

SCHEMA DI DECRETO-LEGGE

# Osservazioni critiche e controproposte allo schema di decreto-legge sul riordino dell'assistenza primaria territoriale e della medicina generale

*Documento di consultazione istituzionale*

Con riferimento a: DM 77/2022 · PNRR Missione 6 · ACN vigente

Aprile 2026

**PREAMBOLO — Contestazione all'introduzione della dipendenza selettiva per i medici di medicina generale**

La presente contestazione non verte su aspetti tecnici o di dettaglio normativo: verte su un principio. L'introduzione della dipendenza selettiva per i medici di medicina generale (MMG) non è una riforma organizzativa tra le tante, né un aggiustamento di sistema perfezionabile in sede applicativa. È un'alterazione strutturale della natura stessa della medicina generale, incompatibile con i fondamenti giuridici, etici e clinici su cui essa riposa, e con il diritto alla salute dei cittadini così come garantito dall'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana.

Il rapporto tra il medico di medicina generale e il proprio paziente non è assimilabile a un rapporto contrattuale tra erogatore di servizio e utente. È una relazione fiduciaria personale, continuativa, stratificata nel tempo, che si fonda su una conoscenza reciproca che nessun protocollo organizzativo può sostituire. È questa relazione — e soltanto questa — che consente al medico di leggere il sintomo nel contesto della persona, di intercettare il disagio prima che diventi patologia, di orientare la cura non in astratto ma nella vita concreta del paziente. L'efficacia terapeutica della medicina generale dipende strutturalmente dall'autonomia del medico e dalla fiducia incondizionata del paziente: due condizioni che presuppongono l'indipendenza del medico da qualsiasi vincolo gerarchico che non sia quello deontologico e scientifico. Un MMG che risponde a un datore di lavoro istituzionale — l'azienda sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale — non può essere, nello stesso tempo, il medico di cui il paziente si fida senza riserve. La subordinazione gerarchica che la dipendenza introduce è incompatibile, per natura e non per accidente, con l'autonomia clinica che questa relazione esige.

Tale incompatibilità si manifesta con particolare evidenza nella funzione di gatekeeper che il MMG esercita nel sistema sanitario. Il medico di medicina generale non è soltanto il primo punto di accesso alla cura: è il filtro attraverso cui ogni cittadino accede — o non accede — all'ospedale, alla specialistica, alla diagnostica. Questa funzione è costituzionalmente sensibile, perché incide direttamente sull'effettività del diritto alla salute. Essa può essere svolta correttamente soltanto da un medico libero da conflitti di interesse strutturali. Il MMG dipendente dall'azienda SSN si trova invece in una condizione di conflitto permanente e insuperabile: il suo datore di lavoro è il medesimo soggetto istituzionalmente interessato al contenimento della spesa e all'ottimizzazione dei flussi del sistema. Quando l'interesse del paziente — che può richiedere un accertamento, un ricovero, un invio urgente allo specialista — confligge con l'interesse gestionale dell'azienda, il medico dipendente non dispone di alcuno strumento giuridico né di alcuna posizione istituzionale che gli consenta di difendere il primo dal secondo. Non si tratta di una possibilità remota: si tratta della condizione ordinaria e quotidiana in cui un MMG dipendente si troverebbe ad operare.

Il potere organizzativo dello Stato sul sistema sanitario, pur legittimo nei suoi fini, trova un limite invalicabile nella garanzia che ogni cittadino abbia accesso a un medico la cui fedeltà primaria sia rivolta al suo interesse e non a quello dell'ente erogatore. L'articolo 32 della Costituzione tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo, non come variabile di ottimizzazione di un sistema. Trasformare il MMG in dipendente dell'azienda SSN significa spostare per legge la fedeltà del medico dall'interesse del paziente all'interesse del datore di lavoro, in aperta contraddizione con i principi fondamentali dell'etica medica e con il dettato costituzionale. Nessuna considerazione di efficienza organizzativa può derogare a questo limite.

