

BLOG INDIPENDENTE

HOME

ARTICOLI

EDITORIALI

GEO POLITICA

SPECIALE USA

CHI SIAMO

CONTATTI

Cerca...



LABORATORIO

Home>Italia>Medici di famiglia, la riforma mancata: quando il diritto alla salute si arrende alle corporazioni

ITALIA

Medici di famiglia, la riforma mancata: quando il diritto alla salute si arrende alle corporazioni

9 Giu 2026 • Luca Frabboni

Strutture finanziate dal PNRR pronte ad aprire, ma senza personale. Il riordino dell'assistenza territoriale si arena tra le resistenze sindacali e i dubbi della maggioranza.

Cerca

Cerca

Ultimi Articoli

GEO POLITICA

Hormuz non bastava: gli Houthi chiudono anche Bab al-Mandab, e il...

8 Giu 2026

APPROFONDIMENTI POLITICI

Veti contro voti: il centrodestra rischia di regalare le elezioni al...

8 Giu 2026

ITALIA

Ballottaggi, la destra divisa non c'era: Vigevano smonta la scommessa del...

8 Giu 2026

Sostieni il giornalismo libero

Il tuo contributo aiuta a mantenere viva una voce libera e indipendente.

Transazione sicura via PayPal · Ogni contributo conta

PUBBLICITÀ

Agenzia Creazione siti web

La crisi della medicina di base non è più un tema tecnico per addetti ai lavori. È diventata una delle fratture più evidenti del Servizio sanitario nazionale. Per milioni di cittadini il medico di famiglia, che dovrebbe essere il primo presidio di cura, prevenzione, orientamento e presa in carico, è ormai spesso una figura difficile da raggiungere, oberata da adempimenti, costretta a gestire un numero crescente di assistiti e sempre meno in grado di svolgere quella funzione clinica di prossimità che la legge e il buon senso sanitario le assegnerebbero.

Il problema non nasce oggi. È il risultato di anni di programmazione sbagliata, di pensionamenti prevedibili ma non governati, di una medicina territoriale lasciata in posizione marginale rispetto all'ospedale, di un sistema convenzionale che ha garantito autonomia professionale ma non sempre integrazione organizzativa. Oggi, però, la crisi è arrivata al punto in cui non basta più invocare il "rapporto fiduciario" tra medico e paziente come formula salvifica. Quel rapporto, quando il medico ha 1.500 o 1.800 assistiti, quando risponde a decine di richieste amministrative al giorno, quando non è inserito in una rete territoriale realmente funzionante, rischia di trasformarsi in una finzione retorica.

Secondo la Fondazione GIMBE, al 1° gennaio 2025 in Italia mancavano 5.716 medici di medicina generale, con carenze in 18 Regioni e Province autonome; tra il 2019 e il 2024 il numero dei medici di famiglia è diminuito di 5.197 unità. La stessa analisi segnala che ogni medico assiste in media 1.383 cittadini, ben oltre il rapporto ottimale stimato in un medico ogni 1.200 assistiti, mentre entro il 2028 sono previsti 8.180 pensionamenti. Il dato va letto insieme a un altro elemento decisivo: nel 2025 gli over 65 erano quasi 14,6 milioni e oltre la metà conviveva con due o più patologie croniche. È qui che la crisi diventa strutturale: meno medici, più anziani, più cronicità, più burocrazia, più domanda sanitaria inevasa. (Gimbe Press)



