



# Mmg quale futuro? Il dibattito continua

I risultati della survey lanciata da M.D. Medicinae Doctor: “Convenzione o dipendenza? dite la vostra” sono stati commentati dai leader sindacali di categoria ed evidenziano la necessità di un confronto approfondito su tale problematica

A cura di **Anna Sgritto**

I commenti dei principali sindacati, inviati alla redazione di *M.D. Medicinae Doctor*, confermano quanto il tema dell'inquadramento dei medici di medicina generale sia attuale e divisivo. In un dibattito spesso vivace ma fram-

mentato, che si consuma prevalentemente sui *social*, mancano spazi di approfondimento e proposte svincolate da interessi particolari: in questo contesto, la nostra survey “Convenzionati o dipendenti? Dite la vostra” (*M.D.* 2025; 4:6-10)

- con oltre 1.100 risposte - ha aperto un confronto articolato, tra chi difende la convenzione, chi propone di riformarla, chi chiede più tutele e chi auspica l'introduzione della dipendenza nel disegno complessivo della sanità territoriale.

## I COMMENTI

**Fiorenzo Corti** - *Vicesegretario nazionale di Fimmg*

### Dai social alla riflessione: analizzare i testi normativi

Ho letto con interesse i dati del sondaggio recentemente pubblicato dalla Vostra rivista, che ha fotografato l'opinione dei medici di famiglia rispetto alla possibile scelta tra il lavoro in convenzione e quello in regime di dipendenza. A dire il vero, mi aspettavo numeri decisamente inferiori per quanto riguarda la preferenza verso la dipendenza. Tuttavia, questo è il *sentiment* emerso tra i vostri lettori, e non posso che prenderne atto. È evidente che il lavoro dipendente rappresenta una forma occupazionale più stabile e meno soggetta a mutamenti repentini. Al contrario, il regime convenzionale - ancora in attesa dell'Atto di indirizzo da parte delle Regioni necessario ad avviare la trattativa per il triennio 2022-2024 - appare oggi incerto, soprattutto alla luce della possibile riforma della sanità territoriale. Le modifiche in discussione rischiano di stravolgere le attuali modalità assistenziali e il ruolo stesso del

medico di famiglia. I dati del sondaggio indicano chiaramente come la preferenza per la dipendenza sia più marcata, seppur ancora minoritaria, tra le donne, i giovani colleghi e i professionisti operanti nelle regioni meridionali. Un dato che desta preoccupazione.

Al di là delle opinioni personali, emerge con forza un bisogno formativo concreto: molti colleghi non hanno ancora piena conoscenza e consapevolezza di cosa comportino, in termini pratici e organizzativi, il lavoro dipendente e quello autonomo in convenzione.

Particolarmente rilevante, in tal senso, è il documento approvato dalla Conferenza delle Regioni, che ipotizza la possibilità per ogni singolo medico di famiglia di optare individualmente per la dipendenza o la convenzione. Non entrerò nel merito normativo - già egregiamente trattato su queste pagine da colleghi ben più esperti di me - ma mi preme offrire alcuni spunti di riflessione.

Nel vivace e spesso disordinato di-



battito che si sviluppa sui *social* tra i medici di famiglia, mancano purtroppo momenti di approfondimento serio e proposte svincolate da interessi particolari. Provo quindi a sintetizzare alcuni aspetti di confronto tra le due opzioni contrattuali.

### Dipendenza vs convenzione: aspetti a confronto

- **Tutele assistenziali.** Sono sostanzialmente allineate. Nel regime convenzionale, le tutele sono garantite in parte da polizze assicurative private presenti nell'Acn e in parte dall'Enpam in questo secondo caso per i periodi di malattia più lunghi.



- **Tutele previdenziali.** L'Enpam garantisce prestazioni generalmente più vantaggiose rispetto all'Inps: basti pensare al *bonus* di 10 anni per invalidità, alla reversibilità, al *long-term care*. Ma su questo tema servirebbe un approfondimento specifico da parte di esperti del settore.

- **Remunerazione.** Nel regime di dipendenza, la Ral (Retribuzione annua lorda) oscilla tra i 40.000 e i 60.000 euro, pari a circa 2.500 euro netti al mese, che possono arrivare a 3.000 con turni (notti e festivi) e attività aggiuntive. In convenzione, invece, il reddito varia notevolmente in base alla propria attività e alle proprie scelte (andrebbe analizzata ogni singola Certificazione unica), alla modalità di pagamento (quota capitaria o oraria) e alla gestione economica individuale. Quanto alla tredicesima, vale la pena ricordare che i compensi convenzionati sono suddivisi in 12 mensilità: una scelta contrattuale consapevole, meglio così che in 13 mensilità: il compenso annuo non cambierebbe.