Il quadro internazionale offre, in proposito, un monito che non può essere ignorato. Le esperienze maturate in contesti nei quali il medico di famiglia è strutturalmente dipendente dall'ente erogatore — dal modello britannico del National Health Service ad alcune declinazioni dei sistemi scandinavi — documentano con consistenza empirica che tale assetto produce nel tempo un progressivo aumento dell'inappropriatezza per difetto: sottoutilizzazione della specialistica, riduzione dei ricoveri, ritardi diagnostici motivati non da valutazioni cliniche ma da logiche di contenimento dei costi. Documentano altresì una riduzione della soddisfazione del paziente e, soprattutto, una progressiva perdita di attrattività della medicina generale come percorso professionale, con conseguente aggravamento della carenza strutturale di medici di famiglia. L'Italia attraversa già una crisi grave e documentata di accesso alla medicina generale, determinata proprio dalla insufficienza numerica dei professionisti disponibili. Percorrere la strada della dipendenza significherebbe aggravare strutturalmente questa crisi, scoraggiando ulteriormente l'accesso dei giovani medici a una specializzazione percepita come sempre più burocratica e sempre meno clinicamente autonoma.

Non si disconosce, in questa sede, la legittimità del problema che il decreto intende affrontare. La difficoltà di garantire la presenza strutturata e continuativa dei MMG nelle Case della Comunità è reale e urgente, e richiede una risposta normativa adeguata. Ma la dipendenza non è quella risposta: è una soluzione organizzativamente comoda che sacrifica la qualità del rapporto di cura alla semplicità della gestione gerarchica. Esistono strumenti normativi che consentono di raggiungere i medesimi obiettivi organizzativi — la garanzia della presenza, la programmazione degli accessi, l'integrazione multiprofessionale — senza compromettere l'autonomia clinica e il rapporto fiduciario: la convenzione evoluta, i contratti di area, le forme associative strutturate con obblighi di presenza contrattualmente definiti, la regolamentazione delle sedi e degli orari nell'ambito del rapporto convenzionale. Questi strumenti esistono, sono applicabili, e non comportano il costo costituzionale e deontologico che la dipendenza impone.

**Per tutte le ragioni esposte, la dipendenza selettiva dei medici di medicina generale, in qualsiasi forma in cui venga declinata, è incompatibile con la natura della medicina generale, con l'effettività**

---

**del diritto alla salute dei cittadini e con i principi fondamentali dell'ordinamento costituzionale. Le disposizioni del decreto che la introducono devono essere ritirate.**

## 1. Premessa

Il provvedimento in esame si inserisce in un contesto normativo già significativamente stratificato. Il Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 ha definito i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, introducendo le Case della Comunità come fulcro della riorganizzazione della rete territoriale e fissando obiettivi ambiziosi in termini di infrastrutture, risorse umane e integrazione dei servizi. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nella sua Missione 6 – Salute, ha destinato risorse ingenti — oltre 7 miliardi di euro — al potenziamento dell'assistenza di prossimità, ponendo la realizzazione delle Case della Comunità al centro del programma di riforma. L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) vigente, da parte sua, ha tentato di aggiornare il quadro convenzionale della medicina generale in direzione di una maggiore integrazione organizzativa, pur rimanendo ancorato a un modello di relazione individuale medico-paziente che il presente decreto intende apertamente superare.