CREAZIONE SITI WEB

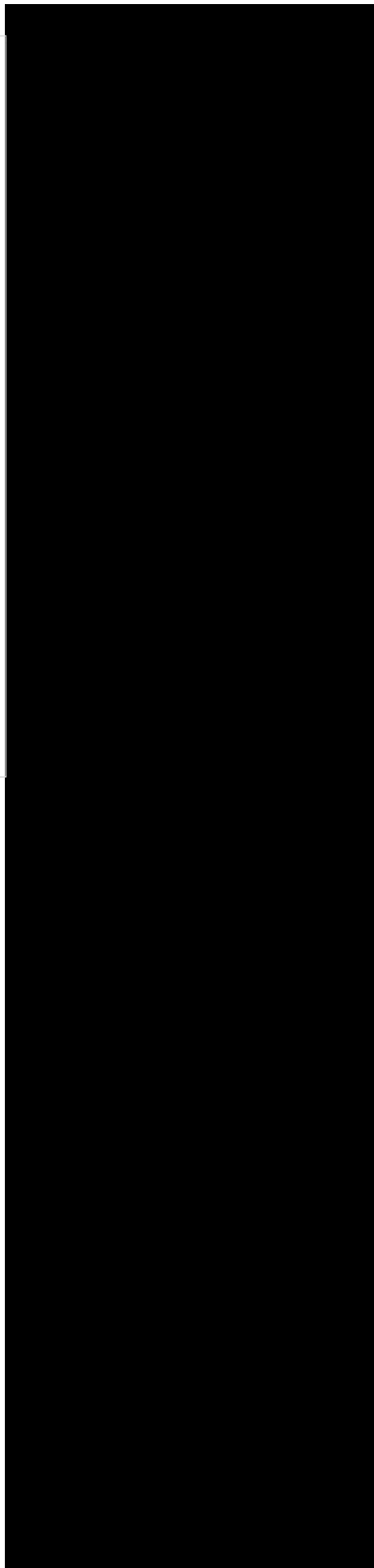
Il medico di famiglia trasformato in sportello amministrativo

Il medico di medicina generale dovrebbe rappresentare la porta d'ingresso del Servizio sanitario nazionale. Dovrebbe conoscere la storia clinica del paziente, intercettare precocemente i fattori di rischio, prevenire l'aggravamento delle patologie croniche, orientare correttamente l'accesso agli specialisti, evitare accessi impropri al pronto soccorso, seguire anziani e fragili nel territorio. In teoria, è il perno della sanità di prossimità.

Nella pratica, troppo spesso, è diventato l'anello più sovraccarico e meno supportato della catena sanitaria. Una parte rilevante della giornata lavorativa viene assorbita da certificati, prescrizioni ripetitive, piani terapeutici, richieste di esami, rinnovi, modulistica, interlocuzioni con piattaforme informatiche regionali non sempre efficienti, messaggi, telefonate, adempimenti derivanti da una pubblica amministrazione sanitaria che scarica sul medico e sul cittadino le proprie inefficienze.

Il risultato è paradossale: il professionista che dovrebbe fare prevenzione è costretto a fare il gestore di pratiche; il medico che dovrebbe visitare viene spinto a smistare richieste; il presidio clinico di prossimità si riduce a terminale burocratico del sistema. Questo non significa negare l'impegno quotidiano di migliaia di medici di famiglia, spesso lasciati soli. Significa, al contrario, riconoscere che il modello organizzativo non regge più.

Il cittadino percepisce questa crisi in modo molto concreto: difficoltà a trovare un medico disponibile, ambulatori saturi, risposte lente, visite sostituite da contatti telefonici



o telematici, impossibilità di una presa in carico reale del paziente fragile. La medicina generale, invece di essere il luogo della continuità assistenziale, rischia di diventare una medicina intermittente, reattiva, difensiva, centrata sull'urgenza amministrativa più che sulla cura.

L'invecchiamento della popolazione rende il vecchio modello insostenibile

La questione demografica è decisiva. Un Paese che invecchia non può permettersi una medicina territoriale debole. L'anziano pluripatologico non ha bisogno soltanto della ricetta, ma di monitoraggio, educazione sanitaria, coordinamento tra medico, infermiere, specialista, assistenza domiciliare, servizi sociali. Ha bisogno di una rete. Il modello tradizionale del medico isolato nel proprio studio, con pochi strumenti organizzativi e una relazione prevalentemente individuale con il paziente, è stato storicamente importante, ma oggi non è più sufficiente. La cronicità richiede équipe multiprofessionali, fascicoli sanitari interoperabili, agende condivise, infermieri di famiglia, telemonitoraggio, presa in carico programmata, indicatori di esito, continuità tra ospedale e territorio.

