

Roma, 17 aprile 2026

COMUNICATO STAMPA

Liste d'attesa, Case di comunità, ACN e intelligenza artificiale: Scotti (FIMMG) chiede alle Regioni un atto di indirizzo immediato per l'ACN della medicina convenzionata 2025–2027

Il Segretario Generale FIMMG Silvestro Scotti risponde alle dichiarazioni del Ministro Schillaci e sollecita l'avvio immediato dell'atto di indirizzo per l'ACN 2025–2027

Le parole del Ministro della Salute Orazio Schillaci al convegno "Adnkronos Q&A – Salute, prevenzione e risorse: le sfide" descrivono con lucidità i nodi critici del Servizio Sanitario Nazionale: liste d'attesa insostenibili, riforma della medicina territoriale incompiuta, PNRR Salute a rischio di essere ridotto a sola opera edilizia. FIMMG condivide la diagnosi e rilancia: serve agire ora, con strumenti contrattuali e istituzionali già disponibili.

Per questo, la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale chiede formalmente alle Regioni e alle Province Autonome di adottare – con urgenza – l'atto di indirizzo per l'ACN della medicina convenzionata 2025–2027, declinandone operativamente i contenuti sui seguenti assi prioritari.

1. Diagnostica di primo livello negli studi del MMG: ridurre l'attesa alla fonte

La risposta strutturale alle liste d'attesa parte dallo studio del MMG. L'ACN deve riconoscere contrattualmente le funzioni diagnostiche essenziali – ecografia clinica orientata, ECG, spirometria – come prestazioni strutturate e remunerate nelle AFT, non opzioni facoltative. Il MMG diventa così il primo filtro reale all'accesso improprio al secondo livello.

L'atto di indirizzo per l'ACN della medicina convenzionata 2025–2027 deve definire il catalogo minimo di prestazioni eseguibili in studio, il percorso di accreditamento professionale e le modalità di rendicontazione integrata nel FSE.

2. Integrazione con la farmacia dei servizi: applicare la legge, non reinventarla

L'integrazione tra MMG e farmacista nella presa in carico del paziente cronico non è una proposta nuova: è diritto vigente e inapplicato. L'art. 8, comma m-bis, del D.Lgs. 502/1992 prevede espressamente che gli ACN dei medici di medicina generale e dei farmacisti siano coordinati per rendere funzionali le attività della farmacia dei servizi. Una norma vigente, mai pienamente attuata.

Chiediamo che l'atto di indirizzo per l'ACN della medicina convenzionata 2025–2027 traduca questa norma in protocolli operativi attivi nelle AFT: il MMG come titolare del piano terapeutico, il farmacista come punto di monitoraggio dell'aderenza, con dati condivisi nel FSE. Nessuna nuova legge: serve applicare quella esistente.

3. Il MMG come coordinatore dell'accesso: superare i silos del territorio

Strutturare le Case di comunità come aggregazione di offerte parallele – specialistica, infermieristica, sociale – senza un architetto clinico dell'accesso significa replicare i silos in forma nuova. Il MMG, in quanto medico di fiducia con continuità longitudinale, è la figura naturale di coordinamento dell'accesso alle prestazioni.

Per ulteriori informazioni:

Responsabile comunicazione Nazionale
Fiorenzo Corti +39 3357681976
fiorenzocorti@msn.com

FIMMG
Federazione Italiana
Medici di Famiglia

Piazza G. Marconi, 25
00144 Roma
<http://www.fimmg.org>

telefono 0654896625
telefax 0654896645
e-mail: fimmg@fimmg.org



L'ACN deve riconoscere questo ruolo nella remunerazione, nella struttura delle AFT e nei meccanismi di raccordo con la specialistica ambulatoriale e i servizi sociali. Il governo della domanda parte dalla relazione fiduciaria: investire su questa funzione è la vera misura anti-spreco del sistema.

4. Intelligenza artificiale: da eccezione a infrastruttura professionale stabile

L'intelligenza artificiale applicata alla medicina generale deve uscire dalla fase sperimentale e diventare una componente stabile dell'ACN: supporto decisionale clinico integrato nel gestionale di studio, automazione della documentazione sanitaria, alert prescrittivi, stratificazione automatica del rischio per i pazienti cronici.

