ora il numero degli enti soppressi e di quelli derivanti dalla soppressione: tra il 2011 e il 2020, i primi sono stati 329, i secondi

dalla Giunta regionale «dando prioritario rilievo alla ricognizione delle criticità di natura amministrativa, burocratica e organizzativa ed alla proposizione agli enti competenti di congrue soluzioni operative». Per l'esame di un caso di fusione tra Comuni nella stessa Emilia-Romagna, si v. D. RUMPIANESI, *La fusione dei Comuni Valsamoggia. L'Assemblea Costituente per la definizione dello Statuto e dei Municipi elettivi*, in *Ist. del Fed.*, 2014, p. 465; più in generale, cfr. anche A. PIAZZA, *Fusioni di Comuni in Emilia Romagna: chi inizia il percorso e chi lo conclude?* in *Ist. del Fed.*, 2016, p. 1069.

<sup>20</sup> Così Corte cost. n. 50/2015, che ha precisato che la norma della l. n. 56/2014 «non ha a oggetto l'istituzione di un nuovo ente territoriale (che sarebbe senza dubbio di competenza regionale) bensì l'incorporazione in un Comune esistente di un altro Comune, e cioè una vicenda (...) relativa, comunque, all'ente territoriale Comune». Di conseguenza, la Corte dichiara infondata la «censura di violazione del titolo di competenza fatto valere dalle [Regioni] ricorrenti, in prospettiva applicativa del criterio residuale di cui al quarto comma dell'art. 117 Cost.

141. In media, quindi, ciascun nuovo Comune è formato da poco più di due Comuni precedenti. Più nel dettaglio, si è stimato che ai processi di fusione ordinaria (senza considerare, quindi, quelli per incorporazione) partecipano nell'89% dei casi due o tre enti.

L'ultimo aspetto da considerare riguarda le dimensioni degli enti soppressi e quelle degli enti derivanti dalla soppressione: i primi, per larga parte, hanno una popolazione inferiore ai 5000 abitanti; i secondi, in genere, tra i 1000 e i 9999 abitanti<sup>21</sup>.

Questi dati sono interessanti per tre ragioni. Innanzitutto, spiegano perché, alla riduzione del numero dei Comuni, non corrisponde una minore frammentazione del potere locale: all'inizio del 2025, infatti, l'84% dei Comuni ha fino a 10.000 abitanti, percentuale di poco inferiore a quella del 2009 (quasi l'85%); il 14% (sia nel 2009 che nel 2025) ha una popolazione compresa tra i 10.000 e i 60.000 abitanti; l'1,2% (erano poco più dell'1% quindici anni prima) ha più di 60.000 abitanti. In secondo luogo, questi dati trovano un riscontro in quelli riguardanti i Comuni con meno di 5000 abitanti. Nel 2009, questi erano 5703; rappresentavano il 70,4% del totale dei Comuni; ospitavano complessivamente una percentuale compresa tra il 15% e il 17% della popolazione nazionale. Al 1° gennaio 2024, i Comuni con meno di 5000 abitanti sono 5521<sup>22</sup>; rappresentano il 69,9% del totale dei Comuni italiani; ospitano complessivamente una percentuale pari circa al 16,5% della popolazione nazionale. In definitiva, quindi, i Comuni con meno di 5.000 abitanti diminuiscono in termini assoluti (di 182 unità), ma non subiscono variazioni, in termini percentuali, né per quanto riguarda la popolazione italiana ospitata né per quanto riguarda il loro peso sul numero complessivo dei Comuni. A questa ultima considerazione se ne lega un'altra: la riduzione del numero dei Comuni è vicenda che riguarda essenzialmente quelli con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti, sia perché sono gli enti di queste dimensioni a fondersi tra loro sia perché gli enti derivanti dalla fusione, per lo più,

<sup>21</sup> Solo due Comuni, derivanti dalla fusione di Comuni di maggiore dimensione demografica, hanno una popolazione compresa tra i 60.000 e i 99.999 abitanti.

<sup>22</sup> Per un approfondimento recente dei principali dati riguardanti i Comuni con popolazione inferiore a 5000 abitanti, si veda Ifel, Fondazione Anci, a cura di W.TORTORELLA, *L'Italia dei piccoli Comuni*, Pompei, 15 Aprile 2024, reperibile al link [https://www.anci.it/wp-content/uploads/PompeiTortorella9Aprile2024\\_v4.pdf](https://www.anci.it/wp-content/uploads/PompeiTortorella9Aprile2024_v4.pdf).

continuano a far parte della stessa fascia demografica. Infatti, poco meno della metà delle aggregazioni risultanti dalle fusioni è compresa tra i 1.000 e i 5.000 abitanti e, in particolare, il 9,2% riguarda aggregazioni inferiori ai 1.000 abitanti; il 27,7% è tra i 5.000 e i 10.000 abitanti; solo il 15% è complessivamente superiore ai 10 mila abitanti.

Dai dati illustrati in questo paragrafo, si possono trarre le seguenti considerazioni. Per la prima volta nel corso della storia repubblicana, nel quindicennio 2009-2024, il numero dei Comuni si riduce. Questa riduzione, tuttavia, ha dimensioni modeste; riguarda essenzialmente solo alcune zone del paese; non incide sulla frammentazione del potere locale; tocca, per quasi il 90%, i Comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti; si concentra in un arco temporale ristretto.