È esattamente questa la direzione indicata dalla riforma dell'assistenza territoriale collegata al PNRR e al DM 77/2022. Il Ministero della Salute definisce il Distretto come luogo privilegiato di gestione e coordinamento della rete dei servizi territoriali, con l'obiettivo di garantire risposte coordinate e continue ai bisogni della popolazione; tra i pilastri sono previste le Case della Comunità, le Centrali operative territoriali, il numero 116117 e l'infermiere di famiglia o comunità. (Ministero della Salute)

Le Case della Comunità, in particolare, dovrebbero essere il luogo fisico e riconoscibile in cui il cittadino accede a servizi sanitari e sociosanitari di prossimità. Il portale PNRR del Ministero della Salute richiama almeno 1.038 Case della Comunità finanziate con risorse del Piano, aperte fino a 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, nell'ambito di una riforma finalizzata a superare le disuguaglianze e garantire standard uniformi sul territorio nazionale. (PNRR Salute)

Ma una Casa della Comunità senza medici, infermieri, specialisti, strumenti digitali e obblighi organizzativi chiari è solo un edificio. Il rischio italiano, come spesso accade, è costruire il contenitore senza avere il coraggio di riformare il contenuto.

Che cosa prevedeva la riforma della medicina di base

La riforma della medicina generale, attesa da anni, nasceva proprio da questa esigenza: integrare davvero i medici di famiglia nella rete territoriale, rendere operative le Case della Comunità, superare la frammentazione attuale e rafforzare la presa in carico dei pazienti cronici e fragili.

La bozza di riforma Schillaci, secondo le ricostruzioni pubblicate, non prevedeva una statalizzazione generalizzata e immediata dei medici di famiglia. Il cuore del testo era più articolato: mantenimento della convenzione come canale ordinario, ma con una convenzione molto più vincolata a obiettivi, presenza nelle Case della Comunità, indicatori, sistemi digitali e programmazione regionale; accanto a ciò, un possibile canale di dipendenza selettiva per determinate funzioni territoriali. (Quotidiano Sanità)



Una successiva bozza di decreto-legge sul riordino dell'assistenza primaria territoriale prevedeva, tra l'altro, l'obbligo per medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta di assicurare una quota minima di attività nelle Case della Comunità: almeno sei ore settimanali per 48 settimane l'anno per i medici non già assoggettati al debito orario previsto dall'Accordo collettivo nazionale per il ruolo unico. Le Regioni avrebbero potuto incrementare tale quota sulla base di numero degli assistiti, densità abitativa, aree interne o montane, carenze assistenziali, indicatori di cronicità, fragilità e bisogno territoriale. (Quotidiano Sanità)

Il testo assegnava inoltre al nuovo Accordo collettivo nazionale 2025-2027 il compito di disciplinare l'impiego del debito orario nelle Case della Comunità, la partecipazione alla rete territoriale dei servizi, la presa in carico strutturata dei pazienti cronici e fragili, l'uso di sistemi informativi interoperabili, audit e verifiche, lavoro multiprofessionale e raccordo con distretti e Regioni. (Quotidiano Sanità)

Tradotto in termini politici: la riforma cercava di mettere fine a una zona grigia. Da un lato, i medici di famiglia restavano in larga parte convenzionati; dall'altro, non potevano più considerarsi soggetti esterni alla programmazione pubblica territoriale. Il medico di famiglia veniva chiamato a diventare parte effettiva dell'organizzazione sanitaria, non solo professionista autonomo remunerato dal sistema pubblico.