In questo quadro, lo schema di decreto-legge merita un riconoscimento preliminare per il coraggio della proposta. Per la prima volta, un provvedimento normativo di rango primario si fa carico della contraddizione strutturale tra la velocità con cui il DM 77/2022 e il PNRR hanno disegnato il nuovo sistema territoriale e la lentezza con cui l'evoluzione convenzionale ha seguito tale disegno. La distinzione tra convenzione riformata e dipendenza selettiva rappresenta un tentativo serio di offrire soluzioni differenziate a funzioni territoriali di diversa intensità organizzativa, evitando la scorciatoia semplicistica di una dipendenza generalizzata e riconoscendo la specificità del rapporto fiduciario come elemento irriducibile della medicina generale. L'attenzione alla digitalizzazione, all'interoperabilità dei sistemi informativi e alla riduzione del carico burocratico risponde a bisogni reali e diffusi nella categoria. La previsione di una fase transitoria ordinata, con attenzione ai titoli di accesso e alle equipollenze, segnala consapevolezza della complessità del passaggio da un sistema all'altro. Ciò detto, un esame approfondito del testo rivela criticità rilevanti che, se non affrontate, rischiano di compromettere tanto gli obiettivi dichiarati del decreto quanto la tenuta del sistema di assistenza primaria nel suo complesso. Le osservazioni che seguono intendono contribuire costruttivamente a questo processo, nell'interesse comune dei professionisti della medicina generale, delle istituzioni e, soprattutto, dei cittadini.

### Osservazione 1 — Remunerazione per obiettivi: rischi di depauperamento del rapporto fiduciario

Il passaggio da un modello di remunerazione prevalentemente capitaro a un sistema articolato per obiettivi rappresenta, nel decreto in esame, una delle innovazioni più radicali e, al tempo stesso, più

problematiche. La proposta di tariffa nazionale di circa 120 euro per assistito per l'anno 2026 si struttura in componenti eterogenee — dai 30 euro per LEA e obblighi di sistema, ai 20 euro per la presa in carico dei cronici, ai 20 euro per la promozione della salute, fino ai 20 euro per l'attività nelle Case della Comunità e ai 20 euro per obiettivi di AFT — configurando un modello in cui oltre la metà del reddito del medico convenzionato dipende da prestazioni misurabili attraverso indicatori e metriche definiti da soggetti terzi.

Questo impianto genera almeno tre ordini di preoccupazioni. In primo luogo, il rischio di medicalizzazione burocratica: quando la remunerazione è condizionata al raggiungimento di target definiti da sistemi informativi e piattaforme di monitoraggio, il medico è incentivato a orientare la propria attività verso ciò che è misurabile piuttosto che verso ciò che è necessario clinicamente. La relazione di cura rischia di trasformarsi in una sequenza di adempimenti certificabili, a scapito della dimensione umana e personalizzata che costituisce il valore irriducibile della medicina di famiglia. In secondo luogo, la disomogeneità territoriale nell'applicazione degli indicatori: le metriche di «promozione della salute» o di «presa in carico dei cronici» non possono essere applicate con criteri uniformi in contesti demografici, epidemiologici e socioeconomici radicalmente diversi come quelli che caratterizzano le diverse realtà regionali italiane. Un medico che opera in un'area montana con popolazione anziana e dispersa si trova strutturalmente in una posizione di svantaggio rispetto a un collega che opera in un contesto urbano con population management più agevole. In terzo luogo, la penalizzazione delle popolazioni fragili non classificabili con metriche standard: i pazienti con multi-morbilità complessa, disagio psicosociale, fragilità non codificata rappresentano il nucleo più gravoso — e più importante — del lavoro del medico di medicina generale, ma sono anche i meno adatti ad essere catturati dagli indicatori di performance abitualmente impiegati nei sistemi pay-for-performance. Il rischio di selezione avversa della casistica, anche involontaria, è concretamente presente e storicamente documentato in analoghe esperienze internazionali.

## **Osservazione 2 — Debito organizzativo minimo: ambiguità applicativa e rischio di sovraccarico**

Il decreto introduce il concetto di «debito organizzativo minimo modulabile territorialmente» come componente strutturale del nuovo rapporto convenzionale. Il termine stesso rivela una tensione interna non risolta: se il debito è «minimo», dovrebbe essere definito con precisione e uniformità; se è «modulabile territorialmente», la sua uniformità viene meno, aprendo la porta a interpretazioni applicative divergenti. L'elenco degli obblighi inclusi — attività programmata nelle Case della Comunità per almeno sei ore settimanali per quarantasette settimane, partecipazione alla rete territoriale, utilizzo di sistemi informativi interoperabili, presa in carico strutturata di cronici e fragili, adesione ad audit e monitoraggio, integrazione multiprofessionale — configura un pacchetto di adempimenti di rilevante

impatto organizzativo, il cui peso si distribuisce in modo asimmetrico a seconda del contesto in cui il medico opera.

