

Oggetto: Lettera aperta in supporto alla proposta di riordino dell'assistenza primaria territoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta

***Gentilissimo Presidente del Senato della Repubblica,
Gentilissimo Presidente della Camera dei Deputati,
Gentilissime Vicepresidenti e Gentilissimi Vicepresidenti del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati,
Gentilissime Senatrici, Gentilissimi Senatori,
Gentilissime Deputate, Gentilissimi Deputati,
Componenti della 10^a Commissione permanente del Senato della Repubblica — Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale — e della XII Commissione permanente della Camera dei Deputati — Affari sociali,***

si trasmette alla Vostra attenzione la presente lettera aperta in supporto alla proposta di riordino dell'assistenza primaria territoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta, finalizzata a garantire la piena operatività delle Case della Comunità.

Vi scriviamo per rappresentare la posizione di migliaia di Medici di Medicina Generale (MMG), tra i quali è in costante crescita la componente femminile e quella dei professionisti più giovani, inclusi i medici in formazione, che esprimono convinto sostegno alla “Proposta di riordino dell'assistenza primaria territoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta, al fine di garantire la piena operatività delle Case della Comunità”, recentemente trasmessa dal Ministro della Salute, Prof. Orazio Schillaci, alle Regioni e alle Province autonome.

La proposta si colloca in un passaggio decisivo per l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e mira a rafforzare l'assistenza primaria introducendo un modello a doppio canale per i medici di medicina generale: da un lato, il mantenimento e la riforma dell'attuale regime convenzionale; dall'altro, la possibilità, su base volontaria e programmata, di esercitare la medicina generale anche in regime di dipendenza all'interno delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, nella cornice organizzativa del Distretto Socio Sanitario.

Tale impostazione non mira a superare il ruolo del MMG convenzionato né a indebolire il rapporto fiduciario con il cittadino. Al contrario, affianca al modello convenzionale uno strumento organizzativo idoneo ad assicurare continuità assistenziale, presenza medica stabile nelle strutture territoriali, integrazione multiprofessionale e piena operatività delle Case della Comunità, in coerenza con l'assetto dell'assistenza territoriale delineato dal DM 77/2022.

Riteniamo pertanto privo di fondamento il timore che l'introduzione del canale della dipendenza possa indebolire il rapporto fiduciario tra medico e assistito: esso non dipende dal mero inquadramento giuridico, bensì dalla qualità della presa in carico, dalla continuità dell'assistenza e dell'appropriatezza delle risposte. Nei Paesi in cui il MMG opera come dipendente, è in ogni caso garantita la libera scelta del medico da parte dei cittadini. Anche in un modello più strutturato, il rapporto fiduciario può essere preservato e, anzi, rafforzato garantendo a ciascun cittadino una Casa della Comunità di riferimento, un'équipe territoriale stabile e un medico referente principale, responsabile della presa in carico longitudinale e del raccordo con la rete dei servizi. Il fatto che molti giovani medici di medicina generale esprimano l'esigenza di poter operare anche come dipendenti del SSN non segnala una frattura della categoria, ma riflette una fisiologica pluralità di

modalità organizzative e professionali, utile ad accrescere la capacità di adattamento del sistema ai bisogni assistenziali.

Nella maggior parte dei Paesi europei è possibile esercitare la medicina generale anche in regime di dipendenza o all'interno di assetti organizzativi stabilmente integrati nei servizi territoriali: in Austria, Francia, Germania, Grecia, Norvegia, Paesi Bassi e Regno Unito coesistono forme diverse di esercizio; in Finlandia, Spagna, Portogallo e Svezia, il rapporto di dipendenza è prevalente o esclusivo. Solo in una minoranza di Paesi, tra cui l'Italia, il MMG opera esclusivamente come libero professionista convenzionato, come richiamato nel report allegato della SIMCCP.

