



Allegato "A"

RACCOMANDAZIONE n.06 del 18 settembre 2026

in materia di accessibilità e fruibilità
degli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta
per le persone con disabilità

1. Ruolo e funzioni dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità

L'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità è stata istituita dal decreto legislativo 5 febbraio 2024, n. 20, al fine di assicurare la tutela, la concreta attuazione e la promozione dei diritti delle persone con disabilità, in conformità al diritto internazionale, al diritto dell'Unione europea e alla normativa nazionale.

L'Autorità esercita le funzioni e i compiti ad essa attribuiti con poteri autonomi di organizzazione, con indipendenza amministrativa e senza vincoli di subordinazione gerarchica.

Il Garante costituisce un'articolazione del sistema nazionale per la promozione e la protezione dei diritti delle persone con disabilità previsto dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e concorre al monitoraggio della sua applicazione ai sensi dell'articolo 33, paragrafo 2, della Convenzione medesima, operando in collaborazione con l'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità.

Nell'esercizio delle proprie funzioni, il Garante vigila sul rispetto dei diritti delle persone con disabilità e sulla conformità dell'azione delle amministrazioni ai principi stabiliti dalla Convenzione ONU, dalla Costituzione, dalle leggi dello Stato e dai regolamenti; svolge verifiche, anche d'ufficio, sull'esistenza di fenomeni discriminatori; può richiedere alle amministrazioni e ai concessionari di pubblici servizi informazioni e documentazione; formula raccomandazioni e pareri e può sollecitare o proporre interventi, misure e accomodamenti ragionevoli idonei al superamento delle criticità rilevate.

Il decreto legislativo 18 giugno 2026, n. 123, recante disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo n. 20 del 2024, ha ulteriormente precisato e rafforzato tali funzioni, attribuendo al Garante anche il controllo delle strutture e dei programmi destinati alle persone con disabilità, ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 3, della Convenzione ONU, e prevedendo espressamente che esso eserciti le proprie funzioni nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e assistenziali al fine di tutelare i diritti delle persone con disabilità.

Ne deriva che l'accessibilità, la fruibilità e la non discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari, comprese le modalità attraverso le quali le persone con disabilità accedono alla medicina generale e alla pediatria di libera scelta, rientrano pienamente nell'ambito delle funzioni istituzionali dell'Autorità.

La presente Raccomandazione deve pertanto essere letta quale esercizio delle funzioni istituzionali di tutela, vigilanza, promozione e monitoraggio attribuite all'Autorità dall'ordinamento e non quale mero documento programmatico o di indirizzo politico.

2. Convenzione ONU, Piano d'Azione triennale e responsabilità nell'attuazione dei diritti

L'accessibilità costituisce uno dei principi fondamentali della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e una condizione necessaria per l'effettivo esercizio degli altri diritti da essa riconosciuti.

L'azione delle amministrazioni pubbliche, comprese le Regioni e le Aziende sanitarie, deve pertanto essere orientata non soltanto al rispetto formale delle norme applicabili, ma alla concreta individuazione e rimozione degli ostacoli che impediscono alle persone con disabilità di accedere, su base di uguaglianza con gli altri, ai servizi e alle prestazioni. Tale principio assume una particolare rilevanza in materia sanitaria. Il diritto alla salute non può infatti ritenersi pienamente garantito quando la prestazione sia formalmente disponibile, ma la persona con disabilità non sia materialmente posta nella condizione di accedere al luogo nel quale essa viene ordinariamente erogata.

Il 10 marzo 2026 il Consiglio dei ministri ha approvato il Piano d'Azione triennale sulla disabilità, successivamente adottato con decreto del Presidente della Repubblica del 12 marzo 2026. Il Piano, elaborato nell'ambito dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, è caratterizzato da una struttura operativa fondata su azioni concrete e monitorabili e mira a orientare le politiche pubbliche secondo i principi della Convenzione ONU e della riforma nazionale della disabilità.

L'attuazione dei diritti delle persone con disabilità richiede pertanto il passaggio da una logica basata esclusivamente sull'enunciazione dei principi a una logica fondata sulla **programmazione, sull'individuazione delle responsabilità, sulla definizione dei tempi, sulla misurazione dei risultati e sul monitoraggio**.

È in tale prospettiva che la presente Raccomandazione individua nella mappatura degli studi, nella programmazione regionale, nei cronoprogrammi e nel monitoraggio periodico strumenti necessari per rendere concretamente verificabile il progressivo miglioramento dell'accessibilità della medicina generale e della pediatria di libera scelta. L'autonomia organizzativa riconosciuta alle Regioni nell'ambito del Servizio sanitario non può essere intesa come possibilità di introdurre disposizioni, criteri o prassi suscettibili di compromettere i diritti delle persone con disabilità o di trasformare l'accessibilità delle prestazioni sanitarie in una condizione eventuale o meramente discrezionale.

Qualora emergano disposizioni, prassi organizzative o situazioni territoriali suscettibili di determinare una discriminazione o una significativa limitazione dell'accesso alle prestazioni, l'Autorità potrà esercitare le funzioni di verifica, acquisizione di dati e documentazione, raccomandazione e monitoraggio previste dall'ordinamento.