Il problema centrale è che tali obblighi sono strutturali ma le risorse di supporto non lo sono altrettanto. Il decreto menziona il supporto amministrativo e infermieristico come componente del nuovo modello, ma non garantisce la disponibilità effettiva di tali risorse in tutti i contesti territoriali. Nelle Regioni che non hanno ancora provveduto a dotare le Case della Comunità del personale e delle infrastrutture previste dal DM 77/2022, il medico convenzionato si troverebbe a dover rispettare obblighi organizzativi in strutture non ancora operative o non adeguatamente attrezzate, con il rischio concreto di vedersi ridurre la quota remunerativa per inadempimenti che non dipendono dalla sua volontà ma dall'inerzia del sistema. La «modulabilità territoriale» del debito organizzativo, pensata per adattare gli obblighi alle diverse realtà regionali, rischia di diventare il vettore attraverso cui le Regioni con minore capacità amministrativa eludono gli standard minimi, creando un sistema a geometria variabile in cui il livello qualitativo dell'assistenza dipende più dalla capacità gestionale della Regione di residenza che dalle scelte professionali del medico.

### **Osservazione 3 — Dipendenza selettiva: profili giuridici e rischio di dualismo strutturale**

L'introduzione di un canale di dipendenza selettiva per funzioni territoriali a maggiore intensità organizzativa costituisce, nella logica del decreto, una risposta pragmatica alla necessità di coprire posizioni strutturate nelle Case della Comunità hub, nella continuità assistenziale integrata e nel coordinamento territoriale. Il testo precisa con cura che si tratta di dipendenza «programmata e non generalizzata», accessibile su base volontaria nei limiti dei contingenti definiti dalle Regioni. Queste premesse sono apprezzabili, ma non dissipano le preoccupazioni che l'architettura a doppio canale solleva sul piano giuridico, previdenziale e organizzativo.

Sul piano previdenziale, il decreto afferma che la convenzione riformata non implica modifiche all'ENPAM, ma non chiarisce altrettanto esplicitamente quale regime previdenziale si applichi ai medici che transitino al canale dipendente. Il passaggio a un rapporto di dipendenza con il SSN comporta l'iscrizione all'INPS-Gestione Pubblica e l'uscita dall'ENPAM, con implicazioni potenzialmente significative per i medici che abbiano già maturato contributi nel regime libero-professionale. La questione delle posizioni miste — medici con contribuzione ibrida durante la fase transitoria — richiede una disciplina specifica che il decreto non fornisce. Sul piano della progressione di carriera, il canale dipendente introduce percorsi e posizioni che nella convenzione ordinaria non esistono, ma non chiarisce se e come sia possibile rientrare nel canale convenzionale dopo un periodo di dipendenza. Il rischio di dualismo strutturale — un canale dipendente per le funzioni complesse e un canale convenzionale residuale per la medicina di base — potrebbe portare

a uno svuotamento progressivo e non pianificato della convenzione ordinaria, con conseguenze difficilmente reversibili sull'intero sistema.

#### **Osservazione 4 — Ruolo delle Regioni: rischio di frammentazione del SSN**

La scelta di attribuire alle Regioni un ruolo centrale nella definizione dei fabbisogni delle Case della Comunità, nella determinazione dei contingenti per il canale dipendente, nella fissazione delle priorità territoriali e nella definizione degli standard minimi organizzativi e informativi risponde a una logica di governance multilivello coerente con l'assetto costituzionale del SSN italiano. Tuttavia, la forte delega regionale, non bilanciata da standard nazionali cogenti e da meccanismi di perequazione adeguati, rischia di trasformare il decreto da strumento di equità a moltiplicatore delle diseguaglianze già esistenti tra le diverse aree del Paese.