Sul versante formativo, nella maggior parte dei Paesi europei l'accesso al ruolo richiede un titolo rilasciato nell'ambito di un percorso universitario specialistico o, comunque, di formazione universitaria strutturata, riconosciuta e inquadrata al pari delle altre specializzazioni mediche. In Italia permane un duplice paradosso: da un lato, centinaia di giovani medici in possesso del Diploma di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, formati dalle Università e addestrati nelle articolazioni territoriali — inclusi gli studi dei Medici di Medicina Generale — non possono oggi esercitare la medicina generale né in dipendenza né in convenzione, nonostante l'ordinamento didattico di cui al Decreto Interministeriale 4 febbraio 2015, n. 68, includa tra i loro ambiti di competenza la medicina generale e le cure primarie; dall'altro, numerosi giovani medici in possesso del solo Diploma regionale del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, pienamente adeguati all'assistenza primaria, non avrebbero comunque accesso a forme di dipendenza in quanto privi di un titolo di specializzazione.

In questa prospettiva, riteniamo necessario istituire una “Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e delle Cure Primarie”, quale percorso universitario specialistico dedicato alla formazione dei medici destinati a operare nella medicina generale, nelle Case della Comunità, negli Ospedali di Comunità, nei servizi dei Distretti Socio Sanitari, nei percorsi integrati di presa in carico e di coinvolgimento delle risorse della comunità locale.

Tale istituzione dovrebbe nascere dal riordino dell'attuale Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, già presente nell'ordinamento universitario italiano e già attiva in 11 sedi distribuite sul territorio nazionale. Si tratta di un patrimonio culturale, scientifico e professionale maturato in quasi trent'anni di esperienza nell'ambito delle cure primarie, della medicina generale, della sanità territoriale, della cronicità, della fragilità e dell'integrazione multiprofessionale, che dovrebbe essere valorizzato e orientato in modo ancora più esplicito alla formazione dei futuri medici di medicina generale e delle cure primarie.

Il riordino dell'attuale Scuola consentirebbe di valorizzare un'infrastruttura formativa già esistente, evitando duplicazioni ordinamentali, dispersione di competenze, e offrendo al Paese un percorso specialistico chiaro, riconosciuto e coerente con i bisogni dell'assistenza primaria. In tal modo sarebbe possibile superare l'attuale frammentazione formativa, rendere più attrattiva la professione territoriale per le nuove generazioni di medici.

Un percorso specialistico universitario specificamente orientato alla medicina generale, alla medicina di comunità e alle cure primarie rappresenterebbe, inoltre, una condizione abilitante per sostenere in modo coerente l'evoluzione organizzativa proposta, al fine di formare professionisti non solo alla clinica di primo livello, ma anche alla presa in carico longitudinale, al lavoro in équipe, alla gestione della cronicità, all'integrazione con i servizi territoriali, alla responsabilità organizzativa nei contesti multiprofessionali, alla promozione della transizione verso il modello

della "Comunità che cura", integrando medicina generale, specialistica, servizi sociali, risorse delle comunità locali.

In questa cornice, l'introduzione di un canale di dipendenza per le attività di medicina generale e cure primarie nelle Case della Comunità, pur su base volontaria, rappresenta un passaggio cruciale per il Servizio Sanitario Nazionale: rafforza l'organizzazione dei servizi, rende esigibili standard e responsabilità, garantisce continuità nella presa in carico e tutela concretamente l'interesse dei cittadini.

Auspichiamo che sia consentito, sin da subito e su base volontaria, anche ai MMG attualmente in possesso del solo Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale, il passaggio al rapporto di lavoro dipendente, secondo criteri trasparenti, selettivi e coerenti con la programmazione dei fabbisogni del SSN.

A tal fine, riteniamo necessario prevedere, in parallelo, un percorso strutturato di riconoscimento e integrazione formativa per i medici già in possesso del CFSMG, finalizzato al conseguimento di un diploma di specializzazione idoneo all'accesso ai ruoli di dipendenza del SSN. Tale percorso dovrebbe fondarsi sul riconoscimento dei crediti formativi già acquisiti, su attività formative integrative mirate e su una valutazione strutturata delle competenze professionali maturate nell'esercizio della medicina generale.

