

Medicina generale. Le proposte Snamì per l'atto di indirizzo 2026

Chiesta una revisione complessiva del contratto, per adattarsi ai nuovi bisogni della società e dei professionisti. Un passaggio ritenuto indispensabile anche alla luce delle nuove strutture territoriali previste dal Pnrr, per le quali il sindacato si dice disponibile, ma a patto di una riorganizzazione coerente.

26 Marzo 2026

La medicina generale come pilastro del Servizio sanitario nazionale, ma anche come anello sempre più fragile di una catena sotto pressione.

Parte da questo presupposto il messaggio che lo Snamì vuole lanciare con un documento programmatico che, in vista dell'atto di indirizzo 2026, punta a riformare profondamente il modello organizzativo e contrattuale dei medici di famiglia, adeguandolo alle trasformazioni sociali, demografiche e professionali in atto.

Ruolo unico, volontarietà e medicina dei servizi

Per lo Snamì attualmente il ruolo unico di assistenza primaria "non è applicabile per le note carenze di medici e in futuro, risolte le carenze, cagionerà forme di 'clientelismo' e di 'inappropriatezza prescrittiva' per non incorrere in ore di debito orario".

Si propone di ribadire il principio della adesione volontaria al ruolo unico, prevedendo contestualmente la possibilità per i medici di medicina generale di svolgere attività oraria convenzionale mediante uno specifico contratto di medicina dei servizi a 24 e a 38 ore settimanali per venire incontro alle esigenze attuali di flessibilità e con una chiara distinzione dall'attività a ciclo di scelta.

Prevenzione, cronicità e medicina di iniziativa

Per lo Snamì "la riduzione impropria del carico assistenziale non può essere ricondotta esclusivamente alla gestione dei cosiddetti "codici bianchi", ma richiede una presa in carico proattiva, orientata alla prevenzione primaria e secondaria, alla diagnosi precoce e al contenimento delle complicanze delle patologie croniche, ruolo che trova nel medico di medicina generale il suo perno naturale".

Attività oraria notturna presso Case della Comunità e sedi di Continuità Assistenziale

In considerazione della progressiva estensione delle funzioni territoriali, si propone di valutare un orientamento volto a limitare al minimo l'attività oraria notturna svolta dai medici del ruolo unico di assistenza primaria implementando l'attività diurna in cui rispondere alle prestazioni non differibili qualora il MMG titolare non sia immediatamente disponibile.

Attività formativa

Si propone di rafforzare, in sede di contrattazione nazionale, il ruolo della formazione continua, strutturata e integrata, quale elemento qualificante dell'attività convenzionale.

Autolimitazione dell'attività a ciclo di scelta

Si richiede di ripristinare la flessibilità legata alla possibilità di limitare il proprio massimale con particolare attenzione alla genitorialità e alla disabilità.

Organizzazione degli studi e obblighi orari

"Al fine di agevolare una più efficiente organizzazione delle AFT e garantire una copertura diurna realmente funzionale degli ambulatori", si propone di "rivedere e alleggerire le regole sugli obblighi di apertura mattutina e pomeridiana degli studi, consentendo una maggiore flessibilità organizzativa a livello di aggregazione funzionale, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e della continuità del servizio".

<https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/medicina-generale-le-proposte-snamiper-atto-di-indirizzo-2026/>

DOC. >>> <https://storagehub.homnya.net/cmsimage/2026/03/documento-snamiper-atto-di-indirizzo-2026.pdf>

Documento SNAMI per atto di indirizzo 2026

La medicina generale costituisce il primo presidio di tutela della salute dei cittadini e uno dei cardini su cui si fonda l'equilibrio del Servizio Sanitario Nazionale. È nel rapporto quotidiano tra medico di famiglia e paziente che si realizza la presa in carico delle cronicità, la prevenzione, l'orientamento nei percorsi di cura e la garanzia di prossimità dell'assistenza. Proprio per questo motivo, la tenuta della medicina generale non rappresenta solo una questione organizzativa o professionale, ma un tema strategico di politica sanitaria e di sostenibilità dell'intero sistema.

Oggi questo modello è però attraversato da una crisi strutturale sempre più evidente. Alla progressiva carenza di medici di medicina generale, dovuta al pensionamento di intere generazioni di professionisti e alla ridotta attrattività della disciplina per i giovani medici, si affianca una trasformazione profonda della professione stessa e della società in cui essa opera. Modelli organizzativi e contrattuali concepiti in un contesto storico, sociale e demografico profondamente diverso non appaiono più adeguati a rispondere alle esigenze attuali del sistema sanitario e dei professionisti che vi operano.

Tra i cambiamenti più significativi vi è anche la crescente presenza femminile nella professione medica. Le nuove generazioni di medici sono oggi prevalentemente costituite da donne, e anche nella medicina generale questa tendenza è ormai evidente e destinata ad accentuarsi nei prossimi anni. Tuttavia, l'attuale assetto organizzativo della medicina generale continua a essere costruito su modelli di lavoro che presuppongono una disponibilità professionale totale e continuativa, difficilmente conciliabile con le esigenze di equilibrio tra vita lavorativa e vita familiare.

L'assenza di strumenti contrattuali realmente capaci di favorire la conciliazione tra attività professionale, maternità e responsabilità familiari rappresenta oggi uno dei principali fattori di criticità del sistema. Non si tratta soltanto di una questione di equità o di tutela professionale, ma di una condizione che incide direttamente sull'attrattività della medicina generale per le nuove generazioni e, di conseguenza, sulla capacità del Servizio Sanitario Nazionale di garantire nel futuro la presenza capillare del medico di famiglia sul territorio.

