



SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI
DI MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

POSIZIONE SIMG

Riordino dell'assistenza primaria: *un metodo prima delle scelte*

*Per un confronto fondato su dati di efficienza, evidenze comparative
e tutela della prossimità diffusa*

Documento di posizione

Roma — Firenze, 8 maggio 2026

Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie



Indice

Executive summary	3
1. Inquadramento del momento.....	5
2. Premessa: chi siamo, perché parliamo	6
3. Il limite delle soluzioni non strutturali	7
4. Quattro elementi non controversi	8
5. Le cinque domande di metodo.....	9
6. La tutela della capillarità e dell'alta intensità territoriale	11
7. Cosa la SIMG non chiede	12
8. Cosa la SIMG propone.....	13
9. La posta in gioco	14
Riferimenti documentali	15



Executive summary

Il momento. Il decreto Schillaci sul riordino della medicina generale è atteso al Consiglio dei Ministri entro maggio 2026. Il dibattito si è polarizzato attorno alla formula retorica «riforme per i cittadini contro interessi corporativi», una contrapposizione che la SIMG ritiene non descriva il problema reale. Una riforma che modifichi le fondamenta del SSN italiano senza un confronto preliminare sui dati di efficienza meriterebbe, prima di essere adottata, un supplemento di analisi e di valutazione di gradimento da parte dei sanitari e delle associazioni dei pazienti.

L'efficienza del SSN italiano. Il SSN italiano è uno dei più efficienti al mondo nel rapporto tra risorse impiegate e salute prodotta. L'Italia produce 16,2 anni di aspettativa di vita per ogni 1.000 dollari pro-capite investiti, contro 8,7 della Germania e 5,3 degli Stati Uniti. La Germania spende l'81% in più dell'Italia e ottiene 2,4 anni di vita in meno. **La capillarità e l'alta intensità territoriale della medicina generale costituiscono determinanti cruciali di efficienza ed efficacia clinica del sistema.** Modificare quell'architettura senza analizzarne il peso è un rischio sistemico documentabile ma non ponderabile a priori.

Le cinque domande di metodo. La SIMG propone cinque ambiti tecnici di approfondimento prima dell'adozione del provvedimento: (1) confronto comparativo internazionale; (2) fondamento causale della scelta sulla forma giuridica; (3) scenari economici quantitativi; (4) indicatori di esito clinico-organizzativo; (5) verifica di operatività delle Case della Comunità.

Le sei proposte concrete. Scansione temporale realistica; pubblicazione della documentazione tecnica; tavolo tecnico sui dati di efficienza prima dell'adozione; tavolo permanente con tutti gli attori; sperimentazione controllata; garanzia esplicita di tutela della capillarità e dell'alta intensità territoriale.

La disponibilità operativa. Il Laboratorio LEDECS Mg Lab mette a disposizione del decisore pubblico i propri strumenti analitici. Il confronto sui dati che questa posizione auspica non è una richiesta astratta: è una proposta di lavoro.

La SIMG propone al Governo, al Parlamento e alle Regioni un confronto su metodo, dati, evidenze e risultati.

Integrare prima di obbligare. Sperimentare prima di generalizzare. Finanziare prima di richiedere. Riconoscere prima di riorganizzare. Misurare gli esiti prima delle ore. Analizzare e dimostrare con i dati prima di scegliere le forme giuridiche.



1. Inquadramento del momento

8 maggio 2026

Il dibattito sul riordino dell'assistenza primaria si trova oggi in una fase critica. Le ultime ventiquattro ore hanno mostrato un quadro istituzionale e politico che richiede una presa di posizione di metodo.

Il Ministro della Salute Schillaci ha replicato alle critiche convergenti ribadendo l'urgenza del provvedimento — atteso al Consiglio dei Ministri entro maggio — e contrapponendo le «riforme per i cittadini» agli «interessi corporativi». Qualcuno, all'interno del Governo, ha definito la proposta «soluzioni pasticciate e burocratiche», mentre dalla Basilicata emergono richieste esplicite di revisione dell'impianto, in particolare sulla tenuta della prossimità nei piccoli comuni e nelle aree interne. Sul versante professionale e istituzionale si registrano posizioni critiche convergenti che riguardano principalmente il metodo di elaborazione del provvedimento.