- **Ferie e sostituzioni.** È da valutare attentamente il ruolo dell'associazionismo tra medici per garantire la copertura durante le assenze, in particolare nei periodi di vacanza. In convenzione, in assenza di un sostituto messo a disposizione dal titolare, è l'A-

zienda sanitaria che deve provvedere.

- **Autonomia professionale.** Nel lavoro dipendente, vi è l'obbligo di eseguire ordini di servizio, incluso il trasferimento tra sedi diverse all'interno delle strutture territoriali. In convenzione, l'autonomia è maggiore, anche nella gestione clinica.

- **Rapporto con i pazienti.** La dipendenza rischia di determinare una progressiva "anonimizzazione" del rapporto medico-paziente, la scomparsa del rapporto di fiducia, compromettendo la continuità dell'assistenza non solo al singolo, ma all'intera famiglia - un aspetto centrale nella medicina di famiglia.

- **Conciliazione vita-lavoro.** Tema attualissimo, ma non risolvibile automaticamente con il passaggio alla dipendenza. Anzi, potrebbe generare nuove rigidità.

- **Burocrazia.** Altro nodo cruciale. Anche i colleghi ospedalieri lamentano una crescente burocratizzazione: il problema non è limitato alla medicina convenzionata.

- **Ruolo imprenditoriale.** Nel regime convenzionale, il medico è anche datore di lavoro: può decidere come organizzare il lavoro dei propri collaboratori e infermieri. Ciò può rappresentare un valore o un onere, a seconda della prospettiva, anche qui, sempre più necessario nell'attività convenzionata agire

più sugli investimenti che non sulla semplice riduzione dei costi. E uno sguardo sulle realtà di sviluppo organizzativo diffuse, purtroppo a macchia di leopardo, sul territorio nazionale, andrebbe assolutamente dato.

- **Gerarchia professionale.** Un paradosso della proposta di diventare dirigenti Mmg dipendenti dal Ssn: siamo tutti "dirigenti", ma spesso senza un'organizzazione strutturata o personale adeguato. Rischiamo di trasformarci in un esercito di generali senza truppe.

Queste riflessioni non pretendono di essere esaustive. Tuttavia, è evidente la necessità di superare la superficialità del dibattito *social* e affrontare con serietà, studio e spirito critico i testi normativi e contrattuali che regolano la nostra professione.

Volutamente lascio ai lettori e a successivi approfondimenti una questione centrale, ma spesso ignorata: il ruolo crescente dell'offerta assistenziale territoriale extra-Ssn (privato puro, assicurazioni, mutue integrative, *welfare* aziendale). È uno scenario in rapida espansione, dal quale i futuri medici di famiglia dipendenti rischiano di rimanere esclusi.

Il tempo per discutere e riflettere c'è, vale la pena di iniziare ora.

Pina Onotri - Segretario generale Smi

## La via è quella della flessibilità contrattuale

Ho letto con interesse i risultati della vostra *survey* e la prima cosa che voglio affermare è che il futuro della professione di medico di medicina generale non può essere deciso a tavolino con un semplice atto burocratico senza tenere conto dei bisogni della categoria e delle molteplici varianti presenti nel lavoro dei medici. Per riformare la Medicina generale sosteniamo, da tempo, che vi sia bisogno di una flessibilità contrattuale

per far sì che l'organizzazione del lavoro si adatti alle esigenze di conciliazione vita/lavoro delle giovani leve.

Ma per attuare questo progetto bisogna superare e abbandonare il ruolo unico, concepito 20 anni fa in piena pleora medica e declinato oggi in maniera anacronistica e non rispondente ai tempi. Il nuovo ruolo unico, previsto dall'Acn 2024 e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, impone ai medici un'organiz-



zazione rigida e insostenibile, costringendoli a svolgere contemporaneamente medicina di famiglia e continuità assistenziale, senza possibilità di scelta e ignorando carichi

di lavoro, competenze specifiche e vita personale.

