

Lettera aperta al Ministro della Salute, Prof. Schillaci: “Il cambio di rotta per salvare la medicina generale”

Ill.mo Ministro, l'interesse di questo Movimento sul tema della riforma sanitaria si mantiene alto e pertanto siamo qui a richiamare ancora la sua attenzione sulla crisi strutturale della medicina generale in Italia e sulle sue conseguenze. Non una crisi qualunque, ma una crisi di attrattività e per questo tanto più grave perché colpisce alle fondamenta il sistema delle cure territoriali. Una criticità comprovata che si sta traducendo in una fuga generalizzata dei medici dalla medicina generale che si sta cercando di arginare, senza riuscirci, con “soluzioni tampone” quali l'innalzamento dei massimali, ambulatori sostitutivi, medici a gettone o trattenendo pochi medici di medicina generale (mmg) ultrasettantenni.

La necessità, divenuta irrinunciabile, di un modello basato su strutture dedicate, lavoro in team, maggiori funzioni cliniche, possibilità di carriera, carichi di lavoro misurabili, conciliazione vita-lavoro, ha portato all'evidente incoerenza tra una forma contrattuale legata alla professione tipicamente individuale ereditata dalle casse mutue di 100 e più anni fa e le mutate esigenze di oggi. A fronte di questo assistiamo all'implementazione di intricati e macchinosi strumenti quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e il Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP) che pur di mantenere in vita quel modello stanno trasformando il mmg in una figura ibrida tra convenzione e dipendenza (... confermando implicitamente la necessità di quest'ultima!), prodotto distorto e disfunzionale della prova di forza fra chi sente la necessità dell'introduzione della figura del mmg dipendente e chi vi si oppone.

A dimostrazione di tale incoerenza, recenti sondaggi indipendenti mostrano che circa il 60% dei giovani medici nella fascia di età tra i 30 e i 40 anni desidererebbe un inquadramento da dirigente nel SSN, con le relative tutele e diritti, e un'identità professionale specialistica ben definita. E questo orientamento è ampiamente condiviso anche nelle fasce d'età più avanzate. Questo deve far riflettere perché se è vero che la riforma della medicina territoriale non può identificarsi con la sola questione contrattuale, è anche vero che aprire all'opzione dipendenza rappresenterebbe senza alcun dubbio il primo più importante passaggio perché la riforma possa realizzarsi restituendo attrattività alla medicina generale e portando a compimento il progetto delle Case della Comunità (CdC). Ma purtroppo tale richiesta è osteggiata apertamente dal sindacato maggioritario con l'accondiscendenza di certa politica.

A tale riguardo ci consenta una digressione storica Sig. Ministro, per richiamare alla memoria. Nell'Italia degli anni '50 – '70 come conseguenza della crisi del sistema mutualistico, sia finanziaria che di equità e universalità delle cure offerte dalle casse mutue, si sviluppò un ampio dibattito politico iniziato già decenni prima, che portò all'elaborazione di diversi piani di riforma da cui emersero le seguenti priorità: abolizione del sistema mutualistico-assicurativo categoriale, istituzione di un SSN universalistico e delle Unità Sanitarie Locali come enti pubblici di governo locale e la possibilità per i medici mutualisti di prestare la propria opera nell'istituendo SSN scegliendo liberamente di entrare a far parte dell'organico del servizio come dipendenti o di rimanere liberi professionisti convenzionati come già erano con le mutue. Contro quel “doppio canale *ante litteram*” si schierò pubblicamente il sindacato dei medici mutualisti, la FIMM (Federazione Italiana Medici Mutualisti). Emblema di quella opposizione è la nota foto storica del 22° Congresso Nazionale della FIMM dell'ottobre 1973 nella quale campeggia lo striscione: “*La FIMM per una buona riforma sanitaria contro la impiegatizzazione del medico di base*”. Le casse mutue furono abolite e il SSN fu effettivamente istituito nel 1978, e sebbene la possibilità della dipendenza fosse stata inserita nell'art. 25 della L. 833, i medici mutualisti rimasero convenzionati con la nuova denominazione di medici di medicina generale, raggiungendo il loro scopo, e la FIMM nel 1979 cambiò la sua denominazione in FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale). Osserviamo che lo stesso copione si è ripetuto nel 2024-2025 non appena l'ipotesi dipendenza si è riaffacciata concretamente, con manifesti, raccolta firme, lettere ai sindaci e pressioni politiche. Un vero metodo a quanto pare!