Il mancato recepimento della presente Raccomandazione non determina, di per sé, automaticamente una specifica sanzione. Tuttavia, la permanenza di condizioni di inaccessibilità, la mancata programmazione del loro superamento o l'adozione di disposizioni suscettibili di determinare un trattamento deteriore delle persone con disabilità possono assumere rilievo nell'ambito della valutazione della conformità dell'azione amministrativa ai principi di non discriminazione, pari opportunità, accessibilità e tutela effettiva del diritto alla salute.

3. Premessa

Nell'esercizio delle funzioni sopra richiamate, l'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità ritiene necessario intervenire specificamente sul tema dell'accessibilità e della fruibilità degli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Il diritto alla salute, tutelato dall'articolo 32 della Costituzione, non può essere inteso esclusivamente quale possibilità astratta di ricevere una prestazione sanitaria, ma deve

tradursi nella possibilità reale per ogni persona, anche con disabilità motoria, sensoriale, cognitiva, intellettuale, relazionale, neurologica o complessa, di raggiungere il luogo nel quale la prestazione viene resa, accedere allo studio, utilizzare gli spazi necessari e ricevere la visita in condizioni di dignità, autonomia, sicurezza, riservatezza e pari opportunità.

Gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta rappresentano uno dei principali punti di accesso all'assistenza sanitaria territoriale e assumono una funzione particolarmente rilevante per le persone con disabilità, le persone anziane, le persone non autosufficienti, i minori con disabilità o patologie croniche e complesse e per le loro famiglie.

Essi costituiscono un riferimento essenziale per la prevenzione, la diagnosi, il monitoraggio delle condizioni di salute, la continuità assistenziale, la prescrizione, l'orientamento nei servizi sanitari e sociosanitari e l'attivazione dei percorsi di cura.

Per tale ragione, l'accessibilità e la fruibilità degli studi non possono essere considerate elementi meramente edilizi, organizzativi o facoltativi, ma devono essere riconosciute quali componenti della qualità dell'assistenza sanitaria territoriale e condizioni necessarie per l'effettività del diritto alla salute, della libertà di scelta e del principio di non discriminazione.

4. Quadro dei principi di riferimento

La presente Raccomandazione si colloca nel quadro degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione, della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata e resa esecutiva dall'Italia con legge 3 marzo 2009, n. 18, della legge 1° marzo 2006, n. 67, recante misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni, nonché della disciplina nazionale in materia di disabilità e accomodamento ragionevole.

Particolare rilievo assumono i principi di uguaglianza sostanziale, non discriminazione, accessibilità, autonomia personale, partecipazione e accesso ai servizi sanitari su base di uguaglianza con gli altri.

La tutela antidiscriminatoria impone di valutare non soltanto la conformità formale di una disposizione, di un criterio o di una situazione organizzativa, ma anche gli effetti che essi determinano concretamente sulla persona con disabilità.

Una disposizione, un criterio, una prassi o una condizione apparentemente neutri possono determinare una discriminazione quando pongano la persona con disabilità in una posizione di particolare svantaggio rispetto agli altri nell'accesso a un servizio o nell'esercizio di un diritto.

In tale prospettiva, l'accessibilità non deve essere considerata esclusivamente quale requisito tecnico dell'immobile, ma quale condizione che consente alla persona di esercitare effettivamente il proprio diritto alla salute.

5. Le criticità rilevate

Nella realtà concreta numerosi studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta non risultano pienamente accessibili o fruibili dalle persone con disabilità.

Tali criticità si manifestano, in particolare, negli edifici di più antica costruzione, nei centri storici, negli immobili condominiali privi di ascensore o dotati di impianti non idonei, nei locali collocati ai piani superiori senza adeguate soluzioni di accesso o negli studi nei quali, pur essendo possibile raggiungere l'ingresso, non risulta possibile accedere alla sala d'attesa, agli spazi interni o alla stanza nella quale viene effettuata la visita.

L'accessibilità non può essere limitata al solo superamento della soglia di ingresso.

Deve riguardare l'intero percorso necessario per usufruire della prestazione sanitaria: il raggiungimento dello studio, il superamento di eventuali dislivelli, l'ingresso nell'edificio

e nei locali, la permanenza nella sala d'attesa, gli spostamenti interni, l'accesso alla stanza visita e la possibilità di ricevere la prestazione in condizioni adeguate.

Quando una persona con disabilità non può entrare nello studio del proprio medico, non può raggiungere la stanza della visita o deve essere visitata in condizioni non dignitose, non sicure o non riservate, il diritto alla salute risulta formalmente riconosciuto ma sostanzialmente compromesso.

La persona può essere costretta a rinunciare alla visita, a rinviare controlli necessari, a dipendere dalla visita domiciliare oppure a scegliere il medico non in ragione del rapporto fiduciario, della prossimità o delle proprie preferenze, ma esclusivamente sulla base della possibilità materiale di accedere ai locali.

6. La specificità degli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

Gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta non possono essere assimilati, ai fini della tutela dell'accesso alle cure, agli ordinari studi professionali privati.

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta esercitano la propria attività nell'ambito di uno specifico rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale, disciplinato dall'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e dai rispettivi Accordi collettivi nazionali.

Nel 2026 sono intervenuti il nuovo ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 15 gennaio 2026 e il nuovo ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta del 18 marzo 2026.