Il Sindacato medici italiani (Smi) ritiene indispensabile che per ogni tipologia contrattuale che si andrà a declinare bisogna prevedere adeguate tutele, come il riconoscimento dell'infortunio sul lavoro, il diritto alle ferie, la maternità assistita, i permessi per malattia, misure certe in materia di sostegno ad *handicap* e per le sostituzioni per poter fruire del riposo, nonché politiche continuative per le pari opportunità. Il diritto al lavoro si deve coniugare al diritto alla vita familiare e personale anche per i medici dell'area convenzionata, pena l'abbandono della professione. Lo *status* di liberi professionisti che, contrattualmente ci è stato cucito addosso, è sembrato sempre una forzatura, in quanto di liberi professionisti abbiamo sempre e solo avuto il rischio d'impresa, mentre ci siamo sempre più sentiti, per tutti gli obblighi che ci sono piovuti addosso senza concertazione alcuna, dipendenti senza tutele. Non abbiamo, per queste ragioni,

nessuna preclusione concettuale alla dipendenza o alla Convenzione che possa prevedere, oltre la scelta capitaria, anche un monte ore, con relative tutele, come quelle previste dal contratto della specialistica ambulatoriale.

Una soluzione potrebbe essere quella di rendere complementare, se proprio vogliamo continuare a dare valore alla scelta fiduciaria del cittadino, le ore svolte con il carico assistenziale di ciascun medico creando un principio di equivalenza. Un medico con 650 pazienti è compatibile con 24h di attività oraria, un medico con mille pazienti con 12h, un medico con 1.200 pazienti con 6h di attività riconoscendogli un compenso misto quota oraria (con relative tutele) quota capitaria. Prevedendo la possibilità di *part time* (autolimitazione scelte/ore), allo *smart working*, dell'esclusione di lavoro notturno per età, per patologie, per figli minori, al riconoscimento del lavoro usurante se si fanno più di 62 turni notturni all'anno, etc., nonché la valorizzazione del lavoro straordinario.

Un'altra soluzione, che può essere realizzata contestualmente alle altre è quella di modificare l'articolo 8 della legge 502/92 per riaprire al convenzionamento l'area della medicina dei servizi. Le aziende sanitarie, in questo modo, avrebbero la possibilità d'incaricare stabilmente a tempo pieno e indeterminato, così come si procede per i bandi del ruolo unico, i medici convenzionati presenti nelle graduatorie di settore che ad oggi si occupano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, di assistenza domiciliare integrata, prevenzione e igiene, vaccinazioni, medicina legale, direzione sanitaria e quant'altro necessita. Questi medici, di fatto, già oggi, potrebbero contribuire al debito orario nelle Case di Comunità.

Infine, prevedere il passaggio a dipendenza su base volontaria per il personale già in servizio.

Occorre pensare a una migliore organizzazione del lavoro, nonché la definizione dei compiti e dei ruoli ben chiari dei medici di medicina generale all'interno del Ssn all'insegna della flessibilità.

**Angelo Testa** - *Presidente Snam*

## Trasformare radicalmente il sistema convenzionale

“I risultati del sondaggio promosso da *M.D. Medicinae Doctor* confermano quelli del sondaggio lanciato da Snam a inizio anno: la professione del medico di medicina generale è oggi spaccata tra esigenze diverse, non tanto per ideologia, ma per condizioni generazionali, territoriali e di contesto. Se da un lato permane una solida maggioranza che preferisce il modello convenzionato - come dimostrano sia il 58,5% emerso dall'indagine di *M.D.* che i dati raccolti nel nostro sondag-

gio - è altrettanto evidente che una parte non trascurabile della categoria, in particolare tra i medici più giovani e nel Sud Italia, guarda con interesse a un modello di dipendenza. Questo è il segno di un disagio profondo, dettato dalla mancanza di tutele, dal carico burocratico e dalla percezione di isolamento.

Tuttavia, come abbiamo avuto modo di ribadire anche nei nostri comunicati, riteniamo che la vera sfida non sia scegliere tra convenzione o dipendenza, ma trasfor-



mare radicalmente l'attuale sistema convenzionale, rendendolo più moderno, sostenibile e attrattivo. Snam si oppone con fermezza a ogni tentativo di subordinare la figura del Mmg a un modello aziendalista, che ne snaturerebbe il ruolo.

lo e romperebbe il legame fiduciario con i pazienti.

È necessaria arrivare ad Acn più vicino alla specialistica ambulatoriale per quanto riguarda la parte oraria, con l'introduzione di reali tutele per la maternità, la malattia, le ferie anche per il medico a scelta.