Questa era la vera posta in gioco. Non una battaglia astratta tra "dipendenza" e "libera professione", ma la domanda essenziale: chi governa la sanità territoriale? Il Servizio sanitario nazionale, nell'interesse dei cittadini, o una somma di autonomie professionali difficilmente coordinabili?

Il fronte delle Regioni e la contrarietà dei sindacati

La riforma aveva trovato una convergenza significativa con le Regioni, interessate a rendere operative le strutture territoriali finanziate dal PNRR e a disporre di strumenti più efficaci per programmare l'assistenza primaria. Il punto è comprensibile: sono le Regioni a dover rispondere, sul territorio, del funzionamento dei servizi; sono loro a misurarsi con pronto soccorso congestionati, liste d'attesa, cronicità, carenze nelle aree interne e differenze territoriali.

Dall'altra parte, i sindacati dei medici hanno alzato un muro. La FIMMG, principale sindacato dei medici di famiglia, ha dichiarato lo stato di agitazione contro il progetto, contestando il metodo, denunciando l'assenza di confronto preventivo e paventando anche lo sciopero. Le critiche hanno riguardato il possibile passaggio alla dipendenza, l'aumento dei vincoli organizzativi, il timore di indebolire il rapporto fiduciario con gli assistiti e la riduzione dell'attrattività della professione. (Quotidiano Sanità)

Anche Fnomceo ed Enpam hanno espresso forti riserve. Secondo le cronache di settore, la Fnomceo ha giudicato negativamente la bozza, mentre Enpam ha ribadito la propria contrarietà a un eventuale passaggio alla dipendenza dei medici attuali e futuri, segnalando i rischi per la tenuta previdenziale della categoria. (Quotidiano Sanità)

Alcune obiezioni sindacali non sono prive di fondamento. Una riforma mal scritta, senza risorse aggiuntive, senza personale di supporto, senza semplificazione burocratica e senza strumenti digitali efficienti rischierebbe davvero di trasformare i medici in impiegati territoriali sovraccarichi. È vero anche che l'attrattività della professione è



crollata e che imponesse nuovi obblighi senza migliorare condizioni di lavoro, remunerazione, sicurezza e supporto organizzativo sarebbe miope.

Ma il punto politico è un altro: la difesa dell'autonomia professionale non può diventare il pretesto per impedire qualsiasi integrazione del medico di famiglia nel servizio pubblico territoriale. Il rapporto fiduciario con il paziente non viene distrutto dal lavoro in équipe, dalla presenza nelle Case della Comunità o dall'uso di indicatori. Viene distrutto quando il paziente non trova il medico, quando il medico non ha tempo, quando la prevenzione sparisce, quando la cronicità viene gestita a colpi di ricette e urgenze.

Il blocco politico della riforma

La riforma, però, si è fermata. Le ricostruzioni più recenti indicano che il progetto del Ministero della Salute e delle Regioni non ha ottenuto il sostegno di una parte della maggioranza. Il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato ha ribadito la contrarietà di Fratelli d'Italia all'ipotesi di trasformare i medici di famiglia in dipendenti pubblici; anche esponenti di Forza Italia e Lega hanno espresso riserve, chiedendo una riforma condivisa con la categoria e centrata sul rapporto fiduciario medico-paziente.

