

Un grido di aiuto dalla Medicina Generale (e dalla Sanità tutta)

A cry for help from General Medicine
(and from the whole Healthcare)

Gianmarco Rea¹, Luca Maschietto²

¹ SIMG segretario regione Lazio, ² SIMG segretario regione Friuli Venezia Giulia

a chi ha responsabilità politiche nelle scelte sanitarie,

*a chi progetta il futuro
dell'assistenza sanitaria ai cittadini,*

*a chi crede in un sistema sanitario universalistico,
gratuito ed accessibile a tutti,*

a chi ogni giorno si affida al proprio medico,

*e a chi in questo sistema continua a credere
e a lavorare perché possa rimanere sostenibile e umano*

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Un grido di aiuto dalla Medicina Generale (e dalla Sanità tutta)
Rivista SIMG 2026;
33 (01):52-53.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Chiedete ad un medico di famiglia se il suo lavoro sia diventato più complesso nel tempo e molto probabilmente riceverete una risposta affermativa. Non passa giorno che non si parli di tematiche sanitarie nei sistemi governativi occidentali, ma non più tanto per gli ambiti di ricerca scientifica e le nuove evidenze che riusciamo ad ottenere, quanto piuttosto per come rendere sostenibili gli alti livelli di aspettativa di vita raggiunti e gli elevati standard delle cure che i nostri Paesi si aspettano di poter erogare. O meglio, se ne parla quando si vuole realmente affrontare l'argomento e provare a ragionare su ipotesi strutturali di riforma, materia politicamente scomoda ed economicamente onerosa, difficile da sostenere nei bilanci pubblici.

Perché, se volessimo continuare a perseguire i dettami – per alcuni utopistici, per noi fondanti – della nostra Costituzione, dovremmo mettere in conto nei prossimi vent'anni almeno un 4% aggiuntivo di PIL da destinare alla sanità, sottraendolo ad altre voci di spesa oggi considerate prioritarie in un clima di crescente incertezza geopolitica.

Dall'altra parte, anche mantenendo una politica di semplice "business as usual", non è affatto scontato che i cittadini continuino a considerare soddisfacenti

te l'offerta sanitaria: anzi, è già evidente che la stagnazione equivale al declino. Le evidenze di questi anni suggeriscono chiaramente che non possiamo continuare a subire i cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali senza un vero progetto di riforma del sistema sanitario.

E questo progetto non può essere solo edilizio o tecnologico – case di comunità, ospedali di comunità, telemedicina, telemonitoraggio – né può esaurirsi nella spesa dei fondi del PNRR. Serve una riforma che metta al centro anche le persone che fanno funzionare il sistema. Perché se un servizio sanitario a così basso costo sul PIL, e con risultati ancora competitivi, continua a reggere, lo si deve soprattutto ai professionisti che vi operano, spesso oltre i limiti della sostenibilità personale e professionale, lottando ogni giorno per stipendi adeguati, diritti e condizioni di lavoro dignitose.

Questo incipit serve a inquadrare il contesto in cui Italia ed Europa sono chiamate a scelte coraggiose – e per comprendere il grido d'aiuto che ci arriva dal Regno Unito sulle pagine del BMJ1, che abbiamo voluto intercettare e discutere anche nel nostro contesto italiano.

Negli ultimi anni la Medicina Generale è cambiata profondamente. Quello che un tempo era un ruolo di filtro, orientamento, primo accesso e continuità delle cure si è trasformato in un presidio che assorbe una complessità clinica, organizzativa e umana sempre maggiore. Non per scelta, ma per necessità di sistema. La parola che si ripete, nel lavoro del medico di famiglia, ovunque egli operi, è complessità: complesso il contesto organizzativo, complessa la presa in carico del paziente, complesso il quadro epidemiologico delle nostre società.

Nell'articolo del BMJ vengono elencate sette ragioni per cui le cure primarie stanno diventando più complesse: la pratica clinica è più difficile, il personale diminuisce e invecchia, la domanda cresce.

In sintesi:

- le condizioni dei pazienti sono più gravi
- le linee guida aumentano
- i programmi di prevenzione proliferano
- le liste d'attesa si allungano
- le complicanze si accumulano
- le dimissioni ospedaliere sono più precoci
- i ruoli non medici aumentano

A questi, nel contesto italiano, vanno aggiunti:

- il rapporto irrisolto tra SSN e sanità integrativa
- la pressione comunicativa dei social
- l'aspettativa di risposta immediata
- l'ingresso dell'intelligenza artificiale nei processi decisionali

Tutto questo fa sì che la medicina generale non sia più una medicina "semplice", ma il

luogo in cui tutta la complessità del sistema sanitario si concentra.

Nel Regno Unito, la percentuale di pazienti con due o più patologie gravi è passata dal 23% al 32% in 14 anni. I pazienti "senza patologie" sono diminuiti. Anche i giovani sono sempre più malati, con un aumento dei tumori nei 25-49enni.

La prevenzione, giustamente, viene spinta, ma ciò significa moltiplicare le richieste verso i MMG, spesso senza un parallelo aumento di risorse. Le liste d'attesa trasformano i medici di famiglia in gestori prolungati di patologie specialistiche, con aumento del rischio clinico e della responsabilità professionale. A questo si aggiungono dimissioni ospedaliere sempre più precoci, con pazienti ancora instabili scaricati sul territorio, senza reti di supporto assistenziali sufficienti.

Come uscirne?

Una proposta è estendere le visite a 15 minuti. Ma ciò comporta meno appuntamenti o più ore di lavoro. Aumentare il numero dei medici sarebbe la soluzione, ma la Medicina Generale oggi non è più attrattiva.

Il vero nodo è il modello contrattuale: oggi non consente di prendersi davvero carico della complessità. Il medico è costretto a scegliere tra qualità e quantità, tra clinica e agenda. E in questo conflitto si consumano sia i professionisti che i pazienti. Cambiare è possibile. Ma bisogna iniziare ascoltando chi lavora nel sistema, e non solo chi lo amministra.

Bibliografia

1. Best J. Seven reasons why GP consultations are getting more complex. *BMJ*. 2025;391:r1829.