In questo scenario, appare altresì urgente valorizzare le Case della Comunità come sedi qualificate di formazione, tutoraggio, ricerca e innovazione organizzativa per i futuri MMG, prevedendo nei relativi assetti contrattuali specifiche ore dedicate ad attività didattiche, tutoriali e di ricerca, accanto all'erogazione dei LEA. Ciò consentirebbe di rafforzare la qualità professionale, l'attrattività e la piena integrazione della medicina generale nel nuovo assetto dell'assistenza territoriale.

I potenziali benefici risultano particolarmente rilevanti per le giovani generazioni e per le donne medico, poiché l'accesso alla dirigenza medica del SSN può assicurare maggiori tutele, un quadro di diritti certo, percorsi di carriera definiti e una prospettiva previdenziale più solida. In tal senso, diversi sondaggi indipendenti condotti negli ultimi anni evidenziano un consenso crescente verso l'inquadramento dipendente: fino a circa il 60 per cento nella fascia 30–40 anni e a circa il 50 per cento tra le donne medico (MD – *Medicinae Doctor*, 2025), nonché circa il 45 per cento tra i MMG di tutte le età (Sindacato Medici Italiani, 2026).

Tale prospettiva, tuttavia, non va letta esclusivamente come risposta alle aspettative professionali dei medici, ma come parte di un più ampio ripensamento organizzativo delle cure primarie, oggi reso necessario dall'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione.

L'evoluzione demografica ed epidemiologica impone infatti un ripensamento profondo delle cure primarie: l'invecchiamento della popolazione e l'aumento di fragilità, cronicità e multimorbilità richiedono presa in carico continuativa, integrazione multiprofessionale e risposte tempestive. Appare sempre meno sostenibile un modello fondato prevalentemente sullo studio isolato, privo di adeguato supporto strutturale e organizzativo.

Le Aziende sanitarie territoriali devono poter disporre di margini di flessibilità per modulare assetti, funzioni, orari, équipe e percorsi in relazione ai fabbisogni reali: solo così la prossimità può tradursi in presa in carico effettiva, misurabile e continuativa.

La proposta del Ministro Schillaci sembra incontrare una diffusa convergenza da parte delle Regioni e delle Province Autonome: il doppio canale — convenzione e dipendenza — consente di rispondere alle esigenze sia delle realtà che applicano efficacemente l'Accordo Collettivo Nazionale e intendono valorizzare il modello convenzionale, sia delle Regioni in maggiore difficoltà con gli attuali strumenti, che possono attivare la dipendenza, con beneficio per i Servizi Sanitari Regionali e, soprattutto, per i cittadini.

Il doppio canale non crea esclusione, ma integrazione e flessibilità: non sostituisce la medicina generale convenzionata né introduce contrapposizioni tra professionisti; affianca modelli diversi e complementari, valorizzando tanto il ruolo del medico convenzionato quanto quello del medico dipendente.

Per tutte queste ragioni, rivolgiamo ai componenti della 10ª Commissione del Senato della Repubblica e della XII Commissione della Camera dei Deputati un pubblico appello affinché, nell'ambito delle rispettive competenze parlamentari, possano sostenere e accompagnare il percorso di recepimento della proposta di riordino dell'assistenza primaria territoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta.

Confidando nella Vostra attenzione e nella sensibilità istituzionale verso un tema decisivo per il futuro del SSN, porgiamo distinti saluti.

[SIMCCP – Società Italiana di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie](#)

Le organizzazioni aderenti all'[Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia](#):

- AIFeC – Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità
- ASIQuAS - Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale
- Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete
- Associazione La Bottega del Possibile
- Associazione Salute Internazionale
- CARD - Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto
- Campagna Primary Health Care Now or Never
- Comitato Promuovere Case della Comunità a Parma e Provincia
- Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS
- Movimento Giotto
- Movimento MMG per la Dirigenza.

18 Maggio 2026