### *3. Le possibili ragioni*

Quali sono le motivazioni che sorreggono, nei quindici anni compresi tra il 2009 e il 2024, e in particolare tra il 2013 e il 2019, la prima riduzione del numero dei Comuni nella storia dell'Italia repubblicana? Al tempo stesso, perché la riduzione è di entità modesta, risolvendosi sostanzialmente in una parziale riorganizzazione di piccoli Comuni, collocati per la gran parte nel Nord del Paese?

Alla prima domanda si può rispondere agevolmente, osservando, anzitutto, che le politiche di riduzione dei Comuni hanno ricevuto un impulso dalle misure, prima, normative e, poi, costituzionali che, tra la fine del secolo scorso e l'inizio di questo, hanno sancito i principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza quali principi informatori della distribuzione delle funzioni amministrative tra i differenti livelli di governo. In secondo luogo, queste politiche costituiscono parte integrante delle politiche di semplificazione, avviate già dall'inizio degli anni Novanta dello scorso secolo, per il «contenimento della spesa pubblica», la «maggiore efficienza o [la] migliore organizzazione delle funzioni amministrative», la crescente europeizzazione delle istituzioni pubbliche e la nascita dello spazio giuridico globale<sup>23</sup>. In particolare, poi, le fusioni dei Comuni «riflettono

<sup>23</sup> Nell'ampia letteratura sulle riforme amministrative, si v. per tutti A. NATALINI, *Il tempo delle riforme amministrative*, Bologna, il Mulino, 2006.

anche principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica<sup>24</sup>; possono diminuire i costi per gli amministratori, il segretario comunale e i revisori dei conti; facilitare la razionalizzazione del personale e della gestione delle sedi; ridurre gli atti amministrativi, unificare le procedure e il sistema informativo; favorire una maggiore specializzazione del personale, con conseguente riduzione di incarichi esterni. Altri vantaggi discendono dall'aumento della dimensione organizzativa, in quanto all'ente che scaturisce dalla fusione potrebbe risultare più facile negoziare condizioni più favorevoli, rispetto a quelle ottenute in precedenza dai singoli Comuni che alla fusione stessa hanno partecipato, per gli appalti e i contratti con le aziende fornitrici di servizi. Gli ampi incentivi finanziari disposti dallo Stato e dalle Regioni a favore dei Comuni che si fondono, poi, offrono l'opportunità di migliorare i servizi di interesse pubblico e di realizzare progetti di rilievo per la Comunità locale<sup>25</sup>.

È importante osservare anche che le incentivazioni disposte dai legislatori (statale e regionale) hanno prodotto vantaggi nelle gestioni finanziarie successive alle fusioni<sup>26</sup>. Secondo uno studio del Ministero dell'interno, pubblicato nel 2021<sup>27</sup>, un riscontro immediato di questi vantaggi si rinviene nelle dinamiche della spesa corrente: infatti, a seguito delle fusioni, al netto dei contributi statali e regionali, la spesa corrente ha subito una flessione, rispettivamente, del 7,51% e del 11,15%. In particolare, le economie di scala derivanti dalla fusione hanno ridotto le spese per i servizi di *back-office*, mentre sono cresciute tendenzialmente le spese relative

<sup>24</sup> V. al riguardo la sentenza già citata della Corte cost. 26 marzo 2015, n.50. Su questa sentenza si vedano, tra gli altri, i commenti di L. VANDELLI, *La legge "Delrio" all'esame della Corte: ma non meritava una motivazione più accurata?*, in *Quad. cost.* 2015, pp. 393-396; G. GARDINI, *Brevi note sull'incostituzionalità sopravvenuta della legge Delrio*, in *Federalismi.it*, 19, 2016.

<sup>25</sup> Per una ulteriore prospettiva delle finalità che possono essere legate alle politiche di fusione, sono interessanti le considerazioni di M.De DONNO, C. TUBERTINI, *Frammentazione comunale e contrasto allo spopolamento cit.* p. 297.

<sup>26</sup> Per una riflessione critica sul ruolo degli incentivi, cfr. B. CELATI, *Il Paese dei mille campanili. Le fusioni di Comuni tra intenti funzionalisti e limiti della razionalizzazione*, in *Ist. del fed.*, 2023, p. 837.

<sup>27</sup> Ministero dell'interno, dipartimento per gli affari interni e territoriali – direzione centrale della finanza locale, a cura di R. PACELLA, *Le fusioni dei Comuni. Lo stato di attuazione. Profili ordinamentali e finanziari*, 2021.

ai servizi di *front-office*, anche in ragione della maggiore dotazione di risorse finanziarie assicurata dai contributi erariali e regionali finalizzati. Inoltre, lo studio rileva che per i piccoli Comuni interessati dalle fusioni si registrano tendenze molto più favorevoli rispetto a quella della media nazionale dei Comuni. Per questi ultimi, infatti, nello stesso periodo, non si registrano variazioni sostanziali, né per i servizi di *back-office* né per quelli di *front-office*. Ancora, per un verso, per i Comuni interessati dai processi di fusione, si è registrata una flessione dell'1,40% delle imposte, delle tasse e dei proventi assimilati; per un altro verso, i trasferimenti correnti da amministrazioni pubbliche a favore degli stessi Comuni aumentano (per effetto dei contributi per la fusione) del 79,54%, a fronte di un aumento del solo 4,15%, nello stesso periodo, per gli altri Comuni italiani.