La disciplina convenzionale attribuisce allo studio del medico una funzione strettamente connessa all'organizzazione dell'assistenza territoriale e ne disciplina requisiti, organizzazione e rapporto con l'Azienda sanitaria.

Ne deriva che, pur essendo frequentemente ubicato in un immobile privato e pur conservando natura professionale l'attività che vi viene esercitata, lo studio del MMG o del PLS costituisce il luogo nel quale vengono ordinariamente erogate prestazioni riconducibili al Servizio sanitario nazionale.

La natura privata dei locali non può pertanto determinare una riduzione della tutela dei diritti dell'assistito.

7. Gli Accordi collettivi nazionali e l'interpretazione dei requisiti dello studio

L'Autorità ritiene necessario attribuire particolare rilievo alla disciplina contenuta negli Accordi collettivi nazionali vigenti per la medicina generale e la pediatria di libera scelta. Gli ACN costituiscono la disciplina nazionale fondamentale del rapporto convenzionale attraverso il quale MMG e PLS concorrono all'erogazione dell'assistenza sanitaria territoriale.

Le disposizioni convenzionali relative allo studio professionale, ai suoi requisiti, alla sua idoneità e all'organizzazione dell'attività non possono essere interpretate isolatamente, ma devono essere lette in coerenza con il quadro costituzionale, con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e con la legislazione nazionale in materia di non discriminazione e accessibilità.

L'eventuale assenza, nell'elencazione dei requisiti dello studio contenuta nell'ACN, di una autonoma ed espressa prescrizione generale relativa all'abbattimento delle barriere architettoniche non può essere interpretata come esenzione dall'accessibilità, né come attribuzione al professionista di una generale facoltà di decidere se rendere o meno fruibile il luogo nel quale viene erogata la prestazione.

Una simile interpretazione sarebbe incompatibile con la funzione concretamente svolta dallo studio nell'ambito dell'assistenza convenzionata e con il diritto dell'assistito a fruire effettivamente delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale.

L'Autorità ritiene pertanto che la nozione di idoneità dello studio, laddove prevista dalla disciplina convenzionale e applicata dagli organismi competenti, debba essere letta anche alla luce della concreta possibilità degli assistiti con disabilità di accedere e fruire delle prestazioni.

Tale interpretazione non comporta l'introduzione per via interpretativa di requisiti edilizi non previsti dalla legge, ma impone che l'organizzazione della medicina convenzionata sia valutata nel suo complesso in modo coerente con i principi di uguaglianza, non discriminazione e accesso effettivo alle cure.

8. Accessibilità e libertà effettiva di scelta del medico

Il rapporto fiduciario e la libertà di scelta costituiscono elementi caratterizzanti della medicina generale e della pediatria di libera scelta.

La possibilità riconosciuta al cittadino di scegliere il proprio medico non può essere considerata effettiva quando la persona con disabilità sia costretta a rinunciare al professionista prescelto esclusivamente perché non può materialmente accedere al suo studio o usufruire degli ambienti necessari alla visita.

La libertà di scelta non può ridursi alla possibilità formale di essere iscritti nell'elenco degli assistiti di un determinato medico.

Deve comprendere la possibilità concreta di fruire ordinariamente delle relative prestazioni.

Quando una persona senza disabilità può scegliere il proprio medico sulla base della fiducia, della prossimità, della continuità del rapporto o della valutazione professionale, mentre una persona con disabilità è costretta a scegliere esclusivamente tra i professionisti i cui studi risultano materialmente accessibili, la libertà di scelta risulta sostanzialmente compressa dalla presenza delle barriere.

La disciplina convenzionale dei MMG e dei PLS deve pertanto essere applicata in modo coerente con il principio della libertà effettiva di scelta, della parità di accesso alle cure e della non discriminazione.

9. Rapporto tra discipline regionali e principi nazionali sull'accessibilità

L'Autorità rileva che, nell'ambito delle competenze regionali in materia di organizzazione sanitaria e disciplina amministrativa delle attività sanitarie, sono state adottate, in alcuni casi, disposizioni che distinguono gli studi professionali dalle strutture sanitarie soggette ad autorizzazione e che possono prevedere differenti requisiti strutturali o regimi amministrativi.

Tale distinzione può assumere rilievo ai fini amministrativi e autorizzatori.

Essa, tuttavia, non può essere estesa fino ad affermare un principio generale secondo cui l'accessibilità dello studio professionale sanitario sia rimessa alla mera discrezionalità del titolare.

L'esclusione da uno specifico regime autorizzatorio non equivale all'esclusione dai principi e dagli obblighi di non discriminazione, accessibilità e pari opportunità.

Tale principio assume particolare rilevanza per gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, la cui attività è disciplinata dalla normativa convenzionale nazionale e si inserisce strutturalmente nell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale.

Pertanto, laddove disposizioni regionali possano essere interpretate nel senso di attribuire carattere meramente facoltativo all'accessibilità degli studi professionali sanitari, esse devono essere lette, nel rispetto del riparto delle competenze, in maniera coerente con i principi costituzionali, con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, con la legislazione antidiscriminatoria e con la disciplina nazionale della medicina convenzionata.