Le differenze tra Regioni in termini di capacità amministrativa, dotazione infrastrutturale, risorse umane e sistemi informativi sono già oggi molto marcate. Il Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale documenta ogni anno un divario significativo negli indicatori di assistenza territoriale tra le Regioni del Nord, quelle del Centro e quelle del Sud, con le Regioni meridionali che mostrano livelli sistematicamente inferiori di implementazione delle reti territoriali, minore diffusione della medicina di gruppo, minore utilizzo dei sistemi informativi clinici e maggiore ricorso inappropriato all'ospedalizzazione come sostituto funzionale dell'assistenza primaria. Lasciare alle Regioni la definizione degli standard minimi organizzativi significa in pratica consentire che le Regioni più deboli fissino standard proporzionati alla propria capacità attuale, perpetuando piuttosto che correggendo il divario esistente. L'assenza di un livello minimo nazionale cogente — definito non come aspettativa ma come obbligo esigibile dai cittadini — rischia di vanificare l'obiettivo fondamentale del decreto, che è quello di garantire a tutti i cittadini italiani, indipendentemente dalla Regione di residenza, un accesso equo e strutturato all'assistenza primaria territoriale.

#### **Osservazione 5 — Cronoprogramma: tempi irrealistici e assenza di salvaguardie**

Il cronoprogramma previsto dal decreto articola l'attuazione in quattro fasi principali: una ricognizione e mappatura entro trenta giorni, la definizione del modello entro sessanta giorni, la definizione delle condizioni di attuazione entro novanta giorni, e l'avvio dell'implementazione entro centottanta giorni dall'entrata in vigore del provvedimento. Questo calendario, pur comprensibile nell'ambizione di dare rapidamente attuazione alle riforme previste dal PNRR, appare scarsamente realistico alla luce delle strutture di governance attualmente disponibili e dei precedenti storici in materia di riforma dell'assistenza primaria italiana.

La ricognizione degli Accordi Integrativi Regionali vigenti e la mappatura del fabbisogno delle Case della Comunità presuppongono l'esistenza di sistemi informativi condivisi tra Stato e Regioni che allo stato attuale non sono operativi in forma omogenea su tutto il territorio nazionale. La definizione entro sessanta giorni degli schemi contrattuali presuppone il completamento di un negoziato con le rappresentanze della medicina generale che, per sua natura, richiede tempi non comprimibili. Il cronoprogramma non prevede clausole di salvaguardia: non esiste alcun meccanismo formale di revisione in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi, né alcuna previsione di proroga concordata in caso di ostacoli imprevisti. L'esperienza della riforma dell'assistenza territoriale successiva al DM 77/2022 ha già dimostrato che i tempi di attuazione effettivi eccedono sistematicamente quelli programmati, e che l'assenza di meccanismi di revisione formali trasforma i ritardi in default taciti, con effetti destabilizzanti sul sistema e perdita di credibilità istituzionale.

## Osservazione 6 — Formazione e accesso: nodo irrisolto delle equipollenze

La disciplina della fase transitoria in materia di titoli di accesso, equipollenze, equivalenze e percorsi integrativi per i medici già operanti nella medicina generale è delineata nel decreto in termini estremamente generici, con il rinvio a successivi atti attuativi che dovrebbero definire i criteri concreti entro novanta giorni. Questa scelta lascia aperto per un periodo prolungato un nodo di cruciale importanza per migliaia di professionisti la cui posizione rispetto al nuovo sistema dipenderà da decisioni non ancora adottate.