Oltre ai benefici economici, la fusione di Comuni, e la conseguente istituzione di un ente di dimensioni maggiori, possono determinare ulteriori vantaggi per quanto concerne la capacità organizzativa, le risorse umane e finanziarie, il rilievo istituzionale. Questi riguardano, per esempio, includere la fornitura continua e omogenea su tutto il territorio di servizi pubblici di alta qualità ai cittadini; la migliore accessibilità ai servizi comunali, con orari di apertura più flessibili; la possibilità di accedere a finanziamenti aggiuntivi, in ragione della maggiore qualificazione e specializzazione del personale; la possibilità conseguente di realizzare maggiori investimenti in opere pubbliche e di garantire la manutenzione di quelle esistenti; la possibilità di sviluppare strategie di programmazione e sviluppo territoriale e urbanistico su larga scala per valorizzare le risorse ambientali, culturali e infrastrutturali, con la conseguenza, per esempio, di creare un servizio di trasporto pubblico adeguato alle esigenze del territorio e sviluppare iniziative per valorizzare e rilanciare l'attrattività del territorio, ecc<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> Questo punto è sviluppato dal dossier della Regione Lombardia *Il procedimento di fusione e di incorporazione dei Comuni in Lombardia*, curato da E. dall'Oglio, della direzione generale regionale "enti locali, montagna, piccoli Comuni" e poi aggiornato (con riferimento all'arco temporale compreso dal 31 luglio 2018 al 30 agosto 2022) a cura di G. CONTI, dell'Università di Pavia. Il dossier si può leggere al seguente link <https://www.Regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/0e4b1fef-e74c-4934-a638e9d9c766b4da/IL+PROCEDIMENTO+DI+FUSIONE+E+DI+INCORPORAZIONE+DEI+COMUNI+IN+LOMBARDIA.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0e4b1fef-e74c-4934-a638-e9d9c766b4>.

Per dare una risposta alla seconda domanda, quella riguardante le ragioni dei risultati modesti conseguiti dalla riduzione dei Comuni, può essere importante prendere le mosse dalla disciplina della procedura per la fusione. L'art. 133, comma 2, della Costituzione dispone che la Regione, con propria legge, sentite preventivamente le popolazioni interessate, possa istituire nuovi Comuni nel territorio di pertinenza. La Costituzione non specifica il mezzo con il quale devono essere sentite le popolazioni interessate, ma nella prassi, prima, e nella legislazione statale e regionale, dopo, si è consolidato l'orientamento ad acquisire il loro parere tramite referendum consultivi.

Uno studio di qualche anno fa sui referendum consultivi in materia consente di dare una possibile spiegazione dello scarso successo delle politiche di riduzione del loro numero<sup>29</sup>. Fino al giugno 2020, si sono svolti 254 referendum di questo tipo. Ma il fenomeno si è concentrato nell'arco di sei anni (2013-2018), con la punta massima di 49 referendum nel 2018. Per converso, fino al 2012, i referendum erano stati solamente 26, mentre nei primi sei mesi del 2019 si è svolto un solo referendum. Non si hanno dati riguardanti il periodo successivo, ma si può ritenere ragionevolmente che alla forte contrazione del numero delle fusioni sia corrisposto un abbassamento altrettanto forte del numero dei referendum consultivi.

I referendum hanno coinvolto 617 Comuni (quasi l'8% del totale) e 2,2 milioni di cittadini (poco meno del 4% della popolazione italiana)<sup>30</sup>. Come si evince da quanto detto *supra*, questi referendum hanno riguardato soprattutto i piccoli Comuni: quasi il 90% dei Comuni nei quali si è votato, infatti, aveva meno di 5000 abitanti.

<sup>29</sup> I dati che seguono sono tratti da R. DALLA TORRE, *I referendum di fusione dei Comuni in Italia*, Fondazione Think Tank Nord Est, Osservatorio enti locali e territorio, agosto 2019, che si può consultare al seguente link. <https://www.fondazionethinktank.it/wp-content/uploads/2019/07/I-referendum-di-fusione-dei-Comuni-in-Italia.pdf> Si veda, anche, ma con dati aggiornati al 2016, A. CESTARI, R. DALLA TORRE E A. FAVARETTO, *Fusioni di Comuni: quando il territorio si riforma da solo*, in *la voce.info*, 24 febbraio 2017.

<sup>30</sup> Il maggior numero di referendum c'è stato in Lombardia (56), Trentino Alto Adige (45) e Toscana (33); il numero più alto dei Comuni coinvolti si ha, nuovamente, in Trentino Alto Adige (121), Veneto (68) e Friuli Venezia Giulia (34); nelle stesse tre regioni si ha il maggior numero delle persone chiamate a votare.

Tuttavia, le informazioni più interessanti, per questa indagine, riguardano gli esiti dei referendum: il voto a favore della fusione delle popolazioni dei Comuni interessati ha prevalso<sup>31</sup> solo nel 55,5% dei casi (in termini assoluti, 141 su 254).