Qualora una simile interpretazione non sia possibile, le Regioni sono chiamate a riesaminare e adeguare le proprie disposizioni, affinché queste non determinino effetti discriminatori né comprimano l'effettivo esercizio del diritto alla salute e della libertà di scelta delle persone con disabilità.

10. Abbattimento delle barriere e accessibilità sostanziale

L'Autorità ritiene necessario evitare che la questione venga ridotta esclusivamente alla sussistenza o meno, nel singolo caso, di uno specifico obbligo edilizio di abbattimento delle barriere architettoniche.

L'abbattimento della barriera fisica rappresenta uno degli strumenti attraverso i quali l'accessibilità può essere realizzata.

L'oggetto della tutela è tuttavia più ampio ed è costituito dall'effettiva accessibilità e fruibilità della prestazione sanitaria.

Uno studio può risultare conforme alla normativa edilizia applicabile all'immobile e, nondimeno, presentare condizioni che rendano concretamente impossibile o particolarmente difficoltosa la fruizione della prestazione da parte di una persona con disabilità.

Analogamente, l'eventuale assenza di uno specifico obbligo edilizio di adeguamento immediato di un determinato immobile non esaurisce la valutazione relativa agli effetti che l'inaccessibilità produce sull'esercizio dei diritti della persona.

Occorre pertanto distinguere la questione della conformità edilizia dell'immobile dalla più ampia responsabilità di organizzare la rete dell'assistenza territoriale in modo accessibile e non discriminatorio.

11. Principio generale

L'Autorità afferma il seguente principio:

. la rete della medicina generale e della pediatria di libera scelta deve essere programmata, organizzata e progressivamente adeguata in modo da garantire alle persone con disabilità l'effettivo accesso e la concreta fruibilità delle prestazioni in condizioni di uguaglianza, dignità, autonomia, sicurezza e riservatezza.

In ogni ambito territoriale deve essere assicurata una concreta possibilità di scelta di MMG e PLS con studio effettivamente accessibile e fruibile.

Tale garanzia costituisce una soglia minima nella fase di progressivo adeguamento della rete esistente e non può essere interpretata come limite all'obiettivo generale di incrementare progressivamente l'accessibilità dell'intera rete.

12. Mappatura degli studi e programmazione sanitaria

Le Regioni e le Aziende sanitarie devono conoscere le caratteristiche effettive degli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta presenti nei rispettivi territori.

L'Autorità raccomanda pertanto che venga effettuata, **entro sei mesi dall'adozione della presente Raccomandazione**, una prima ricognizione dell'accessibilità e della fruibilità degli studi dei MMG e dei PLS e che tale ricognizione sia successivamente aggiornata con periodicità definita.

La verifica non deve limitarsi alla presenza di un ingresso formalmente accessibile, ma deve riguardare l'intero percorso necessario alla fruizione della prestazione.

Devono essere valutati almeno: la possibilità di raggiungere lo studio; la presenza di scale, dislivelli o altri ostacoli; la presenza e le caratteristiche dell'ascensore; le dimensioni dei percorsi e delle porte; l'accessibilità della sala d'attesa e della stanza visita; la possibilità di movimento con carrozzine o altri ausili; la possibilità di accesso con accompagnatore o caregiver; le condizioni di sicurezza, dignità e riservatezza.

La ricognizione deve consentire di distinguere almeno:

- a) gli studi pienamente accessibili e fruibili;
- b) gli studi accessibili con limitazioni;
- c) gli studi nei quali siano necessari interventi strutturali o organizzativi;
- d) le situazioni nelle quali l'accessibilità non risulti conseguibile, allo stato, se non attraverso il trasferimento della sede o l'individuazione di soluzioni alternative.

La mappatura non deve costituire una mera raccolta statistica, ma la base conoscitiva della programmazione regionale finalizzata al progressivo miglioramento dell'accessibilità della rete territoriale.

13. Cronoprogramma regionale per il progressivo adeguamento dell'accessibilità

L'Autorità ritiene che alla ricognizione degli studi debba necessariamente seguire una fase di programmazione degli interventi, affinché l'individuazione delle criticità non rimanga priva di conseguenze operative.

A tal fine, ciascuna Regione, con il coinvolgimento delle Aziende sanitarie, degli organismi competenti per la medicina convenzionata e, nelle forme ritenute opportune, delle rappresentanze professionali e delle associazioni rappresentative delle persone con disabilità, è invitata ad adottare un cronoprogramma regionale per il progressivo miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità della rete degli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Il cronoprogramma è adottato entro tre mesi dalla conclusione della prima ricognizione di cui al paragrafo precedente. Il cronoprogramma deve essere costruito sulla base della mappatura territoriale e individuare almeno:

- 1. lo stato complessivo dell'accessibilità della rete regionale;
- 2. gli ambiti territoriali nei quali risultino maggiormente concentrate le situazioni di inaccessibilità;
- 3. le situazioni nelle quali non sia garantita una concreta possibilità di scelta di MMG o PLS con studio accessibile;
- 4. le priorità di intervento;
- 5. gli interventi strutturali, organizzativi e informativi necessari;
- 6. le misure di sostegno economico, tecnico e organizzativo destinate ai professionisti;
- 7. le eventuali soluzioni alternative quando l'adeguamento della sede esistente risulti tecnicamente non praticabile;
- 8. gli obiettivi progressivi di incremento e migliore distribuzione territoriale degli studi accessibili;
- 9. i tempi previsti per la realizzazione degli interventi;
- 10. gli indicatori necessari per verificare periodicamente lo stato di attuazione e i risultati conseguiti.