In questo contesto la SIMG, che il 27 aprile ha già espresso una valutazione articolata attraverso il Presidente Rossi e il Presidente Emerito Cricelli, ritiene necessario precisare il proprio contributo. Non come controproposta corporativa — accusa che il dibattito politico sta usando in modo improprio per delegittimare ogni voce critica — ma come **richiesta di metodo, di evidenze e di tutela della prossimità diffusa**.

La SIMG osserva, con la sobrietà che le compete, che la dicotomia retorica «cittadini contro corporazioni» non descrive il problema reale. I cittadini italiani sono già oggi i beneficiari di uno dei sistemi sanitari più efficienti al mondo nel rapporto tra risorse impiegate e salute prodotta. Una riforma che modifichi le fondamenta di quel sistema senza un confronto sui dati di efficienza meriterebbe, prima di essere adottata, un supplemento di analisi.



2. Premessa: chi siamo, perché parliamo

La SIMG non rappresenta una categoria contrattuale né un interesse sindacale. È una società scientifica delle cure primarie, fondata nel 1982, che da oltre quarant'anni produce ricerca, formazione, dati e analisi sulla medicina generale italiana, sulla cronicità, sulla demografia clinica e sull'organizzazione del territorio.

A supporto del presente documento, la SIMG si avvale delle elaborazioni del **Laboratorio LEDECS Mg Lab (Laboratorio di Demografia Clinica Economica e Sociale)** — struttura di analisi indipendente fondata e diretta scientificamente dal prof. Claudio Cricelli, che produce proiezioni demografiche, scenari epidemiologici e valutazioni di impatto sulle cure primarie italiane, con elaborazioni regionali per le ventuno entità territoriali sull'orizzonte 2025-2070. Il LEDECS Mg Lab ha recentemente prodotto un *Promemoria tecnico indipendente sul riordino dell'assistenza primaria territoriale* (aprile 2026) che costituisce parte della base documentale del presente intervento.

Il nostro contributo al dibattito attuale non riguarda la difesa di una forma giuridica del rapporto di lavoro. Riguarda la **qualità del metodo decisionale** con cui si stanno costruendo scelte destinate a incidere sulla salute di sessanta milioni di cittadini per i prossimi venti-trent'anni.

Questo è il punto in discussione oggi: non *cosa* riformare, ma *come* — e su quali evidenze.



3. Il limite delle soluzioni non strutturali

Il dibattito politico delle ultime quarantotto ore ha mostrato un rischio specifico, che la SIMG ritiene utile nominare con chiarezza.

Le proposte emerse di mantenere la convenzione attuale aggiungendovi semplicemente «alcune ore settimanali nelle Case della Comunità» configurano una **soluzione non strutturale**. Riducono un problema sistemico (organizzazione del territorio, demografia medica, integrazione multiprofessionale, governance clinica, sostenibilità del modello) a una negoziazione oraria.

Una soluzione non strutturale non è necessariamente sbagliata in sé: può essere utile come tampone transitorio. Ma non risolve nessuna delle questioni di fondo. Lascia inalterata l'incompiutezza delle Case della Comunità. Non affronta la carenza strutturale di medici di medicina generale. Non costruisce équipe multiprofessionali. Non definisce indicatori di esito. Non risolve il disallineamento tra le tre riforme in corso. Non eleva la qualità dell'assistenza.

La SIMG ritiene che il dibattito non possa essere ridotto a una contesa tra **due scorciatoie** tra loro abbinate: da un lato l'imposizione dall'alto di un modello non testato e non quantificato; dall'altro la difesa dello *status quo* con qualche ora aggiuntiva di presenza. Entrambe le scorciatoie eludono la domanda vera, che è strutturale.

L'efficienza italiana non è un prodotto casuale. È il risultato sistemico di un'architettura nella quale la **capillarità e l'alta intensità territoriale della medicina generale costituiscono determinanti cruciali di efficienza ed efficacia clinica del sistema**.

Una riforma strutturale del Servizio Sanitario Nazionale italiano dovrebbe poter dimostrare di non danneggiare il fattore che oggi rende il sistema efficiente: la capillarità della medicina generale, la continuità del rapporto fiduciario, la capacità di presa in carico nel tempo, il presidio diffuso del territorio.