La questione delle equipollenze è particolarmente delicata per almeno due ragioni. La prima riguarda i medici già in attività nel canale convenzionale che non possiedono una specializzazione riconoscibile come titolo di accesso al canale dipendente: il decreto prevede che la dipendenza selettiva sia accessibile ai medici «già operanti nella MG che possiedano anche una specializzazione», ma non chiarisce quali specializzazioni siano ritenute equipollenti, con quale procedura si valutino le equivalenze, e se sia prevista la possibilità di acquisire un titolo integrativo attraverso percorsi formativi aggiuntivi. Questa lacuna produce incertezza professionale e rischia di generare un contenzioso amministrativo che rallenterà ulteriormente l'attuazione del decreto. La seconda ragione riguarda i medici attualmente in formazione specialistica o nelle scuole di medicina generale: per questa categoria l'assenza di un quadro chiaro sulle condizioni di accesso al sistema riformato rende estremamente difficile prendere decisioni di carriera informate, con il rischio concreto di orientarsi verso percorsi diversi dall'assistenza primaria, aggravando la già preoccupante carenza strutturale di medici di medicina generale.

## Controproposte

Le osservazioni svolte nelle sezioni precedenti non intendono semplicemente registrare criticità, ma offrire indicazioni operative e costruttive per migliorare il testo del provvedimento. Per ciascuna delle sei aree critiche individuate, si formulano di seguito controproposte concrete e operativamente realizzabili nel quadro normativo vigente.

### **CP 1 — Modello di remunerazione misto**

Si propone l'adozione di un modello misto che preveda una quota capitaria base garantita, non inferiore al 70% della tariffa complessiva per assistito, e una quota incentivante per obiettivi verificati non superiore al 30% del totale. La quota capitaria base deve essere erogata indipendentemente dal raggiungimento degli obiettivi e deve garantire la copertura dei costi fissi dell'attività professionale. Gli indicatori che determinano la quota incentivante devono essere definiti con il contributo delle rappresentanze della medicina generale, aggiustati per case-mix demografico ed epidemiologico, e devono includere misure di processo oltre che di esito, per ridurre il rischio di selezione avversa. Un tavolo tecnico paritetico, con rappresentanza di medici, Regioni e Ministero della Salute, dovrebbe essere istituito per la revisione annuale degli indicatori.

### **CP 2 — Standard minimi nazionali cogenti e fondo di perequazione**

Si propone la definizione, attraverso decreto ministeriale entro sessanta giorni, di standard minimi nazionali cogenti per ciascuna componente del debito organizzativo, formulati come livelli essenziali delle prestazioni organizzative, esigibili su tutto il territorio nazionale. In parallelo, deve essere istituito un fondo di perequazione nazionale destinato alle Regioni che presentino deficit strutturali nella disponibilità di infrastrutture, personale di supporto e sistemi informativi, condizionando l'erogazione del fondo alla presentazione di piani di adeguamento vincolanti e verificabili.

### **CP 3 — Terzo canale intermedio e clausola di revisione triennale**

Si propone l'introduzione, prima della piena operatività del canale dipendente, di un terzo canale intermedio — definibile come «convenzione evoluta» — che offra ai medici convenzionati già operativi la possibilità di assumere funzioni di maggiore intensità organizzativa all'interno del sistema convenzionale, con garanzie aggiuntive in termini di supporto, remunerazione e continuità previdenziale ENPAM. Il canale dipendente dovrebbe essere oggetto di una clausola di revisione triennale che valuti l'effettivo utilizzo, la distribuzione territoriale e l'impatto sul sistema convenzionale ordinario.

### **CP 4 — Osservatorio Nazionale con poteri sostitutivi**

Si propone l'istituzione di un Osservatorio Nazionale sull'attuazione del decreto, con composizione paritetica tra rappresentanti delle istituzioni nazionali, delle Regioni, delle professioni sanitarie e della società civile, dotato di funzioni di monitoraggio continuo, di poteri di raccomandazione vincolante in caso di scostamento dagli standard nazionali, e di meccanismi di intervento sostitutivo — nei termini previsti dall'art. 120 della Costituzione — in caso di inadempienza regionale protratta.