Il cronoprogramma deve essere fondato sul principio della **progressività accompagnata da risultati concretamente misurabili**, evitando tanto l'imposizione indiscriminata di interventi tecnicamente o economicamente sproporzionati quanto il protrarsi indefinito di situazioni di inaccessibilità prive di una prospettiva verificabile di superamento.

Particolare priorità deve essere attribuita agli ambiti territoriali nei quali l'assenza di studi accessibili impedisca alle persone con disabilità di esercitare concretamente la libertà di scelta del medico.

La progressività non può coincidere con l'indeterminatezza dei tempi.

14. Monitoraggio nazionale e confronto con le Regioni

Al fine di favorire l'omogeneità delle modalità di rilevazione e la verificabilità dei risultati, l'Autorità ritiene necessario promuovere, in collaborazione con il Ministero della salute,

le Regioni e gli organismi competenti, la definizione di **criteri e indicatori comuni nazionali** per la valutazione dell'accessibilità e della fruibilità degli studi dei MMG e dei PLS.

I cronoprogrammi regionali e i relativi aggiornamenti dovrebbero essere trasmessi all'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità ai fini del monitoraggio complessivo dell'attuazione della presente Raccomandazione e della rilevazione delle eventuali disomogeneità territoriali.

L'Autorità, nell'ambito delle proprie funzioni, potrà monitorare periodicamente lo stato di avanzamento, acquisire i dati necessari, favorire il confronto tra le esperienze regionali, individuare criticità ricorrenti e promuovere la diffusione delle migliori pratiche. Il monitoraggio deve consentire di verificare se le misure programmate abbiano determinato un effettivo incremento della possibilità, per le persone con disabilità, di accedere alla medicina generale e alla pediatria di libera scelta in condizioni di uguaglianza con gli altri cittadini.

Il cronoprogramma riguarda il progressivo adeguamento della rete esistente e non può essere utilizzato per differire l'applicazione dei criteri di accessibilità alle nuove aperture, ai trasferimenti di sede o ai cambiamenti stabili del luogo di esercizio.

15. Informazione ai cittadini

La libertà di scelta del medico può essere effettivamente esercitata soltanto quando il cittadino dispone delle informazioni necessarie.

Le informazioni risultanti dalla ricognizione sull'accessibilità e sulla fruibilità degli studi devono essere progressivamente rese pubbliche, contestualmente alla disponibilità dei relativi esiti e, comunque, entro tre mesi dalla conclusione della prima mappatura, attraverso i portali regionali e aziendali e i sistemi di scelta e revoca del medico.

Non è sufficiente la generica indicazione «studio accessibile».

La persona deve poter conoscere preventivamente le principali caratteristiche del percorso di accesso e degli ambienti nei quali viene erogata la prestazione.

16. Nuove aperture, trasferimenti di sede e cambiamenti stabili del luogo di esercizio

Occorre distinguere nettamente la situazione degli studi esistenti dalle nuove scelte organizzative.

Gli studi già esistenti possono presentare criticità derivanti dalle caratteristiche dell'immobile, dalla sua epoca di costruzione, dalla presenza di vincoli o dalla difficoltà tecnica di realizzare determinati interventi.

Diversa è la situazione nella quale viene oggi scelta una nuova sede.

Quando un medico di medicina generale o un pediatra di libera scelta apre un nuovo studio, trasferisce la propria sede o modifica stabilmente il luogo di esercizio, l'accessibilità e la fruibilità devono costituire criteri ordinari e preventivi della scelta del nuovo locale.

Non appare coerente con i principi di uguaglianza e non discriminazione che una nuova decisione organizzativa possa creare o perpetuare barriere prevedibili ed evitabili.

L'Autorità raccomanda pertanto che, nell'applicazione degli ACN vigenti e nell'ambito degli Accordi integrativi regionali e della programmazione della medicina convenzionata, venga affermato il principio secondo cui:

in occasione dell'apertura di un nuovo studio, del trasferimento della sede o del cambiamento stabile del luogo di esercizio di un MMG o PLS, l'accessibilità e la concreta fruibilità da parte delle persone con disabilità devono costituire criteri ordinari e preventivi nella scelta della nuova sede.

Tale principio deve operare indipendentemente dalla qualificazione amministrativa dello studio come soggetto o non soggetto a uno specifico regime autorizzatorio.

Non può essere invocata una disciplina regionale di carattere amministrativo o autorizzatorio per giustificare una nuova scelta organizzativa che determini una compressione della libertà di cura e della libertà di scelta della persona con disabilità. Eventuali situazioni eccezionali devono essere oggettivamente documentate, adeguatamente motivate e accompagnate da soluzioni effettivamente equivalenti.

17. Studi esistenti e progressivo adeguamento

Per gli studi già esistenti, in particolare per quelli collocati in immobili risalenti o caratterizzati da rilevanti vincoli strutturali, l'Autorità ritiene necessario perseguire un percorso progressivo, realistico, proporzionato e verificabile.

L'obiettivo non è trasferire integralmente sul singolo medico la responsabilità di problemi edilizi e urbanistici accumulatisi nel tempo.