Dobbiamo perseguire, lo chiediamo da anni, una drastica riduzione della burocrazia, con l'introduzione dell'auto certificazione per i primi

3 giorni di malattia, e il riconoscimento pieno e formale del Corso di Formazione specifica in Medicina generale come vera specializzazione universitaria.

Il nostro sondaggio e quello di *M.D.* non fanno che rafforzare una convinzione che abbiamo da tempo: la Medicina generale va rifondata partendo dalla base e ascoltando i professionisti, non imponendo modelli dall'alto o rincorren-

do soluzioni che giuridicamente, oggi, non stanno nemmeno in piedi senza una legge apposita. Non si può vendere l'illusione della dipendenza come scorciatoia a problemi che devono essere risolti con coraggio politico, investimenti e visione.

Snami è pronto a fare la sua parte, come sempre, ma su basi chiare: autonomia, garanzie e futuro per la medicina generale italiana”.

**Francesco Esposito** - *Segretario nazionale Fmt*

## La questione è seria e non servono scorciatoie

Un sondaggio interessante quello lanciato dalla vostra rivista che fotografa la grande confusione che attraversa il dibattito politico sulla sanità pubblica, la professione, e il futuro della medicina generale e del territorio.

Dai vostri dati emerge come tra i più giovani, dopo la campagna “allarmista” di alcuni grandi giornali, si sia aperta una breccia: si è diffusa la sensazione che la dipendenza possa essere un “rifugio” sicuro alle difficoltà della professione. Ma i numeri in questo segmento di età sono anche molto mutevoli, non a caso in un precedente sondaggio del Centro Studi Maccacaro di Fismu la grande maggioranza degli intervistati tra i 37-50 anni era, invece, a favore della Convenzione.

Stabile contro la dipendenza è la fascia più adulta e non è un caso: diverse generazioni di medici hanno già dovuto attraversare molteplici cambiamenti organizzativi e normativi in questi anni, dallo studio solitario alle medicine di gruppo, dalla guardia medica abbandonata in un vetusto ambulatorio, alla scommessa delle Uccp e Aft, fino alle attuali e, ancora, futuribili

Case di Comunità, al momento solo delle ‘scatole vuote’.

Il problema, appunto, è che questi cambiamenti non sono mai stati accompagnati da politiche e investimenti adeguati, da una idea complessiva di riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi sanitari e ospedalieri, con la conseguenza che tutte queste trasformazioni hanno rilevato le falle del sistema a danno dei cittadini, vista la mutata domanda di salute; e sono stati degli autentici traumi per molti medici, che hanno visto crescere obblighi, anche burocratici, distorsioni dell'applicazione del ruolo unico, una compressione della loro autonomia e dei loro compensi, e la mancata previsioni di tutele adeguate.

Il vostro sondaggio mette in evidenza questa paura e quindi la fuga verso il ‘miraggio’ della dipendenza (ma a che condizioni organizzative ed economiche?), almeno tra i giovani, e in alcune regioni, ma soprattutto tra le donne, segmento, questo, che sconta con più difficoltà le conseguenze della mancanza di tutele. Infine, anche in questa sede penso sia opportuno rilanciare la necessità di un



confronto vero sui problemi del Ssn e dei medici di medicina generale e del territorio.

Chiariamo alcune questioni: i medici di famiglia non hanno ancora il dono dell'ubiquità, non possono stare sul territorio, e visitando a domicilio pazienti e anziani, ed essere contemporaneamente nella Casa di Comunità. Già lavorano fino, ed oltre, le 40 ore settimanali (la stima è di 1 ora ogni 37,5 pazienti), anche per colpa di carichi burocratici impropri. Non le 15 ore di ambulatorio minime di cui si parla spesso, e a sproposito, su alcuni giornali. Tutto ciò senza tutele: malattie, ferie e maternità, ecc. Forse bisogna ripartire da qui, invertendo la rotta: meno oneri burocratici, più diritti, più risorse per personale amministrativo e infermieristico, riorganizzazione dei servizi con una convenzione unica dei medici del territorio e della

medicina generale e dell'emergenza-urgenza (il modello della specialistica con tutte le tutele). E anche: politiche attive di conciliazione, ri-

storico economico e specializzazione in medicina generale. L'ultimo documento delle Regioni, purtroppo, non va in questa dire-

zione, quindi risulterà essere solo un'altra scorciatoia sbagliata: inutile per i cittadini e dannosa per i medici".

