



COMUNICATO STAMPA

Comunicato Stampa - riformammg_iannantuoni_assimefac

5 Maggio 2026



Riforma della medicina generale:

La riforma della medicina generale come cambierà il SSN?

Lettera al Direttore di Leonida Iannantuoni, Presidente di ASSIMEFAC

(Associazione Società Scientifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e Comunità)

e Consigliere Nazionale FISM

Gentile Direttore,

la proposta dell'On. Schillaci, inerente alla riforma della Medicina Generale, non può che lasciarci, come medici di famiglia, basiti e non certo per quanto riguarda la 'questione dipendenza vs convenzione', non è nostra competenza essendo l'ASSIMEFAC una società scientifica e non un sindacato.

Ciò che ci preoccupa, appunto come società scientifica, è l'impatto negativo che la riforma, prevedendo le Case di Comunità come fulcro dell'assistenza territoriale, eserciterebbe su tutto il SSN.

Le perplessità derivano dal testo che prevede l'istituzione delle Case di Comunità che, quanto meno gli hub, sorgeranno in misura di una ogni 40-50mila abitanti, e che non potranno che essere allocate nei centri urbani lasciando, i piccoli comuni, fuori dalla rete assistenziale.

Prima di esemplificare i nostri dubbi, non possiamo che partire da un'analisi demografica del territorio italiano. Al 21 febbraio 2026, in Italia si contavano 7.894 comuni. Di questi, il 70% e, quindi, circa 5.000 hanno una popolazione inferiore a 5.000 abitanti e ben 2.000 hanno meno di 1.000 abitanti.

Stante la cronica carenza di medici di medicina generale, diffusa su tutto il territorio nazionale, dovuta a una consolidata minor attrattività verso questa branca della professione, si rimarca che nei centri abitati con meno di 5.000 abitanti, operano non più di due/tre medici che, tra l'altro, spesso assicurano la propria opera anche nei borghi vicini con meno di 1.000 abitanti.

Si segnala, inoltre, che ad oggi anche il Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) proprio per la carenza di professionisti spesso non viene assicurato, tanto nei piccoli che nei più grandi agglomerati urbani.

La nostra perplessità è quindi la seguente: quando il medico di medicina generale sarà impegnato nelle Case di Comunità chi assicurerà l'assistenza sanitaria nei piccoli centri?

La ripercussione negativa, da noi temuta, sul SSN deriva proprio da questo dubbio poiché temiamo che l'utente, non avendo a chi rivolgersi per intere frazioni di giornata essendo il proprio medico presente sì ma in un comune vicino perché, appunto impegnato nella Casa di Comunità. Il cittadino non trovando funzionante il servizio di Continuità Assistenziale, finirà per rivolgersi, magari impropriamente, al servizio di 118, già in grande difficoltà, mancando, spesso, del medico a bordo delle ambulanze o si rivolgerà ai già oberati servizi di P.S.

Tutto ciò, temiamo, potrebbe essere foriero, a sua volta di una crescita dei ricoveri impropri mettendo a dura propria la tenuta stessa di tutto il SSN.

A nostro avviso ove si volesse, realmente e concretamente, potenziare l'assistenza territoriale la via da percorrere non potrebbe essere altra che quella di maggiori

investimenti nei seguenti settori:

- specialistica ambulatoriale;
- centri di salute ed igiene mentale;
- servizi sociali;
- servizi per le dipendenze;
- servizi di assistenza infermieristica territoriale.

Certamente tutto ciò non può bastare se non si coinvolga fattivamente il medico di medicina generale attraverso una deburocratizzazione della loro professione, burocratizzazione che ha

raggiunto quote inimmaginabili, che lasci tempo ad un ritorno alla clinica magari anche attraverso la tele medicina ed IA di supporto, prevedendo lo svolgimento nei loro studi di una serie di accertamenti diagnostici di primo livello quali: ECG, Holter Pressorio, Holter Cardiaco, Fast Ecografia, Esami spirometrici e quant'altro.

Queste scelte porterebbero ad un minor ricorso improprio ai servizi di specialistica e di PS. Le Case di Comunità, a nostro parere, dovrebbero erogare, quello che realmente non è eseguibile c/o lo studio del medico di medicina generale che vede, proprio nella sua capillarità territoriale, la propria forza e la propria missione.

Ci sia consentito un ulteriore pensiero, che nelle Case di Comunità trovino la loro naturale collocazione e sbocco professionale i medici specialisti in medicina di comunità e cure primarie, nonché quei medici di medicina generale che lo desiderano tenuto conto, però, che una eventuale specializzazione non può e non deve essere considerata una condizione preferenziale, a meno che non si voglia considerare che qualunque possa essere la specializzazione posseduta e non esercitata per anni non può che essere unicamente un titolo accademico e null'altro.

Essenziale, poi, è un rilancio dell'attrattività verso la Medicina Generale che oltre ad un ritorno alla clinica, non può prescindere dall'istituzione di una vera Scuola di Specializzazione in Medicina Generale/di Famiglia. Per ultimo siamo contrari ad un'estensione della assistenza pediatrica sino ai 18 anni di età. Ciò, naturalmente, non per entrare in contrasto con i colleghi pediatri ma semplicemente perché, ad oggi, la salute dell'adolescente di 16-18 anni con le sue complessità derivate, non solo da patologie tipiche delle prime fasi dell'età evolutiva, ma anche e soprattutto da dinamiche sociali e dagli stessi stili di vita, non può essere più considerato nella sfera pediatrica. Come sempre l'ASSIMEFAC mette a disposizione le proprie competenze per una fattiva collaborazione istituzionale.

Ufficio Stampa