Regioni e Aziende sanitarie devono assumere una responsabilità programmatica, valutando incentivi, sostegni economici, assistenza tecnica, disponibilità di locali alternativi accessibili, utilizzo condiviso di sedi e altre misure idonee a favorire il progressivo miglioramento dell'accessibilità.

Le difficoltà tecniche o economiche devono essere valutate concretamente e non possono trasformarsi in una rinuncia permanente all'obiettivo dell'accessibilità.

18. Visita domiciliare

La visita domiciliare costituisce un elemento fondamentale dell'assistenza sanitaria quando sia richiesta dalle condizioni cliniche della persona.

Essa non può tuttavia diventare la risposta ordinaria all'inaccessibilità dello studio.

Una persona con disabilità che sia clinicamente in grado di recarsi presso lo studio deve poterlo fare al pari degli altri assistiti.

La visita domiciliare deve dipendere dalle condizioni cliniche e assistenziali della persona e non dalla presenza di una barriera che le impedisce di entrare nello studio.

Utilizzarla sistematicamente come sostituto dell'accessibilità rischierebbe di consolidare una modalità separata di fruizione delle cure fondata proprio sulla condizione di disabilità.

19. Case della comunità

Le Case della comunità costituiscono una componente strategica della nuova assistenza territoriale.

Esse possono favorire integrazione, multidisciplinarietà, prossimità e continuità della presa in carico.

La loro presenza non può tuttavia costituire una giustificazione per mantenere inaccessibile la rete ordinaria degli studi dei MMG e dei PLS.

La persona con disabilità deve poter accedere al proprio medico di fiducia e non essere indirizzata sistematicamente verso un luogo diverso esclusivamente perché lo studio ordinario non è accessibile.

20. Accomodamento ragionevole

L'accomodamento ragionevole costituisce uno strumento fondamentale per eliminare, nelle situazioni concrete, condizioni di svantaggio che non possano essere risolte attraverso le misure ordinarie.

Può comprendere adattamenti organizzativi, utilizzo di locali accessibili, individuazione di sedi alternative, percorsi facilitati o altre soluzioni appropriate e proporzionate.

Esso, tuttavia, non può diventare lo strumento ordinario attraverso il quale compensare indefinitamente una carenza strutturale della rete.

La programmazione dell'accessibilità deve precedere, per quanto possibile, la necessità che ogni singola persona con disabilità debba richiedere individualmente un accomodamento.

21. Massimale e disponibilità del medico accessibile

Può accadere che nel territorio sia presente un medico con studio effettivamente accessibile, ma che tale professionista abbia già raggiunto il proprio massimale.

In questa situazione l'esistenza teorica di uno studio accessibile non garantisce concretamente la libertà di scelta della persona.

L'Autorità ritiene pertanto opportuno che, nei casi di disabilità grave o di particolare necessità connessa all'accessibilità, e quando non esistano nel territorio alternative equivalenti, possano essere valutati, nel rispetto della disciplina convenzionale applicabile, meccanismi di deroga motivata al massimale.

Tale misura deve essere eccezionale e proporzionata e non può sostituire una corretta programmazione della rete.

22. Collaborazione istituzionale e professionale

La piena accessibilità della medicina territoriale richiede un percorso condiviso.

L'Autorità ritiene necessario il coinvolgimento del Ministero della salute, delle Regioni, delle Aziende sanitarie, degli organismi della medicina convenzionata, della FNOMCeO, degli Ordini territoriali, delle rappresentanze professionali e delle associazioni rappresentative delle persone con disabilità.

L'obiettivo non è attribuire al singolo medico una responsabilità isolata o sproporzionata, ma costruire una rete territoriale nella quale l'accessibilità sia parte integrante della qualità dell'assistenza.

Il confronto istituzionale dovrà inoltre favorire la definizione di criteri nazionali comuni per la mappatura, la predisposizione dei cronoprogrammi, la misurazione dei risultati e il monitoraggio della progressiva accessibilità della rete.

23. Raccomandazioni operative

Alla luce delle considerazioni che precedono, l'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità raccomanda:

1. al Ministero della salute, di promuovere indirizzi nazionali per garantire l'accessibilità e la fruibilità degli studi dei MMG e dei PLS;
2. che gli ACN vigenti della medicina generale e della pediatria di libera scelta siano interpretati e applicati in coerenza con i principi costituzionali, con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e con la legislazione antidiscriminatoria;
3. che, nei futuri rinnovi degli ACN, sia valutato l'inserimento espresso dell'accessibilità e della fruibilità dello studio tra i requisiti da considerare nell'organizzazione dell'assistenza convenzionata;
4. che la nozione di idoneità dello studio prevista dalla disciplina convenzionale sia applicata tenendo conto, nell'ambito consentito dalla normativa vigente, anche della possibilità concreta delle persone con disabilità di accedere e fruire delle prestazioni;
5. che le Regioni coordinino le proprie discipline relative agli studi professionali sanitari con i principi di accessibilità, non discriminazione e pari accesso alle cure;
6. che l'esclusione da uno specifico regime autorizzatorio non venga interpretata come esenzione dai principi e dagli obblighi di accessibilità e non discriminazione;
7. che eventuali disposizioni regionali suscettibili di attribuire carattere facoltativo all'accessibilità siano interpretate e, ove necessario, adeguate in modo coerente con i diritti delle persone con disabilità;

