



Medicina Generale

Si è aperto il cantiere del nuovo Acn

L'accordo in Sisac sulle Cdc accelera l'attuazione del Dm 77. Fimmg e Fmt firmano l'intesa, mentre Snami e Smi scelgono di non aderire. Parte così il tavolo politico per il rinnovo della Convenzione 2025-2027, decisivo per i futuri equilibri della Medicina generale

Anna Sgritto

La Medicina generale entra in una nuova fase della propria riorganizzazione. Dopo la firma dell'Atto di indirizzo delle Regioni, la Sisac e le organizzazioni sindacali hanno raggiunto un'ipotesi di intesa per l'integrazione dell'Acn finalizzata all'attuazione delle Case di Comunità previste dal Pnrr.

L'accordo, sottoscritto da Fimmg e Fmt, definisce il quadro operativo per la partecipazione dei medici di famiglia alle nuove strutture territoriali e consente di proseguire il percorso attuativo del Dm 77. L'ipotesi di intesa prevede un impegno fino a 6 ore settimanali nelle Case di Comunità per i medici interessati dal

nuovo modello organizzativo, con una valorizzazione economica fissata a circa 40 euro l'ora. Fimmg e Fmt hanno anche sottoscritto un documento politico che impegna le parti ad aprire già dal mese di settembre il confronto per il rinnovo complessivo dell'Acn 2025-2027. Un passaggio che sposta l'attenzione dal solo tema delle Case di Comunità alla ridefinizione più ampia del ruolo della Medicina generale nel nuovo assetto delle cure territoriali.

Snami e Smi hanno scelto invece di non sottoscrivere l'intesa, confermando le proprie perplessità sull'impianto dell'accordo e sul modello organizzativo delle Case

di Comunità. La mancata adesione evidenzia come il confronto all'interno della categoria resti aperto nonostante il raggiungimento dell'accordo.

La svolta non elimina le criticità che da anni accompagnano il settore. Al contrario, rende ancora più evidente la necessità di affrontare questioni rimaste finora irrisolte: la carenza di professionisti, la copertura delle aree carenti, la crescente domanda di assistenza legata all'invecchiamento della popolazione e il ruolo concreto che i medici di famiglia saranno chiamati a svolgere nelle Case di Comunità.

Dalle strutture all'organizzazione

La realizzazione delle Case di Comunità rappresenta uno degli interventi più significativi finanziati dal Piano nazionale di ripresa e resilienza. In molte Regioni i cantieri sono in fase avanzata e numerose strutture sono già operative o prossime all'apertura.

La questione centrale non riguarda più la costruzione degli edifici, ma la loro capacità di funzionare come nodi di una rete assistenziale integrata. Le Case di Comunità sono infatti chiamate a garantire una presa in carico multidisciplinare dei cittadini attraverso il coinvolgimento

I NUMERI DELLA TRANSIZIONE

- **Oltre 1.000 Case di Comunità:** il target strutturale previsto dal Pnrr per ridisegnare la mappa dell'assistenza territoriale.
- **Il picco dei pensionamenti:** oltre il 35% dei Mmg in attività è entrato nella finestra di quiescenza nell'ultimo quinquennio, con un tasso di ricambio insufficiente a coprire le aree carenti.
- **La pressione della cronicità:** una popolazione over 65 che sfiora il 25% del totale nazionale e assorbe quasi l'80% delle risorse sanitarie territoriali.
- **Cure a domicilio:** il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (Adi) come pilastro della Missione 6 Salute per decongestionare gli ospedali.

La riforma delle cure territoriali si confronta con una doppia sfida: realizzare le nuove strutture e garantire la disponibilità di professionisti necessari a renderle pienamente operative.

di medici, infermieri, specialisti ambulatoriali, operatori sociali e personale amministrativo.

In questo contesto il contributo della Medicina generale viene considerato decisivo. Il nuovo Acn dovrà chiarire modalità organizzative, livelli di presenza e forme di integrazione professionale.

La questione demografica

A rendere più complessa la transizione contribuisce la situazione demografica della professione. In molte aree del Paese il numero dei pensionamenti continua a superare quello dei nuovi ingressi, mentre cresce il numero dei cittadini privi di un medico di riferimento. Le difficoltà di reclutamento rappresentano uno dei principali elementi di preoccupazione per le istituzioni regionali. La carenza di professionisti rischia infatti di compromettere non soltanto la tenuta dell'assistenza convenzionale, ma anche il funzionamento delle nuove strutture territoriali.

Il tema si intreccia con quello dell'attrattività della professione. Organizzazioni sindacali e rappresentanze professionali sottolineano da tempo la necessità di ridurre il peso degli adempimenti burocratici

COSA PREVEDE L'INTESA RAGGIUNTA IN SISAC

L'ipotesi di intesa sottoscritta da Fimmg e Fmt introduce per i medici di medicina generale un obbligo di attività nelle Case della Comunità fino a 6 ore settimanali per 48 settimane l'anno, con una remunerazione definita a livello nazionale. L'accordo punta a garantire la piena operatività delle nuove strutture territoriali previste dal Dm 77 e dal Pnrr, ma ha registrato la mancata adesione di Snami e Smi, che contestano l'impianto dell'intesa.