Per queste ragioni appare ormai indispensabile avviare una riflessione politica e istituzionale sulla necessità di aggiornare il modello contrattuale della medicina generale, adeguandolo alle trasformazioni sociali, demografiche e professionali in atto. A questo si aggiunge la necessità del governo di dover rendere funzionali le case di comunità: la medicina generale è disponibile a partecipare alla realizzazione delle stesse, ma è necessario organizzare quanto sopra descritto.

La presente proposta di modifica contrattuale intende offrire ai decisori politici un contributo concreto in questa direzione, con l'obiettivo di costruire un sistema di cure territoriali più sostenibile, moderno e capace di valorizzare pienamente il ruolo della medicina generale nel quadro del Servizio Sanitario Nazionale.

Ruolo unico, volontarietà e medicina dei servizi

Attualmente il ruolo unico di assistenza primaria non è applicabile per le note carenze di medici e in futuro, risolte le carenze, cagionerà forme di “clientelismo” e di “inappropriatezza prescrittiva” per non incorrere in ore di debito orario.

Si propone di ribadire, in sede di contrattazione nazionale, il principio della adesione volontaria al ruolo unico, prevedendo contestualmente la possibilità per i medici di medicina generale di svolgere attività oraria convenzionale mediante uno specifico contratto di medicina dei servizi a 24 e a 38 ore settimanali per venire incontro alle esigenze attuali di flessibilità e con una chiara distinzione dall'attività a ciclo di scelta.

Tale impostazione consentirebbe:

- una maggiore flessibilità organizzativa per le Aziende sanitarie;
- una più corretta valorizzazione delle diverse modalità di esercizio professionale;
- il rispetto dell'autonomia professionale del medico, evitando forzature ordinamentali non coerenti con la natura convenzionale del rapporto.

Prevenzione, cronicità e medicina di iniziativa

Si ritiene necessario introdurre vincoli più stringenti per le Aziende sanitarie nell'applicazione delle norme e di quanto previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali in materia di prevenzione, gestione della cronicità e medicina di iniziativa, assicurandone una piena e uniforme attuazione.

In tale ambito, si evidenzia come l'utilizzo delle ingenti risorse del PNRR per il mero potenziamento di modelli distrettuali tradizionali, incentrati prevalentemente sulla gestione specialistica della cronicità, rischia di tradursi in un inefficace impiego di risorse pubbliche, non coerente con le evidenze organizzative e cliniche.

La riduzione impropria del carico assistenziale non può essere ricondotta esclusivamente alla gestione dei cosiddetti “codici bianchi”, ma richiede una presa in carico proattiva, orientata alla prevenzione primaria e secondaria, alla diagnosi precoce e al contenimento delle complicanze delle patologie croniche, ruolo che trova nel medico di medicina generale il suo perno naturale.

Un modello di CdC in cui svolgere diagnosi precoce, prevenzione dell'evoluzione delle cronicità e la gestione della stessa in singole giornate programmate in cui l'assistito esegue tutto il necessario, risulta professionalizzante per i medici permettendo di risparmiare molto tempo rispetto alle attuali molteplici rivalutazioni.

Attività oraria notturna presso Case della Comunità e sedi di Continuità Assistenziale

In considerazione della progressiva estensione delle funzioni territoriali, si propone di valutare un orientamento volto a limitare al minimo l'attività oraria notturna svolta dai medici

del ruolo unico di assistenza primaria implementando l'attività diurna in cui rispondere alle prestazioni non differibili qualora il MMG titolare non sia immediatamente disponibile.

Tale presa in carico viene riconosciuta esclusivamente verso gli assistiti di età superiore a 14 anni, in coerenza:

- con la platea assistibile nel ruolo unico di assistenza primaria;
- con la ripartizione di competenze verso l'ambito pediatrico;
- con l'assetto multiprofessionale delineato dal DM 77/2022.

Attività formativa

Si propone di rafforzare, in sede di contrattazione nazionale, il ruolo della formazione continua, strutturata e integrata, quale elemento qualificante dell'attività convenzionale, prevedendo:

- un maggiore raccordo tra formazione, AFT e Case della Comunità;
- il riconoscimento e l'incentivazione dell'attività formativa come parte integrante dei percorsi di sviluppo professionale;
- modelli formativi coerenti con la medicina di iniziativa, la gestione della complessità e l'innovazione organizzativa.

Autolimitazione dell'attività a ciclo di scelta

Si richiede di ripristinare la flessibilità legata alla possibilità di limitare il proprio massimale con particolare attenzione alla genitorialità e alla disabilità. Tale misura contrasta l'abbandono dell'attività convenzionale e l'aggravamento delle carenze di medici con una migliore gestione delle limitazioni all'interno dell'AFT.

Organizzazione degli studi e obblighi orari

Al fine di agevolare una più efficiente organizzazione delle AFT e garantire una copertura diurna realmente funzionale degli ambulatori, si propone di rivedere e alleggerire le regole sugli obblighi di apertura mattutina e pomeridiana degli studi, consentendo una maggiore flessibilità organizzativa a livello di aggregazione funzionale, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e della continuità del servizio.

Le proposte sopra esposte non incidono sui saldi programmati e non comportano un ampliamento del perimetro delle risorse economiche vigenti; esse si configurano quali indirizzi strategici e ordinamentali finalizzati a orientare la contrattazione nazionale verso modelli territoriali realmente efficaci, sostenibili e coerenti con gli obiettivi di salute pubblica.

Cordiali saluti

Presidente Nazionale SNAMI

Dott. Angelo Testa

(firmato in originale)