---

## **CP 5 — Revisione cronoprogramma e sperimentazione pilota**

Si propone una revisione del calendario di attuazione che preveda tappe a sei, dodici e diciotto mesi, con obiettivi chiaramente definiti e meccanismi formali di verifica e revisione. Prima dell'applicazione nazionale del modello riformato, deve essere prevista una sperimentazione pilota in almeno tre Regioni rappresentative di diverse condizioni strutturali del SSN — una del Nord, una del Centro e una del Sud — con valutazione indipendente dei risultati e adeguamento del modello prima della generalizzazione. Clausole di salvaguardia devono essere previste per consentire proroghe concordate in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi.

## **CP 6 — Quadro nazionale delle equipollenze e banca dati pubblica**

Si propone la definizione, entro e non oltre novanta giorni dall'adozione del decreto, di un quadro nazionale delle equipollenze e dei percorsi integrativi, redatto con il contributo delle società scientifiche, delle scuole di specializzazione e delle rappresentanze della medicina generale. Tale quadro deve essere reso pubblico attraverso una banca dati accessibile online, aggiornata in tempo reale, che consenta a ciascun medico di verificare la propria posizione rispetto alle condizioni di accesso al canale dipendente. Per i medici in formazione, deve essere previsto un regime di garanzia che assicuri la compatibilità del percorso formativo con l'accesso al sistema riformato.

## **Conclusioni**

Lo schema di decreto-legge sul riordino dell'assistenza primaria territoriale e della medicina generale rappresenta un passo normativo necessario e, per certi aspetti, coraggioso. La volontà di superare l'impasse che ha finora impedito la piena operatività delle Case della Comunità nonostante gli investimenti del PNRR, il tentativo di costruire un quadro normativo di cornice che affianchi e orienti la contrattazione collettiva, l'apertura verso un modello organizzativo che valorizzi la funzione territoriale del medico oltre il rapporto individuale: tutto questo merita un giudizio positivo, che le osservazioni critiche formulate nel presente documento non intendono oscurare.

Tuttavia, nella forma attuale, il decreto presenta lacune rilevanti che, se non colmate, rischiano di produrre effetti contrari agli obiettivi dichiarati. Un sistema di remunerazione sbilanciato sulla quota incentivante, senza adeguate correzioni per le disegualianze di contesto, penalizzerà i medici più impegnati nei territori più difficili. Un debito organizzativo non sorretto da risorse strutturali garantite si trasformerà in un ulteriore carico burocratico. Un doppio canale privo di adeguati meccanismi di transizione alimenterà l'incertezza invece di attrarre i migliori professionisti verso le funzioni più complesse. Una forte delega regionale senza standard nazionali cogenti e senza perequazione accentuerà i divari invece di ridurli. Un cronoprogramma irrealistico privo di salvaguardie trasformerà i ritardi in

default istituzionali. Un quadro incerto sulle equipollenze spingerà i giovani medici verso percorsi professionali diversi dall'assistenza primaria, aggravando la carenza strutturale già in atto.

Per tutte queste ragioni, le rappresentanze della medicina generale, le società scientifiche del settore e le organizzazioni professionali devono essere formalmente convocate per un confronto approfondito sul testo del decreto prima della sua adozione definitiva. Non si tratta di un adempimento formale, ma della condizione indispensabile affinché una riforma così ambiziosa possa fondarsi su un consenso professionale sufficiente a garantirne la sostenibilità nel tempo. Le controproposte formulate nel presente documento sono offerte come contributo a questo confronto, nella convinzione che una medicina generale forte, motivata e ben organizzata sia la preconditione di qualsiasi riforma del sistema sanitario che voglia davvero mettere al centro la salute dei cittadini.

---

*Documento redatto a fini di consultazione e dibattito istituzionale. Le osservazioni e le controproposte contenute nel presente testo non riflettono posizioni ufficiali di specifici soggetti istituzionali, ma intendono contribuire al processo di consultazione pubblica sullo schema di decreto-legge. Aprile 2026.*