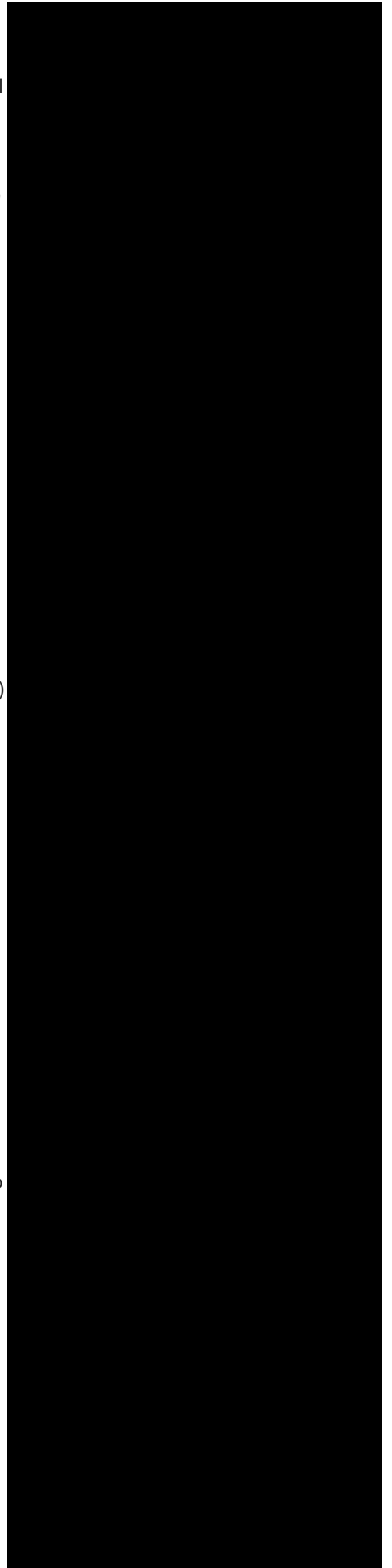
(Doctor33)

Il ministro Schillaci aveva provato a rassicurare, sostenendo che l'obiettivo non fosse smantellare il medico di famiglia ma rafforzarne il ruolo. Tuttavia, le resistenze politiche e sindacali hanno prevalso, portando la riforma in una fase di stallo. (Quotidiano Sanità) Qui emerge il limite dell'attuale governo. La politica, quando affronta una riforma strutturale, deve scegliere se governare il conflitto o subirlo. In questo caso, il governo ha scelto la seconda strada. Ha lasciato che una riforma necessaria venisse progressivamente svuotata dalla paura dello scontro con una categoria organizzata. Ha preferito evitare il costo politico immediato, scaricando il costo sociale sui cittadini. La retorica della "riforma condivisa" è spesso un modo elegante per rinviare ciò che disturba. Certo, le riforme vanno discusse con i professionisti. Nessuna trasformazione della medicina territoriale può riuscire contro i medici. Ma discutere non significa consegnare il potere di veto a chi difende un assetto che non funziona più. Il Servizio sanitario nazionale non appartiene ai sindacati, non appartiene alle Regioni, non appartiene ai partiti: appartiene ai cittadini.

La mancanza di coraggio come scelta politica

Il governo Meloni si trova davanti a un bivio che riguarda l'intero modello di welfare. Può continuare a proclamare la centralità della sanità territoriale, inaugurare strutture, evocare il PNRR e parlare di prossimità; oppure può assumersi la responsabilità di dire che senza obblighi organizzativi, senza presenza medica programmata, senza équipe multiprofessionali, senza interoperabilità dei dati e senza una catena di responsabilità chiara, la riforma resterà una scenografia.

La frenata sulla medicina generale è grave perché arriva proprio nel momento in cui il Paese avrebbe bisogno di accelerare. Le Case della Comunità devono diventare operative, il PNRR ha scadenze stringenti, il carico demografico aumenta, i pronto soccorso sono sotto pressione, le famiglie faticano a gestire anziani e cronici. Rinviare significa lasciare che il sistema continui a degradarsi.



Naturalmente, la riforma non poteva limitarsi a imporre sei ore settimanali nelle Case della Comunità. Servivano e servono misure complementari: drastica riduzione degli adempimenti burocratici inutili, personale amministrativo di studio finanziato stabilmente, infermieri di famiglia realmente disponibili, piattaforme digitali interoperabili, accesso rapido agli specialisti, valorizzazione economica della presa in carico dei cronici, formazione universitaria robusta per la medicina generale, programmazione nazionale dei fabbisogni, incentivi per aree interne e zone disagiate.

