

AS2120 - REGIONE SICILIA – RESTRIZIONI ALLE MODALITA' DI ACCESSO ALLA PROFESSIONE DI PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Roma, 28 novembre 2025

Regione Siciliana Assessorato della Salute
Dipartimento per la pianificazione strategica

L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, nella sua adunanza del 25 novembre 2025, ha deliberato di formulare le proprie osservazioni, ai sensi dell'articolo 21 della legge n. 287 del 1990, con riferimento, in particolare, all'articolo 1 del Decreto Assessorale n. 887 del 13 agosto 2025 (pubblicato nella GURS n. 37 parte prima del 22 agosto 2025, di seguito anche "D.A. n. 887/2025") che approva il "Pre-Accordo integrativo regionale con i pediatri di libera scelta", allegato al citato Decreto, di cui costituisce parte integrante, nonché agli articoli 30, commi 7 e 8, e 36 dell' "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Triennio 2019-2021" del 25 luglio 2024 (di seguito "ACN 2024").

L'articolo 30 dell'ACN 2024 definisce il "Rapporto ottimale e carenza assistenziale" per ciascun ambito territoriale, "in base al numero di residenti di età compresa tra 0 e 14 anni, decurtato il numero degli assistiti di età superiore ai 6 anni e minore di 14 anni in carico ai medici del ruolo unico di assistenza primaria", ovvero i medici di medicina generale (di seguito anche "MMG")¹. In particolare, il comma 1 del suddetto articolo precisa che, "In assenza degli Accordi Integrativi Regionali, per la determinazione degli ambiti da considerare carenti, si applica il seguente calcolo: somma del numero dei bambini residenti in età 0-5 anni e 364 giorni con il 70% dei residenti in età 6-13 anni e 364 giorni. In esito a tale calcolo si procede all'inserimento di un pediatra ogni 850 residenti o frazione superiore a 450. Il comma 2 stabilisce che gli Accordi Integrativi Regionali (di seguito "AIR") possono "determinare rapporti ottimali diversi, (...), tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale, nonché di specifiche difficoltà assistenziali locali".

Il comma 6 dell'articolo 30 indica che gli AIR "possono individuare specifiche modalità di determinazione degli ambiti da definirsi carenti per renderli più aderenti al fabbisogno assistenziale delle varie AFT [n.d.r. le Aggregazioni Funzionali territoriali di cui al decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189²]", tenendo conto, in particolare, della capacità di acquisire assistiti da parte dei pediatri di libera scelta (di seguito "PLS") di un determinato ambito, delle peculiarità geografiche del territorio e della densità abitativa e dei presidi sanitari pubblici operanti nel territorio.

Infine, l'articolo 30 permette di inserire nuovi pediatri in un ambito territoriale in cui permanga un fabbisogno assistenziale insoddisfatto (comma 7) o procedere a individuare un ambito territoriale carente anche in deroga, previo parere del Comitato aziendale (comma 8).

Da ultimo, rileva l'articolo 36 dell'ACN 2024, che porta a 1.000 unità il massimale di scelte per PLS (che l'ACN 2022 fissava a 880 unità), riferite alle scelte degli "assistiti" (pazienti già in carico di un PLS o di un MMG).

In questo quadro, il D.A. n. 887/2025 introduce una disciplina transitoria dell'accesso al SSN dei pediatri di libera scelta, come emerge dalla stessa denominazione dell'atto segnalato ("Pre-Accordo integrativo regionale" con i PLS) e dal preambolo, in cui si legge: "nelle more della definizione degli Accordi Integrativi Regionali" per i PLS, viene utilizzata "una metodologia per determinare il fabbisogno di PLS nell'ambito delle carenze assistenziali da colmare nell'anno di riferimento" (cioè il 2025) e, "nelle more della definizione delle AFT", appare necessario "confermare in via provvisoria l'articolazione organizzativa degli ambiti territoriali di PLS" già approvati dalla Regione, affermando che "tali ambiti presentano caratteristiche demografiche, geografiche e difficoltà assistenziali diversi tra loro, ma accomunati da spopolamento giovanile che ha aggravato la denatalità".

