

Torino, 10 luglio 2026

La Medicina Generale nel Servizio Sanitario: Ruolo e Organizzazione ai tempi delle carenze.

La necessità di costruire una rete assistenziale territoriale realmente integrata con l'ospedale è uno dei principali argomenti di dibattito in materia di programmazione sanitaria negli ultimi anni. Il PNRR, nel definire la riorganizzazione delle strutture territoriali, ha avviato nel nostro Paese la discussione sull'evoluzione dell'intero sistema di cura territoriale che a non può prescindere da un adeguamento dello **standard organizzativo** della Medicina Generale al passo con il mutato contesto sociodemografico ed epidemiologico, l'invecchiamento della popolazione, l'innovazione tecnologica e diagnostica. Le Case di Comunità rappresentano indubbiamente un'ulteriore opportunità solo se realizzeranno **un'offerta assistenziale integrativa e non sostitutiva nel sistema attuale delle cure territoriali**, opportunità che solo in questo modo sarà di potenziamento come sembra dichiarare politicamente l'investimento del PNRR. Un approccio ideologico, teorico, senza alcuna chiarezza circa il ruolo che si svolgerebbe all'interno, oltre ad avere costi definiti, per le strutture edilizie, ha larghi margini di incertezza circa l'effettiva efficacia e sostenibilità, con il concreto rischio di esternalizzazione dei servizi. Vi sono chiare evidenze scientifiche che le Cure Primarie e la Medicina Generale, migliorano la salute della popolazione, aiutano a prevenire le malattie e riducono la mortalità e, inoltre, si associano ad una distribuzione più equa della salute nella popolazione. La Medicina Generale può svolgere un ruolo centrale attraverso una riorganizzazione territoriale che sposti il focus dall'ospedale al territorio. Identificare nei numeri dell'attività di emergenza e di ricoveri ospedalieri le motivazioni e giustificazioni della necessità di riorganizzare le cure territoriali ponendo l'accento sugli accessi in Pronto soccorso come spia di una debolezza del territorio stesso nel dare risposta alla domanda di assistenza, è miope, anzi sbagliato. Parlare di riorganizzazione delle cure territoriali partendo da una analisi dei numeri degli interventi ospedalieri e di Pronto soccorso è fuorviante. Ciò rappresenta, con chiara evidenza, un vizio di fondo, **ovvero quello di pensare la riorganizzazione delle cure territoriali in funzione dell'ospedale, avendo come obiettivi prioritari quelli di ridurre gli accessi in Ps e non quello di consentire al territorio di essere dotato degli strumenti per potenziare e migliorare l'attività che già svolge sul versante della prevenzione e della gestione della cronicità**. I numeri in realtà ci dicono che le prestazioni di primo livello erogate sul territorio sono talmente superiori da poter affermare che gli accessi impropri al PS non possono essere attribuibili solamente ad una carente risposta da parte del territorio. Il problema del Pronto Soccorso è strettamente legato alla difficoltà di assorbire tutte le persone che si rivolgono ad esso in modo appropriato e che non trovano posto successivamente al primo soccorso nelle sedi adeguate. **La Medicina Generale è un LEA**, basata su un medico che