8. che le Regioni e le Aziende sanitarie effettuino, entro sei mesi dall'adozione della presente Raccomandazione, una prima mappatura dell'accessibilità e della fruibilità degli studi dei MMG e dei PLS e ne assicurino il periodico aggiornamento;
9. che tale mappatura valuti l'effettiva fruibilità dell'intero percorso necessario alla prestazione e non soltanto l'ingresso;
10. che ciascuna Regione, sulla base della mappatura, adotti, entro tre mesi dalla conclusione della prima ricognizione, un cronoprogramma per il progressivo miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità della rete dei MMG e dei PLS, individuando priorità territoriali, obiettivi, interventi, misure di sostegno, tempi di realizzazione e indicatori di risultato;
11. che particolare priorità nei cronoprogrammi sia attribuita agli ambiti territoriali nei quali non sia garantita alle persone con disabilità una concreta possibilità di scelta di MMG o PLS con studio accessibile e fruibile;
12. che i cronoprogrammi regionali e i relativi aggiornamenti siano trasmessi all'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità ai fini del monitoraggio nazionale dell'attuazione della presente Raccomandazione e della promozione di criteri e indicatori omogenei;
13. che le informazioni sull'accessibilità e sulla fruibilità siano pubblicate nei sistemi di scelta e revoca del medico e negli strumenti informativi istituzionali;
14. che in ogni ambito territoriale sia garantita una concreta possibilità di scelta di MMG e PLS con studio accessibile;
15. che la libertà di scelta del medico della persona con disabilità sia considerata in termini sostanziali e non meramente formali, evitando che la presenza di barriere ne restringa concretamente le possibilità rispetto agli altri assistiti;
16. che, quando l'unico medico accessibile abbia raggiunto il massimale e non esistano alternative equivalenti, possano essere valutati meccanismi di deroga motivata per specifiche esigenze connesse alla disabilità;
17. che, per nuove aperture, trasferimenti e cambiamenti stabili di sede, l'accessibilità e la concreta fruibilità costituiscano criteri ordinari e preventivi per la scelta dei locali;
18. che il principio della progressività previsto per l'adeguamento degli studi esistenti non possa essere invocato in relazione alle nuove aperture, ai trasferimenti di sede e ai cambiamenti stabili del luogo di esercizio, per i quali l'accessibilità e la fruibilità devono essere valutate preventivamente;
19. che il principio di accessibilità delle nuove sedi operi indipendentemente dall'eventuale esclusione dello studio da uno specifico regime autorizzatorio;
20. che eventuali situazioni eccezionali relative a nuove aperture o trasferimenti siano adeguatamente motivate e accompagnate da soluzioni effettivamente equivalenti;
21. che per gli studi esistenti siano promossi percorsi progressivi di adeguamento, incentivi, sostegni economici e tecnici e soluzioni organizzative sostenibili;
22. che la visita domiciliare sia garantita quando richiesta dalle condizioni cliniche e non venga utilizzata quale rimedio ordinario all'inaccessibilità dello studio;
23. che le Case della comunità siano integrate nella rete territoriale senza diventare sostitutive dell'accessibilità degli studi ordinari;
24. che l'accomodamento ragionevole sia assicurato nelle situazioni concrete senza trasformarlo in sostituto permanente della programmazione dell'accessibilità;
25. che le associazioni rappresentative delle persone con disabilità siano coinvolte nel monitoraggio dell'accessibilità della rete e, nelle forme appropriate, nella definizione dei percorsi di progressivo miglioramento;
26. che le segnalazioni relative all'inaccessibilità degli studi siano raccolte e utilizzate per individuare criticità sistemiche e orientare le priorità dei cronoprogrammi;

27. che gli Ordini professionali e le rappresentanze della professione medica siano coinvolti nella promozione della cultura dell'accessibilità e della non discriminazione;
28. che nessuna disciplina regionale relativa agli studi professionali sanitari possa essere interpretata nel senso di trasformare l'accessibilità degli studi dei MMG e dei PLS in una mera opzione rimessa alla discrezionalità del professionista;
29. che Ministero della salute, Regioni e Autorità Garante promuovano la definizione di indicatori nazionali omogenei che consentano di misurare nel tempo il grado di accessibilità della rete, il miglioramento conseguito e le persistenti disomogeneità territoriali;
30. che l'accessibilità e la fruibilità degli studi di MMG e PLS siano considerate parte integrante della qualità dell'assistenza sanitaria territoriale.

24. Conclusioni

Il diritto alla salute non può essere considerato effettivamente garantito quando una persona con disabilità può formalmente scegliere un medico ma non può concretamente entrare nel suo studio, raggiungere la stanza della visita o ricevere la prestazione in condizioni di uguaglianza, dignità, autonomia, sicurezza e riservatezza.

La distinzione tra studio professionale e struttura sanitaria soggetta ad autorizzazione non può trasformarsi in una distinzione tra luoghi nei quali l'accessibilità costituisce una condizione dell'effettività dei diritti e luoghi nei quali essa dipende esclusivamente dalla volontà del professionista.