Più in dettaglio, l'articolo 1 del citato D.A. determina il rapporto ottimale e la carenza assistenziale dei pediatri di libera scelta, approvando l'allegato Pre-Accordo Regionale del 13 agosto 2025, il cui articolo 1, comma 1 (rubricato appunto

¹ [L'articolo 3 dell'ACN 2024 definisce tre livelli di contrattazione: nazionale, per porre obiettivi e linee generali tramite Accordo Collettivo Nazionale - ACN; regionale per organizzare a livello regionale le modalità per realizzarli attraverso gli Accordi Integrativi Regionali - AIR; aziendale, per la declinazione di dettaglio e operativa per mezzo degli Accordi Attuativi Aziendali - AAA. I tre livelli devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente e rendere razionale l'intero assetto. Previsioni contrarie all'ACN sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, c.c. (articolo 3, comma 6).]

² [Secondo l'articolo 1 di tale decreto, le AFT sono forme organizzative monoprofessionali definite dalle Regioni, "che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi" per migliorare la presa in carico dei cittadini.]

"Rapporto ottimale e carenza assistenziale"), rifacendosi all'articolo 30, comma 1, dell'ACN 2024, determina il rapporto ottimale dei PLS, in ciascun ambito territoriale "in base al numero di residenti" di età 0-14 assistiti da PLS, senza contare quelli della fascia 7-14 non compiuti assistiti dai Medici di Medicina Generale (di seguito anche "MMG"), per poi determinare gli ambiti da considerare carenti sommando il numero di bambini residenti 0-6 anni non compiuti (assistiti obbligatoriamente da PLS) con il 70% dei residenti assistiti (da MMG e PLS) della fascia 6-14 anni non compiuti e arrivare a definire, infine, l'inserimento in convenzionamento di un pediatra ogni 950 residenti o frazione superiore a 500³.

Secondo il comma 2 del medesimo articolo 1 del Pre-Accordo, si applica in Sicilia la deroga di cui all'articolo 30, comma 8, dell'ACN 2024, in base alla quale, "al fine di garantire l'assistenza pediatrica, l'Azienda può procedere all'individuazione di ambito territoriale carente anche in deroga all'articolo 30 ACN e del comma 1 del presente articolo, previo parere del Comitato aziendale, da trasmettere al Comitato regionale che ne prende atto qualora adottato all'unanimità a livello aziendale".

Il D.A. n. 887/2025 non interviene sul massimale di scelte, che deve intendersi integrato da quanto stabilito dall'articolo 36 dell'ACN 2024, che fissa a 1.000 unità il numero massimo di scelte di "assistiti" per PLS della fascia esclusiva 0-6 anni, che i pediatri possono seguire fino al 14° anno di età non compiuto. La differenza tra numero ottimale di assistiti per pediatra e massimale delinea la possibilità di nuovi ingressi di PLS in deroga, ai sensi dell'articolo 30, commi 7 e 8, dell'ACN 2024.

Tutto ciò premesso, l'Autorità, che è già intervenuta in merito alla disciplina del convenzionamento dei PLS in Sicilia⁴, intende svolgere le seguenti considerazioni.

Preliminarmente, ricorda che, a livello di contrattazione principale (ACN 2024), in assenza di AIR - come nel caso di specie, in cui viene introdotta soltanto una disciplina transitoria - è possibile determinare ambiti in carenza assistenziale considerando tutta la popolazione in età pediatrica, facendo riferimento al solo requisito della residenza dei pazienti, a prescindere dal tipo di medico curante (MMG o PLS); sono, inoltre, previsti elementi di flessibilità per rendere gli AIR e l'offerta di PLS il più possibile aderenti al bisogno di assistenza (articolo 30, comma 6 dell'ACN 2024), sia permettendo all'AIR, a determinate condizioni, di modificare il rapporto ottimale o di individuare diversi ambiti in carenza assistenziale sia prevedendo un sistema di deroghe al massimale di scelte per PLS, che è stato già valutato positivamente anche dalla giurisprudenza⁵.