4. Quattro elementi non controversi

Il dibattito è oggi reso opaco dalla rapidità delle posizioni. È utile fissare alcuni punti che non dovrebbero essere oggetto di discussione:

Primo. L'assistenza territoriale italiana è in difficoltà strutturale. I dati pubblici indicano una riduzione di circa 5.200 medici di medicina generale tra il 2019 e il 2025, una carenza nazionale stimata in oltre 5.700 unità, oltre 8.000 pensionamenti attesi nei prossimi tre anni, una media nazionale di 1.383 assistiti per medico (punte diffuse fino a 2000 assistiti in carico) contro un livello ottimale di 1.200.

Secondo. Le Case della Comunità sono in larga misura non operative. Il monitoraggio Agenas indica al 31 dicembre 2025 circa 781 strutture con almeno un servizio attivo e 66 strutture pienamente operative, su 1.715 programmate dal PNRR — un tasso di piena conformità inferiore al 4%.

Terzo. Tre cantieri normativi convergono sullo stesso terreno senza coordinamento esplicito: il riordino della medicina generale, la delega SSN, la delega professioni sanitarie. La loro interazione produce sovrapposizioni che richiedono governance unitaria.

Quarto — e decisivo. Il SSN italiano, pur con tutti i suoi problemi, è uno dei più efficienti al mondo nel rapporto tra risorse impiegate e salute prodotta. Su questo punto la SIMG suggerisce al dibattito politico una pausa di riflessione, perché è da qui che si misura la portata di qualunque riforma.



5. Le cinque domande di metodo

La SIMG propone al Governo, al Parlamento e alle Regioni **un confronto su metodo, dati, evidenze e risultati**. Da questo principio discendono cinque ambiti di approfondimento tecnico che dovrebbero precedere l'adozione del provvedimento.

5.1 Il confronto comparativo internazionale

Il decreto Schillaci e i suoi documenti accompagnatori non contengono — per quanto è dato vedere — un'analisi sistematica comparativa che illustri perché il modello del doppio canale, e in particolare la specifica configurazione proposta, sia preferibile alle alternative europee disponibili, né come esso preservi il vantaggio competitivo del sistema italiano sull'efficienza.

Ambito da approfondire. Sarebbe utile disporre di una relazione tecnica comparata tra il modello proposto e almeno cinque sistemi europei di cure primarie, con valutazione di efficacia, costi, esiti di salute, attrattività professionale e — soprattutto — verifica che il modello proposto preservi o migliori il posizionamento italiano sulle metriche di efficienza standard internazionali.

5.2 Il fondamento causale della scelta sulla forma giuridica

Il decreto fonda una scelta strutturale — il passaggio anche parziale dalla convenzione alla dipendenza — sull'assunzione implicita che la forma giuridica del rapporto di lavoro sia un determinante causale dei risultati di salute e dell'organizzazione territoriale.

Questa assunzione meriterebbe di essere analizzata e dimostrata. La letteratura internazionale comparativa non offre evidenze univoche che la dipendenza pubblica produca esiti sanitari superiori alla convenzione capitolina. Anzi, alcuni dei sistemi più efficienti al mondo (Olanda, Italia, parte del Regno Unito) operano in regime convenzionale; altri sistemi a dipendenza pubblica mostrano efficienze inferiori.

Ambito da approfondire. È necessario analizzare e dimostrare, con dati comparativi rigorosi, che la scelta della forma giuridica proposta produca esiti misurabilmente superiori — su accesso, presa in carico, continuità, esiti clinici, sostenibilità economica — rispetto a una convenzione modernizzata. In assenza di tale dimostrazione, la scelta strutturale resterebbe priva di fondamento empirico.

5.3 Gli scenari economici quantitativi

La tariffa nazionale di 128 euro per assistito proposta nel dossier configura una nuova architettura remunerativa, ma non risulta ancora chiaro quale parte sia copertura di funzioni nuove e quale redistribuzione di voci esistenti, né quale sia il costo del canale dipendente, né quali siano le proiezioni di compatibilità con il quadro di finanza pubblica.

Ambito da approfondire. Sarebbe opportuno disporre di un allegato economico comparato che distingua almeno tre scenari (convenzione riformata, dipendenza selettiva, modello misto), con quantificazione di costi, coperture ed effetti redistributivi.