L'esclusione dal regime autorizzatorio non equivale all'esclusione dai principi di accessibilità e non discriminazione.

Per gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta assume particolare rilievo la funzione concretamente svolta nell'ambito dell'assistenza convenzionata e del Servizio sanitario nazionale.

Gli Accordi collettivi nazionali devono pertanto essere interpretati e applicati in coerenza con il diritto alla salute, con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, con il principio di non discriminazione e con la necessità di assicurare una libertà effettiva di scelta del medico.

Per gli studi esistenti deve essere perseguito un percorso progressivo, sostenibile e proporzionato di miglioramento dell'accessibilità.

Tale percorso deve tradursi in una programmazione concreta e verificabile, attraverso cronoprogrammi regionali fondati sulla conoscenza della rete, sull'individuazione delle priorità territoriali, sulla definizione degli interventi e dei relativi tempi di attuazione e su un sistema periodico di monitoraggio dei risultati.

La progressività non può coincidere con l'indeterminatezza dei tempi, ma deve essere accompagnata da obiettivi misurabili e dalla progressiva riduzione delle situazioni di inaccessibilità.

Per il futuro deve invece essere affermato un principio chiaro:

non devono essere create nuove barriere attraverso l'apertura o il trasferimento di studi di medicina generale o pediatria di libera scelta in sedi non accessibili, quando sia concretamente possibile individuare soluzioni idonee.

Nessuna disciplina regionale può essere interpretata nel senso di trasformare l'accessibilità della medicina generale e della pediatria di libera scelta da condizione di uguaglianza nell'accesso alle cure a mera scelta discrezionale del professionista.

L'Autorità, nell'ambito delle proprie attribuzioni istituzionali, monitorerà l'attuazione dei principi e delle indicazioni contenuti nella presente Raccomandazione, anche mediante l'acquisizione dei dati relativi alla mappatura degli studi, ai cronoprogrammi regionali e al loro stato di avanzamento, al fine di verificare nel tempo l'effettivo miglioramento

dell'accessibilità della medicina territoriale e l'eventuale permanenza di significative disomogeneità tra i territori.

L'accessibilità degli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta costituisce una componente della qualità della cura, uno strumento di prevenzione delle discriminazioni e una condizione necessaria per rendere effettivi il diritto alla salute e la libertà di scelta delle persone con disabilità.

L'accessibilità non può essere lasciata al caso, né rinviata indefinitamente: deve essere programmata, misurata e progressivamente realizzata.

25. Destinatari e trasmissione

La presente Raccomandazione è trasmessa, per quanto di rispettiva competenza:

- al **Ministero della salute**;
- alla **Conferenza delle Regioni e delle Province autonome**;
- alle **Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano**, con richiesta di assicurarne la trasmissione alle rispettive **Aziende sanitarie** e agli organismi regionali competenti in materia di medicina generale e pediatria di libera scelta;
- alla **Presidenza del Consiglio dei ministri – Ministro per le disabilità**;
- all'**Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità**, anche ai fini del raccordo con le attività di attuazione e monitoraggio del Piano d'Azione nazionale;
- alla **SISAC – Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati**, in considerazione delle competenze esercitate nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale del personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale;
- alla **FNOMCeO – Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**, con richiesta di assicurarne la diffusione presso gli **Ordini territoriali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**;
- alle **Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta**, e in particolare alle organizzazioni firmatarie degli Accordi collettivi nazionali vigenti, affinché i principi contenuti nella presente Raccomandazione possano essere considerati nell'ambito del confronto sindacale, dell'applicazione degli Accordi vigenti e dei successivi rinnovi della disciplina convenzionale.

Le Regioni e le Province autonome sono invitate, nell'ambito delle rispettive competenze, a dare seguito alle indicazioni contenute nella presente Raccomandazione e a comunicarne all'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità le modalità di attuazione.

In particolare, le Regioni e le Province autonome sono invitate a trasmettere all'Autorità gli esiti della ricognizione e della mappatura dell'accessibilità e della fruibilità degli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nonché i relativi **cronoprogrammi di progressivo adeguamento** e i successivi aggiornamenti sullo stato di attuazione.

La presente Raccomandazione è altresì trasmessa alla **SISAC e alle organizzazioni sindacali rappresentative della medicina generale e della pediatria di libera scelta**, affinché, nell'ambito delle rispettive competenze e prerogative negoziali, siano valutate le modalità attraverso le quali i principi di accessibilità, fruibilità e non discriminazione possano trovare più esplicita considerazione nella disciplina convenzionale nazionale e nei suoi successivi aggiornamenti.

L'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, nell'ambito delle funzioni attribuitele dall'ordinamento, provvederà al **monitoraggio dell'attuazione della presente Raccomandazione**, anche al fine di rilevare eventuali criticità sistemiche e disomogeneità territoriali e di promuovere il progressivo miglioramento dell'accessibilità della medicina territoriale.

IL COLLEGIO

Firmato digitalmente da: Maurizio Borgo
Data: 22/09/2026 12:29:09

avv. Maurizio **Borgo**.....

Francesco Vaia
23.09.2026 12:13:06
GMT+02:00

prof. Francesco **Vaia**.....



ing. Antonio **Pelagatti**.....

Firmato digitalmente da: Antonio Pelagatti
Data: 23/09/2026 15:18:11