Tuttavia, la nuova disciplina in materia delineata dal D.A. n. 887/2025 appare introdurre elementi di rigidità al sistema di accesso alla professione di PLS. Il metodo di calcolo proposto per definire il rapporto ottimale e gli ambiti con carenza assistenziale, infatti, si traduce in un mero innalzamento del denominatore del rapporto ottimale tra medico e pazienti, portando il numero di pazienti per pediatra da uno ogni 850 a uno ogni 950. Infatti, se da un lato considera per determinare gli ambiti carenti anche i bambini residenti "più grandi" (fascia 6-14 anni non compiuti) assistiti da MMG che potrebbero passare alle cure di un PLS, ampliando la platea di potenziali pazienti per i pediatri, dall'altro lato, assegna un maggior numero di pazienti a ciascun pediatra, di fatto vanificando gli effetti dell'allargamento della platea ai fini del calcolo dei pediatri da convenzionare. Ciò appare in contraddizione con le osservazioni formulate in passato dall'Autorità nei propri interventi di *advocacy*, volte a censurare indebite restrizioni all'accesso alla professione di PLS, favorendo un meccanismo in grado di tenere conto della domanda potenziale espressa dai bambini più grandi assistiti da MMG "nel calcolo proposto ai fini della verifica della possibilità di inserimento di un nuovo pediatra".

In altri termini, il D.A. n. 887/2025 finisce per produrre un risultato non in linea con l'auspicio espresso dall'Autorità e sposato dalla citata sentenza del TAR, determinando in realtà, e ancora una volta, un restringimento delle possibilità di accesso ed esercizio della professione di PLS, peraltro mediante una procedura transitoria, non assistita da tempi certi di definizione degli AIR e, dunque, potenzialmente "sine die", ma comunque idonea a incidere sulla graduatoria degli aspiranti PLS e sull'elenco delle zone carenti che devono essere pubblicati nei primi mesi di ciascun anno.

Deve osservarsi al riguardo che la riduzione del rapporto ottimale è frutto di un meccanismo che traduce l'unico parametro considerato (la bassa natalità) in un calcolo lineare, applicato uniformemente in tutta la regione, mentre l'articolo 30, comma 2, dell'ACN 2024 permette agli AIR di definire un rapporto ottimale diverso, valutando in modo specifico una serie di parametri ivi codificati, quali, non soltanto le "caratteristiche demografiche" misurate nello specifico dalla bassa natalità, ma anche le "peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale", nonché "specifiche difficoltà assistenziali locali". Più precisamente, prendendo in considerazione soltanto un indicatore, il D.A.,

³ [Per frazione si intende la soglia minima superata la quale si possono aggiungere altri PLS. Ad esempio, un comune di 600 residenti si vedrà assegnato un PLS e un comune di 1.300 avrà diritto a due PLS, così come un comune di 1.700 residenti.]

⁴ [Cfr. il parere motivato del 2022 AS1845 (fascicolo S4150B) - Regione Sicilia - Accordo integrativo regionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta, e la segnalazione del 2021 AS1791 (fascicolo S4150) - Regione Siciliana - Modalità di accesso alla pediatria di libera scelta in cui l'Autorità aveva già auspicato "l'adozione di un meccanismo tale da consentire la ponderazione ai fini della determinazione del massimale anche delle scelte temporanee (pazienti extracomunitari e i pazienti non residenti), dei pazienti ultra-quattordicenni con patologie croniche (e fino al compimento del sedicesimo anno di età) e dei pazienti che hanno esercitato il diritto di revoca verso un pediatra ultra-massimalista, al fine di rendere maggiormente corrispondente il relativo computo degli assistiti in deroga al numero dei pazienti effettivamente assistiti dal PLS".]

⁵ [Cfr. la sentenza del TAL Sicilia - Palermo del 10 ottobre 2024 n. 2819, che ha dichiarato improcedibile per sopravvenuta carenza di interesse il ricorso dell'Autorità ex art. 21-bis, avendo la Regione Siciliana dato prova di aver effettivamente disapplicato la norma vigente e censurata dall'Autorità, l'articolo 4 dell'AIR 2021, a favore dell'articolo 30, commi 7 e 8 dell'ACN 2024, "con superamento anche in concreto delle criticità sollevate con il ricorso" dell'Autorità.]

da un lato, azzerando indebitamente il peso di tutti gli altri parametri previsti dall'articolo 30, comma 2, dell'ACN 2024 a presidio della flessibilità e a una maggior rispondenza possibile del sistema al bisogno di assistenza e, dall'altro, riduce il numero di PLS convenzionati/convenzionabili, senza elementi relativi all'effettiva capienza della base di PLS rispetto agli assistiti/assistibili di ciascun ambito.