Passando ad altre considerazioni, vorremmo ricordare che a livello europeo il nostro paese si presenta come un caso del tutto singolare Sig. Ministro: tra i Paesi con modello sanitario universalistico, solo l'Italia mantiene un unico regime contrattuale per i mmg, quello di libero professionista convenzionato. Tutti gli altri, con diversa prevalenza, hanno adottato nel tempo anche altre forme contrattuali, tra cui la dipendenza, verosimilmente per rispondere meglio sia alle esigenze dei professionisti che a quelle dei diversi contesti assistenziali. Le chiediamo quale sia il razionale del mantenere questa peculiarità e se non sia necessaria una profonda riflessione su questo.

L'attuazione del DM77/2022 sta poi assumendo aspetti paradossali. Ci si avvia a far lavorare i mmg nelle CdC non per prendere in carico i propri assistiti come doveva logicamente essere secondo la Missione 6 del PNRR, ma per tutt'altro: fare filtro ai Pronto Soccorso, continuità assistenziale ed altro ancora (... oltre all'attività tradizionale nei propri studi, spesso in comuni diversi). Questo approccio, che snatura completamente la figura del mmg, riducendola a una figura "tuttofare" lontana e distratta dalla propria comunità e dalla propria originaria funzione, sta allontanando i medici. È un'impostazione che ignora le lezioni del passato. Già nel 2006 la Ministra Turco aveva lanciato il modello delle Case della Salute, strutture pubbliche organizzate radicate a livello comunale, diffuse e capillari perché paramistrate a soli 15.000 abitanti, all'interno delle quali i mmg avrebbero lavorato garantendo prossimità e continuità assistenziale nel luogo di residenza. Tale progetto, nonostante fosse molto più aderente alle funzioni e alle esigenze dei mmg (... non imponendo tra l'altro spostamenti quotidiani), è fallito allo stesso modo e per gli stessi identici motivi per cui falliranno le CdC che si pensa ancora una volta di far funzionare con mmg non dipendenti dal SSN sulla scorta di inaffidabili assicurazioni.

Invece, in controtendenza rispetto alle documentate istanze dei giovani medici, rileviamo che il sindacato maggioritario, anziché accogliere e rappresentare alla politica l'evidente esigenza di definizione del ruolo e di un preciso inquadramento professionale e contrattuale, come sarebbe suo compito, rilancia proponendo addirittura un modello iper-liberista, ispirato alle figure degli slash worker o freelance, esattamente opposto alle prospettive auspiccate. In più, la proposta di legge Benigni presentata da Forza Italia, in discussione oggi alla Camera, che prevede per tutti i mmg indistintamente l'obbligo di svolgere 18 ore nelle strutture ASL e 20 nei propri ambulatori (se massimalisti), con il 30% della retribuzione legata a risultati, considerata dai medici addirittura peggiorativa rispetto al RUAP (che invece esonera dal debito orario solo i mmg pre-2025), darà il colpo di grazia alla medicina generale innescando dimissioni di massa.