I pochi studi in materia indicano una ragione prevalente di questa ampia percentuale di voti contrari alla fusione da parte dei cittadini dei Comuni interessati: il timore dei cittadini stessi di perdere la propria identità e il senso di appartenenza alla propria comunità di origine. Sondaggi effettuati su ambiti territoriali circoscritti hanno dato conto anche di altri timori: per esempio, quello che il Comune di appartenenza, in ragione delle piccole dimensioni, non sarebbe stato più rappresentato adeguatamente nei rapporti con le altre istituzioni pubbliche; quello che la fusione avrebbe reso più difficile il rapporto personale con gli uffici dell'amministrazione comunale; quello, strettamente connesso con il precedente, di perdere i punti di riferimento tradizionali<sup>32</sup>.

Si può ritenere, poi, che queste preoccupazioni siano ancora più forti nei cittadini dei Comuni dei quali si proponga l'incorporazione in un altro Comune, per i quali si può ipotizzare che, oltre a quelle precedenti, sia particolarmente avvertita la preoccupazione di entrare a far parte di una comunità già esistente, ma a loro estranea.

Una conferma indiretta di queste ipotesi può essere tratta dalla disciplina positiva. Per esempio, proprio per consentire agli amministratori comunali di raccogliere in via preventiva gli orientamenti delle rispettive comunità, alcune leggi regionali hanno previsto i tempi e i modi nei quali gli amministratori comunali possono promuovere una preventiva consultazione pubblica della cittadinanza, per raccogliere osservazioni, proposte e, più in generale, acquisire gli elementi necessari per valutare l'opportunità di proseguire il procedimento di fusione e, quindi anche, di indire il referendum consultivo. A queste si aggiungono le garanzie per

<sup>31</sup> Seppure limitate alla sola Regione Lombardia, sono interessanti le considerazioni contenute nel dossier *Il procedimento di fusione e di incorporazione dei Comuni in Lombardia*, cit.

<sup>32</sup> Si veda per esempio, POLEIS, *Studio di fattibilità per la fusione dei Comuni di Podenzano, Ponte dell'Olio e Vigolzone e per la fusione dei Comuni di Ponte dell'Olio e Vigolzone*, reperibile al seguente link [Downloads/2305%20Analisi%20di%20fattibilit-C3-A0.pdf](#).

le popolazioni dei Comuni interessati dalla fusione, previste dalla disciplina statale (art.15, comma 2, TUEL), delle quali già si è detto *supra*<sup>33</sup>. Tuttavia, come dimostrano i risultati dei referendum, gli accorgimenti procedurali indicati, le misure di garanzia delle identità dei Comuni originari, le numerose disposizioni statali e regionali, e in particolare quelle di carattere finanziario, preordinate a incentivare i processi di accorpamento tra i Comuni, non sono stati sufficienti a rimuovere queste diffidenze<sup>34</sup>. All'opposto, potrebbe essere interessante conoscere se e quanti procedimenti di fusione siano stati abbandonati a seguito della preventiva consultazione pubblica della quale si è trattato sopra.

Ci si può porre, poi, la domanda se le fusioni tra Comuni incontrino l'opposizione degli stessi amministratori comunali. Le prime, infatti, riducono presumibilmente l'influenza politica dei secondi, sia nei rapporti con le collettività locali di riferimento che con le altre istituzioni pubbliche. Inoltre, sebbene gli incentivi economici siano considerati spesso un vantaggio per le fusioni, alcuni amministratori locali sono scettici riguardo alla loro efficacia a lungo termine, perché temono che gli incentivi più motivino la fusione, meno comportino un reale miglioramento dei servizi. Mancano però analisi specifiche e di ampio raggio su questo punto<sup>35</sup> e, quindi, le ipotesi appena formulate richiedono riscontri puntuali e apposite indagini sul campo.

#### **4. La crescita delle Unioni di Comuni**

I risultati modesti delle politiche di riduzione dei Comuni ricevono una conferma indiretta nello sviluppo della disciplina di base delle Unioni dei

<sup>33</sup> A queste si aggiunge quella dell'art. 16 dello stesso TUEL, a norma del quale lo statuto dei Comuni istituiti a seguito di fusione possa prevedere l'istituzione di municipi nei territori delle comunità di origine.

<sup>34</sup> Per una ricognizione di queste misure si rinvia al dossier del servizio studi della Camera dei deputati, durante la XVIII legislatura *Gestione associata delle funzioni comunali, Unioni e fusioni di Comuni*, 29 settembre 2022, che può essere letto a questo link [https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1105809.pdf?\\_1693398039963](https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1105809.pdf?_1693398039963).

<sup>35</sup> Si veda, tuttavia, T. ZHENG, B. SUNB, K.DE WITTEC, *A systematic literature review on the effect of municipal mergers* che può essere letto al seguente link, <https://feb.kuleuven.be/drc/LE-ER/demotrans/2-fp-a-systematic-review-of-the-literature-on.pdf>

Comuni. Questa, infatti, ha subito tre importanti modificazioni nell'arco di appena quindici anni<sup>36</sup>.

Le Unioni sono state introdotte come forma associativa tra Comuni dall'art. 26 della l.n.142/1990.