Peraltro, lo stesso preambolo del Pre-Accordo allegato al D.A. n. 887/2025 nel richiamare il peso dello spopolamento e della denatalità, *"in particolare nelle zone interne"*, suggerisce la possibilità di valutazioni differenziate, così come il preambolo del D.A. n. 887/2025 riconosce l'esistenza di differenze significative tra le varie aree sulla base proprio di tutti i suddetti criteri dell'ACN 2024 (e non soltanto della denatalità)⁶.

Ne consegue che l'innalzamento del numero di assistiti per pediatra negli ambiti carenti – che di per sé risulta idoneo a restringere l'accesso alla professione del PLS – non appare sorretto da adeguata giustificazione in termini di necessità e di proporzionalità della misura.

A ciò si aggiunga che il metodo di calcolo porta a un numero ottimale di assistiti per medico quasi coincidente con il limite del massimale di scelte per pediatra degli assistiti, peraltro in un contesto di lamentata denatalità. Lasciando una forbice minima tra massimale e numero ottimale negli ambiti carenti, il Pre-Accordo approvato dal D.A. n. 887/2025 rende meramente residuale la possibilità di inserire nuovi PLS in deroga, ai sensi dell'articolo 30, commi 7 e 8, dell'ACN 2024 (identico a quello del 2022 valutato positivamente dal TAR). Il D.A. n. 887/2025, infatti, non interviene sulla definizione del massimale di scelte degli assistiti, per il quale l'Autorità fin dal 2021 aveva auspicato che venissero considerate anche le "situazioni particolari" che esprimevano la domanda potenziale della popolazione della fascia d'età *"assistibile"* di bambini non residenti o non ancora assistiti (nella fase di cambio del medico, scelta temporanea etc.). Tale aspetto, infatti, continua ad essere disciplinato dall'articolo 36 dell'ACN 2024, che fissa il massimale di scelte per PLS a 1.000 unità considerate, ancora una volta, in base agli *"assistiti"*, ovvero di pazienti già in carico di un PLS o di un MMG, e non anche agli assistibili.

Ne consegue che la possibilità di inserire altri PLS in deroga si valuta su un differenziale tra numero ottimale di assistiti per pediatra e massimale di sole 50 unità rispetto alle 150 in precedenza valutabili, contribuendo a irrigidire il sistema, mentre anche il TAR aveva valutato positivamente proprio tale aspetto per rigettare il ricorso dell'Autorità sul mancato adeguamento della Regione al parere motivato del 2022.

Pertanto, alla luce delle considerazioni che precedono, si ritiene che il D.A. n. 887/2025 e l'allegato Pre-Accordo integrativo regionale con i pediatri di libera scelta, nelle parti sopra descritte, incidendo nuovamente sul numero dei nuovi PLS a tempo indeterminato, reintroducano e integrino una restrizione all'accesso della professione, contraria agli articoli 45 e 56 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea e agli articoli 41 e 117, comma 2, lett. e), della Costituzione.

L'Autorità auspica che la Regione Sicilia apporti le opportune modifiche, al fine di pervenire a un risultato che ampli l'ingresso dei PLS in rapporto sia ai pazienti assistiti da MMG sia agli assistibili nel calcolo del massimale, lasciando un effettivo spazio di inserimento di nuovi PLS in deroga.

La presente segnalazione sarà pubblicata sul Bollettino dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.

IL PRESIDENTE
Roberto Rustichelli

⁶ *[Anche nella pregressa disciplina (articolo 21 dell'AIR 2021 oggetto del parere motivato AS1845) la Regione Siciliana indicava la possibilità di procedere a valutazioni differenziate tra ambiti territoriali, riscontrando che in quasi tutti gli ambiti assistenziali "l'elevata qualità dell'assistenza pediatrica ha determinato il fatto che... la maggior parte dei cittadini ha optato per l'assistenza da parte dei PLS per gli assistibili nella fascia 7-14 anni", con ciò dando conto della possibilità che si possa realizzare una domanda di assistenza pubblica non soddisfatta.]*