L'ACN 2025–2027 deve prevedere: il riconoscimento contrattuale degli strumenti AI certificati come supporto all'attività clinica; l'eliminazione progressiva dei debiti informativi ridondanti attraverso la valorizzazione del dato già prodotto nell'attività ordinaria; la formazione ECM obbligatoria su competenze digitali e AI per tutti i MMG.

La sburocratizzazione non è una concessione: è una condizione di esercizio clinico dignitoso e di sostenibilità del sistema.

5. FSE e digitalizzazione: dati clinici, non oneri amministrativi

Il FSE e la digitalizzazione del dato clinico sono ancora vissuti come adempimento aggiuntivo. Questo è il fallimento di una politica che ha digitalizzato la forma senza riformare la sostanza.

L'atto di indirizzo per l'ACN della medicina convenzionata 2025–2027 deve vincolare i fornitori di gestionali all'interoperabilità nativa con il FSE, eliminare la doppia registrazione sistematica e inserire la gestione del dato clinico digitale nella formazione obbligatoria di base. Il dato prodotto dal MMG nell'attività ordinaria è la materia prima dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria: trattarlo come peso burocratico significa sprecare la risorsa più preziosa del sistema.

6. Attrattività per genere e generazione: lavoro a distanza e flessibilità contrattuale

La carenza di medici di medicina generale non è solo un problema numerico: è un problema di attrattività. La medicina generale convenzionata è percepita dalle nuove generazioni – e in particolare dalle donne, che oggi rappresentano la maggioranza degli iscritti alle Facoltà di Medicina – come un modello organizzativo rigido, incompatibile con le diverse esigenze di equilibrio vita-lavoro che caratterizzano le varie fasce generazionali.

L'atto di indirizzo per l'ACN della medicina convenzionata 2025–2027 deve affrontare questo nodo in modo esplicito, prevedendo: il riconoscimento contrattuale delle attività di back office del MMG – refertazione, gestione documentale, teleconsulto, coordinamento AFT – come attività eseguibili in modalità di lavoro a distanza; e una maggiore fluidità nella gestione delle ore di scelta, superando l'attuale rigidità oraria in favore di modelli modulari ancorati agli obiettivi di presa in carico e agli standard di accessibilità, non alla sola presenza.

Non si tratta di ridurre la qualità dell'assistenza: si tratta di riconoscere che il lavoro del medico di famiglia non si esaurisce nell'orario di ambulatorio e che la sua sostenibilità nel tempo dipende dalla capacità del contratto di adattarsi a biografie professionali diverse. Un ACN che non parla alle donne medico e ai professionisti under 45 non risolverà la crisi di vocazioni: la accelererà.

Non c'è più tempo. Gli obiettivi della Missione 6 Salute del PNRR hanno scadenze che non ammettono rinvii. La scadenza non è solo edilizia: riguarda l'evoluzione del sistema, l'interoperabilità del dato, la digitalizzazione dell'assistenza primaria. Ogni



mese di ritardo nell'atto di indirizzo per l'ACN della medicina convenzionata 2025–2027 è un mese perso nella costruzione del nuovo modello di cura territoriale.

FIMMG chiede un incontro immediato con il Presidente della Conferenza delle Regioni **Massimiliano Fedriga**, con il Presidente del Comitato di Settore **Marco Alparone** e con il Coordinatore della Commissione Salute **Massimo Fabi**, per avviare il confronto sull'atto di indirizzo per l'ACN della medicina convenzionata 2025–2027 sulle linee qui proposte.

Da questo incontro ci aspettiamo che l'atto di indirizzo sia disponibile già nel mese di maggio, per avviare le trattative per il rinnovo dell'ACN tra fine maggio e i primi di giugno.

Non è concepibile continuare a parlare di integrazione ospedale-territorio mentre l'atto di indirizzo per la dirigenza medica è già pronto, le trattative di quel comparto partono a fine aprile e la medicina convenzionata resta al palo. Questa asimmetria non è una dimenticanza procedurale: è la premessa del fallimento dell'obiettivo dichiarato dal Ministro e ribadito dal Presidente del Consiglio.

Se quell'obiettivo non verrà raggiunto, la responsabilità non potrà essere imputata alle categorie professionali. Ricadrà su chi ha il dovere istituzionale di indirizzo e ha scelto di non esercitarlo in tempo.