In questa disciplina, l'Unione era preordinata alla fusione di Comuni minori ed era quindi uno degli strumenti preordinati alla realizzazione degli obiettivi indicati dall'art. 11 della legge (quello della promozione della fusione tra Comuni, tramite misure amministrative e finanziarie)<sup>37</sup>. Si prevedeva, quindi, un nuovo modello associativo per l'esercizio congiunto di una pluralità di funzioni o di servizi, costituito volontariamente tra Comuni con popolazione non superiore a 5.000 abitanti<sup>38</sup>, in previsione della loro successiva fusione. Questa si sarebbe dovuta concludere entro il termine di dieci anni. Se trascorso questo periodo, i Comuni interessati non avessero preso l'iniziativa per fondersi tra loro, si sarebbero aperte due possibilità: in assenza di contributi regionali aggiuntivi a quelli normalmente previsti per i singoli Comuni, l'Unione si sarebbe sciolta; in presenza di tali contributi, invece, la legge regionale avrebbe dovuto disporre la fusione.

La l. 3 agosto 1999, n.265 ha modificato radicalmente questa disciplina<sup>39</sup>. Al modello precedente, funzionalizzato alla fusione tra i Comuni nel breve-medio termine, se ne è sostituito un altro che ha preordinato l'Unione all'esercizio in forma associata di funzioni di loro competenza, nell'ambito di livelli ottimali definiti dalla Regione, previa concertazione con le rappresentanze degli enti locali. Insieme a quella sugli obiettivi sono mutate anche le norme sui requisiti demografici, la definizione del territorio, l'organizzazione dell'Unione, i principi fondamentali ai quali si devono attenere le leggi regionali che stabiliscono incentivazioni.

<sup>36</sup> Sull'evoluzione normativa e giurisprudenziale delle Unioni di Comuni, cfr. F. LEONZIO, *Le Unioni di Comuni tra vincolo associativo e autonomia comunale*, in *Ist. del fed.*, 2022, p. 731.

<sup>37</sup> Cfr. L. VANDELLI, *Ordinamento delle autonomie locali. 1990-2000. Commento alla legge 8 giugno 1990, n.142*, III edizione, Rimini, Maggioli, 2000, p. 577. L'art. 11, inoltre, vietava di istituire nuovi Comuni con popolazione inferiore a 10.000 abitanti o la cui costituzione comportasse, come conseguenza, che altri Comuni scendessero al di sotto di tale limite.

<sup>38</sup> All'Unione può partecipare anche non più di un Comune con popolazione compresa tra i 5.000 e i 10.000 abitanti.

<sup>39</sup> V. ora art. 33 del TUEL.

La disciplina di base è stata modificata nuovamente dalla l. n.56/2014. Questa ha mantenuto le due tipologie di Unione già previste: quella, facoltativa, per l'esercizio associato di determinate funzioni; quella, obbligatoria (prevista dal d.l. d.l. 31 maggio 2010, n.78, conv. con modif. dalla l. 30 luglio 2010, n. 122), per i Comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti, per l'esercizio associato delle funzioni fondamentali (poi definite con d.l. 6 luglio 2012, n.95, conv. con modif. dalla l. 7 agosto 2012, n.135), con una scadenza temporale variabile in ragione del numero delle funzioni che si intendono assumere<sup>40</sup>. A entrambe si applica la disciplina dell'art. 32 del TUEL. Per le Unioni obbligatorie è stato stabilito un ulteriore limite demografico minimo necessario per l'istituzione dell'Unione: questo è stato fissato in 3.000 abitanti quando si tratta di Comuni appartenenti o appartenuti a Comunità montane (almeno tre Comuni). La l. n.56/2014, inoltre, ha esteso le norme relative ai piccoli Comuni alle Unioni composte da Comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti e dettato regole sulle modalità di esercizio in forma associata di alcune funzioni assegnate alle Unioni di Comuni<sup>41</sup>. Le Unioni, infine, possono ricevere funzioni provinciali dallo Stato e dalle Regioni, secondo le rispettive competenze.

Successivamente, la disciplina sull'obbligo di esercizio associato delle funzioni fondamentali dei piccoli Comuni ha subito due modificazioni. La prima ha fatto seguito alla sentenza della Corte cost. 4 marzo 2019, n.33, con la quale è stata dichiarata illegittima la norma menzionata del d.l. n.78/2010, conv. con modif. dalla l. n. 122/2010, «nella parte in cui non prevede la possibilità, in un contesto di Comuni obbligati e non, di dimostrare, al fine di ottenere l'esonero dall'obbligo, che a causa della particolare collocazione geografica e dei caratteri demografici e socio ambientali, del Comune obbligato, non sono realizzabili, con le forme associative imposte, economie di scala e/o miglioramenti, in termini di efficacia ed efficienza, nell'erogazione dei beni pubblici alle popolazioni di riferimento».

<sup>40</sup> I termini indicati dalla disciplina del 2010 sono stati successivamente prorogati più volte.

<sup>41</sup> Per esempio, quelle in materia di controllo interno; di prevenzione della corruzione; di revisione contabile.