Ma proprio per questo il blocco è ancora più colpevole. Aniché migliorare il testo, rafforzarlo, correggerne i limiti e accompagnarlo con investimenti adeguati, la maggioranza ha scelto la ritirata tattica. Si è rifugiata nella difesa del modello convenzionale, come se bastasse preservare l'esistente per risolvere una crisi prodotta dall'esistente.

I cittadini pagano il conto

La parte più debole di questa vicenda è che nel dibattito pubblico si è parlato molto dei medici e poco dei pazienti. Si è discusso di dipendenza, convenzione, debito orario, Enpam, contrattazione, rapporto fiduciario. Molto meno si è parlato dell'anziano che non riesce a ottenere una visita, del paziente cronico che rimbalza tra medico, specialista e pronto soccorso, del cittadino che non trova un medico disponibile nel proprio Comune, della famiglia che deve supplire alle carenze della presa in carico territoriale.

Una riforma della medicina di base non può essere valutata solo dal punto di vista della categoria professionale. Deve essere valutata dal punto di vista dell'interesse pubblico. E l'interesse pubblico oggi impone una medicina generale più integrata, più accessibile, meno burocratica, più orientata alla prevenzione e alla cronicità.

La libertà professionale del medico è un valore, ma non può trasformarsi in irresponsabilità organizzativa del sistema. Il rapporto fiduciario è essenziale, ma non può essere usato come scudo contro ogni forma di programmazione. La convenzione può anche restare il modello ordinario, ma deve diventare una convenzione esigente, misurabile, integrata nella rete pubblica, non un'autonomia senza governo.

Una riforma rinviata è una riforma negata

La vicenda della medicina di base racconta un tratto ricorrente della politica italiana: tutti riconoscono il problema, tutti invocano il cambiamento, ma quando la riforma tocca interessi organizzati, il coraggio evapora. Il governo ha arretrato davanti alla pressione sindacale e alle paure della propria maggioranza. Ha scelto di non scegliere.

È una decisione che avrà conseguenze. Ogni mese perso significa più cittadini senza medico, più carico sui professionisti rimasti, più accessi impropri al pronto soccorso, più ritardi nella presa in carico dei cronici, più disuguaglianze territoriali. La sanità territoriale non può essere riformata con i comunicati stampa. Ha bisogno di norme, risorse, organizzazione, responsabilità.

Il punto non è trasformare tutti i medici di famiglia in dipendenti pubblici dall'oggi al domani. Il punto è molto più semplice e molto più radicale: il Servizio sanitario nazionale deve tornare a governare la medicina territoriale nell'interesse dei cittadini. Se una riforma trova l'accordo delle Regioni, risponde a un bisogno reale, prova a rendere



operative le strutture finanziate dal PNRR e viene fermata per timore delle corporazioni, allora il problema non è tecnico. È politico.

E la responsabilità politica, in questo caso, è chiara: il governo ha avuto davanti una riforma difficile ma necessaria. Non ha avuto il coraggio di portarla fino in fondo.

Fonti

- Fondazione GIMBE – Comunicato stampa sulla carenza di medici di medicina generale (dati SISAC al 1° gennaio 2025)
- Quotidiano Sanità – I medici di famiglia sono sempre meno. GIMBE: ne mancano oltre 5.700
- Quotidiano Sanità – La riforma Schillaci si ferma: la maggioranza frena sul passaggio alla dipendenza
- Doctor33 – Medici di famiglia, la riforma si ferma: ecco cosa è successo
- Ministero della Salute – Assistenza territoriale e DM 77/2022 (Distretto, Case della Comunità, COT, 116117)
- PNRR Salute – Portale del Ministero della Salute sulle Case della Comunità e la Missione 6

Luca Frabboni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tag: Giorgia Meloni, Governo, Medicina, Meloni, Politica, Riforma