**Angela Pacchin** - Movimento Mmg per la dirigenza

## È tempo di scelte decisive

Il risultato di questo sondaggio, con un rilevante campione di intervistati (1.124), sancisce inequivocabilmente che l'opzione della dipendenza dal Ssn dei Mmg debba essere inserita senza ulteriori indugi nel disegno di riforma delle cure territoriali in elaborazione tra ministro della Salute e le Regioni. I numeri parlano chiaro e basterebbe il dato complessivo (58,5% pro-convenzione e 41,5% pro-dipendenza) per dire che il numero dei medici pro-dipendenza, rasentando l'equilibrio, è tutt'altro che trascurabile e merita pertanto grande considerazione alla luce dell'attrattiva della professione ormai ai minimi storici e in vista di un ulteriore peggioramento per effetto della bocciatura del "Ruolo Unico". Lo abbiamo ben descritto nel nostro documento "*Medici di Medicina Generale: Attrattività della professione*" pubblicato a marzo 2025, nel quale tra le diverse strategie necessarie per ricostruire tale fondamentale aspetto la questione contrattuale è fondamentale. Ma i dati di maggiore rilevanza di questo sondaggio, al di là delle differenze regionali sulle quali pure si dovrebbe riflettere, sono quelli legati al "fattore età" e al "fattore genere" molto semplicemente perché, visto il pensionamento di circa 35.000 Mmg entro il 2027, il futuro di tale professione entro appena due anni, da una parte è nelle mani dei giovani che si trovano a dover scegliere il proprio orientamento professionale dopo la laurea, dall'altra in quelle

delle donne medico in considerazione della acclarata femminilizzazione della professione medica che, si stima, saranno la larga maggioranza nei prossimi 10-15 anni grazie alla tendenza stabilmente in crescita dell'1-2% all'anno (secondo i dati Istat Miur, Fnomceo e Ocse 2023 gli studenti di medicina donne sono oltre il 60-65%, le specializzande intorno al 60-62%, i Mmg donne *under 40* oltre il 50% e fra tutti i medici *under 40* circa il 55-58% sono donne, *trend* confermato anche dall'Enpam nel 2025). Premesso ciò, l'essersi dichiarati favorevoli alla dipendenza il 60% dei medici intervistati della fascia d'età 30-40 e il 62% delle donne medico rispetto agli uomini, impone l'avallo di tale opzione da parte del governo quasi come una sorta di "clausola di salvaguardia" rispetto all'estinzione annunciata della figura del Mmg. È evidente che i colleghi over 60 generalmente preferiscano mantenere lo *status quo* e che sono coloro che hanno spostato il risultato di questo sondaggio al 58,5% pro-convenzione, questi colleghi andranno presto in quiescenza e le decisioni sul proprio futuro passeranno ai giovani e alle donne medico. Già altri sondaggi indipendenti, per quanto con campioni leggermente inferiori, avevano prodotto risultati in linea con quello di *M.D. Medicinae Doctor*, in particolare quello di *Aprire Network - Orgogliosamente Mmg* (2020; 566 intervistati; età media 30 anni; 49% pro-dipendenza, 43% pro-



convenzione, 8% altro) e di *DottNet* (2025; 703 intervistati; 52% pro-dipendenza, 42% pro-Convenzione, 6% altro). Non c'è quindi dubbio che stia avvenendo un progressivo diverso posizionamento generazionale dovuto ad un crescente interesse dei medici più giovani verso modelli più strutturati e stabili come quello della dipendenza. Ma in tutta onestà non si può neanche ignorare che le posizioni che emergono da questi sondaggi non sono univoche ed allora perché non adottare un sistema misto che possa essere attrattivo per tutti soddisfacendo le differenti aspettative di ognuno? Diversi Paesi in Europa hanno adottato sistemi ibridi proprio con la finalità di bilanciare l'efficienza e l'accesso per i pazienti con la stabilità e attrattività del lavoro. Infine una considerazione da giovane donna medico. Per come è strutturata oggi la famiglia in Italia, troppe incombenze familiari gravano ancora prevalentemente sulle spalle delle donne. Godere di diritti/tutele per la maternità, l'allattamento, per l'assistenza a figli e familiari e per la malattia, senza l'angoscia di dover ricercare sostituti sempre più introvabili e costosi, non ha prezzo.