D'altro canto Sig. Ministro, non possiamo non sottolineare l'ambiguità politica cui stiamo assistendo perché appare del tutto evidente che si stia sacrificando la riforma sull'altare della popolarità politica e della piena privatizzazione dell'assistenza primaria. Infatti nonostante la nota apertura sua e delle regioni al passaggio volontario dei mmg alla dipendenza, il piano ha subito una brusca frenata, tra i dubbi della Presidente del Consiglio per la possibile "impopolarità" e la netta contrarietà di Forza Italia: *"Sui medici va fatta una riforma, però siamo contrari a far entrare tutti i medici di base come dipendenti pubblici, e difendiamo le Casse di previdenza delle libere professioni tutte, che rappresentano una risorsa. Siamo sempre per meno pubblico e più privato, che non significa non avere la sanità pubblica"* (Tajani) (sul Sole24ore Salute del 13/2/2025). Tale "impasse" sembrava però essere stata superata stando alle sue dichiarazioni sul "doppio canale" rilasciate al Direttore del Corriere della Sera il 30/5/2025: *"Io credo che sul tema del loro contratto sia giusto lasciar scegliere i medici se continuare ad essere liberi professionisti o diventare dipendenti del SSN"*, se non fosse seguita pochi mesi dopo una clamorosa ritrattazione quando in una intervista a Report del 30/11/2025 alla domanda del giornalista sulla dipendenza dei mmg, lei ha risposto *"Al momento la dipendenza non è all'ordine del giorno, l'importante è che loro un determinato numero di ore le prestino all'interno delle case di comunità..."*, passando dalla strategia all'indifferenza. Un disimpegno che all'atto pratico si è tramutato in sostegno alla sola convenzione nel suo recente DDL delega del 3/3/2026 nel quale, in base alla relazione tecnica, *"si mira a razionalizzare l'attuale sistema di medicina convenzionata"*, senza prevedere investimenti sui professionisti e senza menzione alcuna della possibilità di passaggio alla

dipendenza. Ma chiediamo, a fronte di una impopolarità tutta da dimostrare non sarà invece certamente impopolare il tracollo della medicina generale per la perdita di attrattività causata da errate scelte politiche con il risultato di milioni e milioni di cittadini senza mmg? Tali scelte saranno inevitabilmente sottoposte al giudizio dei cittadini cui bisognerà spiegare chi le ha fatte e perché.

E allora con costruttivo spirito critico ma con estrema chiarezza, ci permetta Ministro di dirle che:

- *sarebbe un errore gravissimo*, ignorare le indicazioni del PNRR Missione 6 relative al modello strutturale e organizzativo delle CdC Hub e Spoke pubbliche, vere e proprie cliniche di assistenza primaria, capillari, visibili, accessibili ed organizzate (come richieste inizialmente dall'AGENAS - Monitor anno II n° 45 – 2021 pag. 10-11), continuando ancora a mantenere lo “status quo” degli ACN-MG e quindi a legittimare incredibilmente come “presidi del SSN” anacronistici studi privati dagli standard essenziali (spesso allocati in piccoli locali o in appartamenti per civile abitazione);
- *sarebbe un errore gravissimo*, sostenere il binomio “ore in ASL + assistiti in studio” (RUAP e proposta Benigni) tenendo conto che AFT e RUAP sono stati già oggi ampiamente bocciati dalla categoria e soprattutto da chi avrebbe voluto orientarsi verso la professione di mmg;
- *sarebbe un errore gravissimo*, puntare ancora esclusivamente sui mmg convenzionati, e perdere un'altra opportunità per istituire il “doppio canale” contrattuale che, aprendo ad una solida flessibilità lavorativa, attrarrebbe nel SSN migliaia di medici senza scontentarne altrettanti (quelli che vorrebbero rimanere convenzionati), portando finalmente a compimento, con certezza il progetto delle CdC;
- *sarebbe un errore gravissimo*, non incardinare realmente la formazione del mmg nell'Università limitandosi ad un intervento cosmetico sull'attuale corso di formazione;
- *sarebbe un errore gravissimo* abdicare ancora agli interessi corporativistici, come già accaduto negli anni '70.

Se non si interverrà con decisione, visione e una prospettiva senza condizionamenti, la morte annunciata del mmg sarà inevitabile con grave pregiudizio per il SSN. Dal canto nostro rivendichiamo il diritto di poter lavorare in un sistema pubblico integrato a beneficio della collettività senza che altri interessi possano decidere del nostro percorso professionale. Auspichiamo un cambio di rotta finché si è in tempo.

Movimento Medici di Medicina Generale per la Dirigenza