ha una profonda comprensione della persona nel suo insieme e abilità nel gestire condizioni e circostanze complesse. L'attuale stato giuridico del medico di medicina generale (libero professionista convenzionato) è il solo che prevede e consente la libera scelta del cittadino e di conseguenza l'instaurarsi di un rapporto di fiducia. Tale modello non è in contrapposizione con l'impostazione del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), ma anzi costituisce una componente essenziale per il raggiungimento degli obiettivi di rafforzamento della sanità territoriale. Intendiamo sviluppare, nella cornice del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR), il ruolo fiduciario del medico di medicina generale, collegandolo a funzioni e servizi definiti, omogenei sul territorio regionale, affinché possa in modo significativo incidere positivamente anche sui livelli di accesso al sistema sanitario e collegare tale azione anche ai risultati della sua redditualità. La Medicina Generale si fonda su professionalismo, autonomia organizzativa, responsabilità professionale e sapere specifico, intesi come capacità di adattare l'organizzazione del lavoro ai contesti demografici e geografici, con l'assunzione di responsabilità diretta nella tutela dei diritti dei cittadini, costante aggiornamento delle conoscenze e uso di evidenze scientifiche nella pratica clinica. L'autonomia organizzativa dei MMG ha storicamente consentito processi adattivi rispetto alle diverse realtà territoriali, miglioramento continuo dell'organizzazione dello studio medico, anche in termini di gradimento da parte degli assistiti, spostamento di compiti, spese e responsabilità dalla pubblica amministrazione verso professionisti più flessibili, con effetti positivi in termini di efficienza. La prossimità, capillarità e associazionismo sono cardini del modello di Medicina Generale. Prossimità come "minima distanza" tra medico e paziente, anche al domicilio o nelle residenze per anziani. Capillarità come presenza dei medici anche in aree rurali, collinari, montane e isolate. Associazionismo come strumento per superare l'isolamento professionale del singolo medico, promuovendo lavoro in rete, condivisione di personale di supporto, progettualità di gruppo e audit sulla qualità dell'assistenza. Il Medico di Medicina generale è lo Specialista della persona e dei Sistemi in cui le persone vivono (famiglie, comunità ecc.). La sua formazione si fonda su un iniziale "corpus dottrinario", che è posto in continua tensione ed evoluzione dalle sollecitazioni del progresso e dalle esigenze di una società in costante rapido mutamento. Sapere Specifico, ovvero la capacità di acquisire e gestire nel tempo conoscenze speciali e complesse, che consentono di esercitare un lavoro, secondo un costante processo di apprendimento incrementale ed esperienziale, che dura per tutta la carriera professionale. Questo sapere specifico abilita il professionista all'esercizio della discrezionalità delle scelte, basate sempre su robusti fondamenti teorici e di evidenza di pratiche. In accordo a quanto previsto dal PNRR e dal DM77/2022, il territorio rappresenta il contesto assistenziale migliore per la cura dei pazienti cronici, anziani, con multi-morbilità, disabilità e fragilità. Le patologie croniche vanno prevenute, precocemente diagnosticate e continuamente governate. La multi-morbilità oggi è una delle maggiori sfide per la sostenibilità dei Sistemi Sanitari, una organizzazione dell'assistenza sanitaria, tradizionalmente basata su un modello orientato alla singola patologia e sempre più specialistica non appare funzionale. Non si può fare a meno di un approccio che consideri il paziente nella sua globalità e



complessità di patologie e problematiche. Sapere specifico, fiduciarità e libera scelta del cittadino, come più volte ricordato dai documenti OMS, da Alma Ata in poi, rende molto di più di quello che costa in termini di efficienza, capillarità, prossimità e di associazionismo. L'autonomia organizzativa della medicina generale ha sempre contribuito a realizzare processi adattivi da parte dei medici alla realtà demografica e geografica in cui operano e alle caratteristiche individuali al fine di esprimere al meglio le proprie potenzialità. La prossimità, capillarità e associazionismo sono cardini del modello di Medicina Generale. Prossimità come "minima distanza" tra medico e paziente, anche al domicilio o nelle residenze per anziani. Capillarità come presenza dei medici anche in aree rurali, collinari, montane e isolate. Associazionismo come strumento per superare l'isolamento professionale del singolo medico, promuovendo lavoro in rete, condivisione di personale di supporto, progettualità di gruppo e audit sulla qualità dell'assistenza. La Medicina Generale è quindi in grado di mettere in campo un rapporto di conoscenza e fiducia con gli assistiti, idoneo a garantire un'assistenza personalizzata e multidimensionale, integrazione con altre professionalità sanitarie, una distribuzione capillare delle sedi, gestione in economia delle risorse, cultura dell'appropriatezza prescrittiva e organizzativa. Le forme associative della medicina generale dell'ambito territoriale sono costituite in AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale di cui fanno parte i MMG di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e quelli a Quota Oraria (QO) assegnati alla medesima AFT. Le AFT, o più AFT insieme, con le loro sedi di riferimento, possono rappresentare le Case di Comunità "spoke" della Casa della Comunità HUB di riferimento previste dal PNRR. Resta da definire in modo chiaro il ruolo delle AFT e dei Medici di Medicina Generale all'interno delle Case della Comunità, secondo il modello hub-spoke, assicurando che: nelle Case della Comunità hub siano collocati i servizi generali, le sedi dei MMG (spoke) mantengano prossimità e capillarità e la presenza del medico di famiglia nella Casa di Comunità sia riconosciuta come presenza dello "specialista della persona" e non come mera guardia.

È dunque una prospettiva della organizzazione del lavoro caratterizzata da autonomia organizzativa quella che proponiamo, legata a profili di rendicontazione, ad indicatori di processo e risultato, responsabilità professionale e sapere specifico, ma va urgentemente affrontata in maniera strutturale la carenza degli MMG. L'Italia ha più medici che mai, ma sempre meno medici di famiglia. Non perché il modello sia sbagliato: perché nessuno lo ha reso attrattivo e su questo si deve e si può efficacemente intervenire. La proposta di trasformare i MMG in dipendenti di strutture pubbliche non è la soluzione alla carenza: è la garanzia di aggravarla, allontanando i giovani medici da una professione già percepita come dequalificata e burocratizzata e spingendo i medici anziani che ci hanno creduto, tanti anche oltre i 70 anni, a lasciarla immediatamente.

Roberto Venesia
Segretario FIMMG Piemonte
(3385349272)