La seconda ha fatto seguito all'art. 21, comma 3, d.l. 27 dicembre 2024, n.202 (c.d. "decreto milleproroghe 2025"), conv. con modif. dalla l. 21 febbraio 2025, n. 15, che ha posto fine alle ripetute proroghe dell'obbligo dei piccoli Comuni con popolazione inferiore ai cinquemila abitanti di esercitare in forma associata le funzioni fondamentali, al duplice fine di tenere conto degli indirizzi della giurisprudenza costituzionale e di rispettare le competenze legislative assegnate alle Regioni.

Sul piano della vicenda reale, è importante osservare che il numero delle Unioni è aumentato di quasi trenta volte in venticinque anni: erano 15 nel 1999, sono 443 nel 2024<sup>42</sup>. Per avere una idea della loro crescita accelerata, nell'arco di così poco tempo, è sufficiente ricordare che già nel 2003 erano 257 (in numero superiore, quindi, di oltre due volte e mezzo rispetto a quello di quattro anni prima); sono diventate 294 nel 2007, 371 nel 2012, fino a raggiungere il picco di 559 nel 2022, per poi scendere, come si è detto, a 443 nel 2024.

Secondo i dati forniti dal dipartimento per gli affari regionali, attualmente, le Unioni raggruppano 2823 Comuni (il 36% del totale), con una popolazione di quasi 10,5 milioni di abitanti. Le Regioni che hanno le percentuali più ampie di Comuni aderenti a un'Unione sono la Sicilia (12,8%), l'Emilia-Romagna (12,4%) e la Valle d'Aosta (10,8%), mentre in fondo alla classifica si trovano l'Umbria (2,2%) e la provincia autonoma di Trento (1,2%)<sup>43</sup>. Ulteriori informazioni possono essere tratte da una indagine Openpolis del 2022<sup>44</sup>: in media partecipano a un'Unione cinque Comuni; il maggior numero di Unioni si trova in Piemonte (116), Lombardia (75), Sicilia (50); per converso, il minor numero di Unioni in Umbria (4) e nella provincia autonoma di Trento (2).

<sup>42</sup> Con riferimento alla regione Emilia Romagna è interessante menzionare l'Osservatorio sulle Unioni di Comuni, che si trova al seguente link <https://autonomie.regione.emilia-romagna.it/unioni-di-comuni/osservatorio-unioni>. Per una mappatura delle forme associative su base nazionale, si veda l'iniziativa di open data realizzata nell'ambito del Progetto Italiae, promosso dal dipartimento per gli affari regionali e le autonomie, cofinanziato nel Programma Operativo "Governance e Capacità Istituzionale" 2014-2020 del dipartimento per la funzione pubblica, <https://openitaliae.it>.

<sup>43</sup> Questi dati sono disponibili al link <https://www.strategieamministrative.it/dettaglio-news/20244121415-Unioni-di-Comuni-e-servizi-statistici/>.

<sup>44</sup> Si veda <https://www.openpolis.it/parole/che-cosa-sono-le-Unioni-di-Comuni/>.

Se, assumendo una diversa prospettiva temporale, si confrontano i dati del 2024 con quelli del 2012, assieme all'aumento, in termini assoluti e percentuali, delle Unioni (erano 371, sono 443) e dei Comuni aderenti (erano 1868, pari al 23,1% dei Comuni; sono 2823, pari al 36% dei Comuni), si possono osservare alcuni elementi di continuità: per esempio, anche allora, per ciascuna Unione, si contavano in media cinque Comuni, pur se la distribuzione sul territorio nazionale era molto eterogenea, come dimostra il fatto che c'erano sessantadue Unioni composte soltanto da due Comuni e diciotto alle quali aderivano più di dieci Comuni; anche allora, inoltre, Lombardia e Piemonte erano le Regioni con il maggior numero di Unioni, mentre Trentino Alto Adige e Umbria occupavano gli ultimi posti della graduatoria<sup>45</sup>.

Dalle osservazioni svolte in questo paragrafo, si possono trarre le seguenti conclusioni. Nel quarto di secolo considerato (1999-2024), il numero delle Unioni dei Comuni cresce in modo esponenziale. La crescita è continua, con la sola eccezione del triennio 2022-2024 nel corso del quale si registra, per la prima volta, una riduzione significativa (in termini assoluti, di 116 unità, in termini percentuali del 20,75%). Non sono disponibili al momento studi che consentano di dare una spiegazione generale di questa contrazione, né una descrizione più accurata della stessa. Per altro verso, però, è interessante porre a confronto questi dati con quelli riguardanti la riduzione del numero dei Comuni. Se ne può trarre facilmente la conclusione che hanno successo le politiche che prevedono forme di associazione dei Comuni per l'esercizio congiunto delle funzioni loro assegnate; incontrano forti resistenze quelle che incidono sull'identità dei singoli Comuni e, più in generale, sulle loro dimensioni.

Quali sono le motivazioni che possono spiegare la crescita continua e accelerata delle Unioni dei Comuni nell'ultimo quarto di secolo?

Una prima ipotesi è che il successo delle Unioni<sup>46</sup> rappresenti l'altra faccia della medaglia del fallimento delle fusioni. Infatti, le prime, a differenza

<sup>45</sup> Questi dati sono reperibili al link <https://www.fondazioneifel.it/numeri-e-territori/item/7908-le-Unioni-di-Comuni-scheda-n-1>. Si trovano anche i dati riguardanti il tasso di adesione dei Comuni delle diverse Regioni alle Unioni.