I punti salienti

- Attività nelle Case della Comunità fino a 6 ore settimanali per 48 settimane annue
- Turni collocati nella fascia oraria 8:00-20:00, per almeno 3 ore continuative
- Compenso pari a 38,72 euro l'ora, oltre oneri, uniforme sull'intero territorio nazionale
- Fabbisogno orario definito dalle Aziende sanitarie in base alle necessità organizzative delle singole strutture
- Coinvolgimento del referente dell'Aft nella fase di programmazione, ove presente
- Ripartizione delle ore residue tra i medici operanti nell'ambito territoriale della Casa di Comunità

e di rafforzare il supporto organizzativo agli studi medici. La richiesta è quella di consentire ai professionisti di dedicare maggior tempo all'attività clinica e alla presa in carico dei pazienti.

Il nodo della prossimità

La riorganizzazione delle cure territoriali riporta al centro anche il tema dell'accessibilità dei servizi. La rete degli studi di Medicina genera-

PERCHÉ SNAMI E SMI NON HANNO FIRMATO

L'ipotesi di intesa raggiunta in Sisac non ha ottenuto l'adesione unanime delle organizzazioni sindacali della Medicina generale. Snami e Smi hanno scelto di non sottoscrivere il testo, pur partendo da valutazioni in parte differenti.

- Snami giudica l'accordo sbilanciato sugli obblighi organizzativi e ritiene che l'introduzione delle attività nelle Case di Comunità non sia accompagnata da adeguate garanzie per la professione, dal rafforzamento degli studi territoriali e da misure in grado di contrastare la carenza di medici.
- Smi contesta il metodo seguito nella fase conclusiva del confronto e continua a esprimere perplessità sull'impianto

complessivo della riforma territoriale, ritenendo insufficienti le tutele per l'autonomia professionale e per l'organizzazione del lavoro dei medici di famiglia.

- Entrambe le organizzazioni ritengono che il tema della presenza nelle Case della Comunità non possa essere affrontato esclusivamente attraverso l'introduzione di nuovi obblighi orari, ma richieda interventi strutturali sulla sostenibilità della Medicina generale.
- La mancata firma non interrompe il percorso negoziale: il confronto proseguirà nei prossimi mesi con l'apertura del tavolo per il rinnovo dell'Acn 2025-2027.

le continua a rappresentare il presidio sanitario più diffuso sul territorio nazionale, soprattutto nelle aree interne, montane e periferiche.

Per questo motivo il dibattito non riguarda la sostituzione degli studi professionali con le Case di Comunità, ma la costruzione di modelli organizzativi capaci di integrare le diverse componenti della rete territoriale. L'obiettivo dichiarato della riforma resta quello di superare l'isolamento professionale senza compromettere la capillarità dell'assistenza. Una sfida che richiede investimenti non soltanto nelle infrastrutture, ma anche nel personale di supporto, nella digitalizzazione e negli strumenti diagnostici di primo livello.



Il rapporto fiduciario tra medico e assistito continua a essere considerato uno degli elementi qualificanti della Medicina generale. La riorganizzazione delle cure territoriali punta a rafforzare il lavoro in équipe senza disperdere il valore della prossimità, particolarmente rilevante nelle aree interne, montane e periferiche del Paese

L'Europa guarda all'Italia

Il confronto italiano continua a essere osservato con attenzione anche a livello internazionale. Negli ultimi mesi l'Uemo è intervenuta più volte nel dibattito richiamando il valore della continuità assistenziale e del rapporto fiduciario tra medico e paziente. Parallelamente, l'organizzazione europea ha rilanciato il tema del rafforzamento del percorso formativo della Medicina generale, considerato strategico per accrescere l'attrattività della professione e garantire una preparazione sempre più adeguata alle nuove esigenze assistenziali.

Il richiamo europeo evidenzia come la discussione italiana non riguardi esclusivamente assetti contrattuali o modelli organizzativi, ma

investa più in generale il futuro delle cure primarie all'interno dei sistemi sanitari pubblici.

La vera sfida

La firma dell'Atto di Indirizzo ha certamente modificato il quadro politico. Tuttavia, il successo della riforma territoriale dipenderà soprattutto dalla capacità di trasformare gli obiettivi normativi in un'organizzazione concretamente funzionante.

Il nuovo Acn rappresenta il passaggio decisivo di questa fase. Dovrà fornire risposte operative sulle modalità di integrazione dei professionisti, sulla valorizzazione del lavoro territoriale e sugli strumenti necessari per rendere pienamente operative le Case di Comunità.

Più che la scelta tra modelli contrattuali differenti, il nodo resta la sostenibilità economica delle soluzioni proposte: senza risorse adeguate per il personale di studio, la riforma rischia di rimanere un impianto teorico. È su questo terreno che si misurerà il futuro della Medicina generale e, con essa, la tenuta complessiva del Servizio sanitario nazionale.



Le Case di Comunità rappresentano il pilastro della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal Pnrr e dal Dm 77. La sfida che accompagna la fase attuativa non riguarda più soltanto la realizzazione delle strutture, ma la loro capacità di integrare professionisti, servizi e percorsi assistenziali all'interno di modelli organizzativi sostenibili e realmente accessibili ai cittadini