<sup>46</sup> Su questi aspetti si veda C. TUBERTINI, *Le Unioni di Comuni a dieci anni dalla legge 56/2014: bilancio e prospettive*, in *Ist. del fed.* 2023, p. 811.

delle seconde, non incidono sulla identità dei singoli Comuni che ne fanno parte e, quindi, non suscitano paure e diffidenze delle popolazioni dei singoli Comuni<sup>47</sup>; all'opposto, le Unioni sono tecniche per l'esercizio associato di funzioni e servizi.

Almeno due indizi depongono a favore di questa ipotesi. Il primo è quello che, come si è detto, le Unioni sono cresciute in modo continuo e a ritmo accelerato nell'arco degli ultimi venticinque anni; le fusioni tra Comuni sono cresciute solo nell'arco di sei-sette anni e, da almeno cinque anni, si sono sostanzialmente arrestate.

Inoltre, la crescita vorticoso del numero delle Unioni è iniziata all'indomani dell'approvazione della l. n. 265/1999 con la quale, come si è detto, il legislatore ha cambiato il volto delle Unioni stesse, trasformandole in un modello per l'esercizio in forma associata di funzioni di competenza dei Comuni medesimi.

Una seconda ipotesi riguarda una vicenda interna alla rimodulazione del rapporto tra le differenti forme associative tra enti locali, che prende le mosse dalla l. n. 142/1990 e si snoda nei venticinque anni successivi fino sostanzialmente alla l. n. 56/2014<sup>48</sup>. Dopo le modifiche introdotte in materia da questa legge, infatti, l'ordinamento prevede «ora la possibilità di esercitare in forma associata le funzioni locali attraverso due soli strumenti tra quelli elencati dal TUEL: le convenzioni e le Unioni di Comuni». Le convenzioni rappresentano una soluzione di tipo negoziale, alla quale gli enti locali possono ricorrere «per svolgere in modo coordinato funzioni e servizi determinati» (art. 30 TUEL). Ma il legislatore punta maggiormente sulle Unioni, ritenute una soluzione organizzativa «caratterizzata da una maggiore stabilità e integrazione tra i Comuni»<sup>49</sup>.

<sup>47</sup> Il tema della rilevanza del dato identitario è stato esaminato anche nelle scienze politologiche: per tutti, S. BOLGHERINI, M. CASULA E M. MAROTTA, *Il dilemma del riordino. Unioni e fusioni dei comuni italiani*, Bologna, Il Mulino, 2018; S. PROFETI, *Le fusioni nella percezione della cittadinanza: la dimensione del consenso politico, la comunicazione e la partecipazione dei cittadini*, in *I processi di fusione di Comuni: evidenze e risultati*, p. 178. Si tratta di uno studio del Progetto ITALIAE, cit. consultabile al link <https://cris.unibo.it/retrieve/d3ce9ec7-3d66-474b-8077-d14ff19a671f/quadro-teorico-sulle-fusioni-plus-approfondimenti.pdf>.

<sup>48</sup> Per una sintesi esaustiva ed efficace si rinvia a E. CARLONI, F. CORTESE, *Diritto delle autonomie territoriali*, Padova, Cedam, 2020, pp. 153 ss.

<sup>49</sup> Le due citazioni si trovano in E. CARLONI, F. CORTESE, *Diritto delle autonomie*, cit. rispettivamente alle pp. 154-155.

D'altro canto, sia i Consorzi che le Comunità montane, pur nel diverso radicamento nell'ordinamento nel corso del tempo, sono istituti che hanno perso vitalità e sono in via di superamento. L'istituzione dei Consorzi è una soluzione ancora possibile, ma progressivamente residuale, per l'esercizio congiunto di servizi pubblici, ma non per lo svolgimento di funzioni. Per altro verso, quando con la legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria per il 2010), lo Stato ha cessato di finanziare le Comunità montane e ne ha trasferito le responsabilità alle Regioni, molte tra esse sono state soppresse, altre sono state trasformate in Unioni montane di Comuni e, in definitiva, il loro numero si è ridotto drasticamente: secondo dati tratti dall'Istat, nel 2022 ne erano operanti circa 150, con un calo del 57,6%<sup>50</sup> rispetto al 2007<sup>51</sup>.

Small local governments rarely merge, but they often come together  
*Giulio Vesperini*

Abstract: Questo studio analizza le trasformazioni dei piccoli Comuni italiani negli ultimi 25 anni, con particolare attenzione alla riduzione del loro numero e all'espansione delle Unioni tra Comuni. La riduzione, concentrata soprattutto tra il 2013 e il 2019, è stata realizzata prevalentemente attraverso fusioni per soppressione, mentre le incorporazioni sono state marginali. Pertanto, la frammentazione amministrativa rimane elevata, con una prevalenza di Comuni di piccole dimensioni. Le riforme hanno avuto effetti limitati, lasciando inalterate alcune caratteristiche tradizionali del sistema locale italiano. Parallelamente, le Unioni hanno rappresentato un nuovo modello di associazionismo territoriale per assicurare l'esercizio congiunto di una serie di funzioni e di servizi di competenza dei Comuni e, in questo modo, migliorare l'efficienza amministrativa.

<sup>50</sup> *Rapporto sulle Istituzioni Pubbliche 2024. Caratteristiche e cambiamenti dal terzo censimento permanente*, pubblicato al seguente link <Downloads/Istat%20RapportoIstituzioniPubbliche2024.pdf>

<sup>51</sup> Solo alcune Regioni, come la Lombardia e la Campania, mantengono ancora Comunità montane attive, grazie a leggi regionali specifiche: l.r. Lombardia 27 giugno 2008, n. 19 e l. r. Campania 30 settembre 2008, n. 12.

Abstract: This study analyzes the transformations of small Italian local governments over the past 25 years, with particular attention to the reduction in their number and the expansion of municipal unions. The reduction, concentrated mainly between 2013 and 2019, was primarily achieved through mergers by suppression, while incorporations were marginal. Consequently, administrative fragmentation remains high, with a predominance of small municipalities. The reforms have had limited effects, leaving some traditional characteristics of the Italian local system unchanged. At the same time, unions have represented a new model of territorial associationism to ensure the joint exercise of various functions and services under municipal jurisdiction, thereby improving administrative efficiency.

Parole chiave: Fusioni. Piccoli Comuni. Unioni di Comuni. Riforme dell'ordinamento locale in Italia.

Keywords: Mergers, Small Local Governments, Union of Municipal Unions. Reforms of Local Government in Italy.



---

## — Criteri editoriali —

---

Istituzioni del Federalismo pubblica contributi scientifici sulle autonomie territoriali, espressione di diverse aree disciplinari, con una naturale preferenza per l'ambito giuridico e politico. IdF accetta solo contributi originali inediti. In base a specifici accordi con l'Autore e in casi particolari potranno essere pubblicati anche lavori già editi o in corso di pubblicazione in altra sede, fatto salvo apposito richiamo in nota da parte dell'Autore. Si accettano contributi redatti su file di testo in italiano, inglese, spagnolo, francese, che verranno pubblicati in lingua originale. Una volta accettato, il lavoro è coperto dal *copyright* della Rivista e non può essere riprodotto senza autorizzazione.

*Criteri di revisione.* Tutti i contributi da pubblicare sono sottoposti ad una doppia revisione effettuata direttamente dai componenti del Comitato Scientifico oppure affidata a esperti esterni individuati dallo stesso Comitato Scientifico, che resta comunque l'organo competente a decidere in via definitiva sulla pubblicazione o meno di un articolo. La revisione è effettuata attraverso il metodo del referaggio anonimo a "doppio cieco" (che esclude la conoscenza reciproca tra Autore e *referees*) al termine del quale viene comunicato all'Autore l'esito della valutazione. Per i contributi redatti da Autori individuati dal Comitato scientifico almeno uno dei due referaggi sarà comunque anonimo. I principali criteri per la selezione dei contributi sono: rigore e coerenza metodologica; struttura e impianto dell'articolo; originalità e no-

vità dell'apporto scientifico; fondatezza delle argomentazioni a sostegno della tesi; correttezza/completezza delle fonti e della bibliografia.

La Rivista si divide in varie Sezioni, articolate in Saggi e articoli, Note e commenti, Osservatorio regionale, Letture e segnalazioni.

*Saggi e articoli.* La parte prevalente della Rivista è dedicata alla pubblicazione di saggi e articoli che pervengono spontaneamente alla Rivista oppure vengono commissionati *ad hoc* ad Autori individuati dal Comitato scientifico. Questi contributi hanno una dimensione orientativa compresa tra le 20.000 e le 70.000 battute, note a piè di pagina e spazi inclusi, e devono essere corredati da un *abstract*.

*Note e commenti.* In questa sezione vengono pubblicati contributi più brevi, commenti a fonti normative, note a sentenza. Ai fini della pubblicazione i contributi, di dimensione di norma non eccedente le 40.000 battute, vengono valutati secondo un criterio di attualità del tema trattato e di attinenza agli argomenti di interesse della Rivista.

*Osservatorio regionale.* La sezione è dedicata a rassegne di giurisprudenza, legislazione regionale, analisi di buone prassi territoriali, notizie provenienti dalla Unione europea e altre notizie tratte dai materiali pubblicati on-line sul sito della Regione Emilia-Romagna e sul sito della Rivista.

*Letture e segnalazioni.* In questa sezione si pubblicano recensioni a lavori monografici e segnalazioni bibliografiche.



## EDITORIALE

Una ricerca sui medici di medicina generale dal punto di vista giuridico  
*Fabio Giglioni*

## SAGGI E ARTICOLI

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

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

I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria  
territoriale  
*Fabio Giglioni*

Il medico di medicina generale: profili lavoristici  
*Paola Bozzao*

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

La figura del medico di famiglia in Francia  
*Fanny Jacquolot*

The "Family Doctor" in Portugal. Key connections with the Social  
Security System  
*Ana Elisabete Ferreira, André Dias Pereira*

## NOTE E COMMENTI

I piccoli Comuni si fondono poco, ma si uniscono molto  
*Giulio Vesperini*

ISBN 978-88-498-8587-3



9 788849 885873

€ 35,00

 Regione Emilia-Romagna