5.4 Gli indicatori di esito

Il dibattito si concentra oggi sulla forma giuridica del rapporto di lavoro e sul «debito organizzativo» misurato in ore. Ma le ore non sono un indicatore di salute. La domanda clinicamente rilevante è: questa



riforma produrrà miglioramento misurabile in termini di accesso, presa in carico della cronicità, riduzione dei ricoveri evitabili, riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, aderenza terapeutica, continuità delle cure, abbattimento delle liste d'attesa, integrazione tra settori assistenziali?

Ambito da approfondire. È necessario definire preventivamente un set nazionale di indicatori di esito clinico e organizzativo, con valori di partenza, valori obiettivo, scadenze, responsabilità di rilevazione e modalità di pubblicazione dei risultati.

5.5 La verifica di operatività delle strutture

Il decreto attribuisce alle Case della Comunità funzioni strutturate, ore programmate, presa in carico, integrazione multiprofessionale. Ma il monitoraggio Agenas mostra che meno del 4% delle strutture programmate è pienamente operativo. Ad oggi non è dato sapere chi coordinerà l'organizzazione e chi verificherà il corretto funzionamento, né se qualcuno è stato formato ad hoc per queste funzioni. Imporre obblighi su strutture non funzionanti rischierebbe di imputare la responsabilità di un eventuale fallimento organizzativo ai professionisti.

Ambito da approfondire. Sarebbe utile definire requisiti minimi nazionali certificati e subordinare l'esigibilità degli obblighi alla verifica documentata di tali requisiti.



6. La tutela della capillarità e dell'alta intensità territoriale

Un principio non negoziabile

La SIMG individua un principio non derogabile su cui propone una garanzia esplicita.

Il valore aggiunto del SSN italiano — quello che le evidenze comparative documentano come fattore di efficienza superiore — è la **capillarità diffusa e l'alta intensità territoriale dell'erogazione di salute di prossimità**. Decine di migliaia di studi medici distribuiti capillarmente sul territorio nazionale, dalla periferia urbana all'area interna, dal piccolo comune montano alla grande città, costituiscono un'infrastruttura clinica e relazionale ad alta intensità di prossimità di cui pochi sistemi sanitari al mondo dispongono. Questa intensità territoriale è ciò che le metriche internazionali registrano come determinante cruciale di efficienza ed efficacia clinica.

Questa capillarità è oggi a rischio, non per ragioni teoriche ma per ragioni demografiche e organizzative concrete: pensionamenti, scarsa attrattività, carenza di nuovi ingressi, frammentazione dei servizi, difficoltà logistica di accesso per molti utenti (anziani). Una riforma può rafforzarla o può, all'opposto, accelerarne il declino concentrando l'attività in un numero limitato di strutture fisiche e svuotando progressivamente la rete diffusa.

La SIMG auspica che qualunque soluzione professionale e organizzativa adottata dal legislatore **preveda esplicitamente la salvaguardia della capillarità e dell'alta intensità territoriale della medicina di prossimità** come componenti strutturali e non sostituibili del SSN. Le Case della Comunità possono essere nodi di una rete; non possono essere il sostituto della rete.

In termini operativi questo significa:

- **Una soluzione professionale, non una soluzione di forma giuridica.** Il problema non è se il medico sia convenzionato o dipendente; è se il sistema sappia attrarre, formare, sostenere e trattenere medici di medicina generale capaci di operare in modo capillare sul territorio. Ogni scelta strutturale dovrebbe essere valutata su questo criterio.
- **Una soluzione che tuteli il rapporto fiduciario.** Il rapporto medico-paziente continuativo è documentato dalla letteratura come uno dei principali predittori di *outcome* di salute, aderenza terapeutica, riduzione dei ricoveri evitabili. È l'asset principale del SSN ed è gradito ai pazienti. Va difeso come tale.
- **Una soluzione che sostenga i piccoli comuni e le aree interne.** Una riforma che producesse concentrazione urbana e svuotamento delle aree fragili sarebbe, nei fatti, una riforma anti-redistributiva. Le preoccupazioni espresse dalla Basilicata sulle aree interne non costituiscono un caso regionale isolato: sono il sintomo di un problema strutturale che riguarda l'intera dorsale appenninica, le isole, le aree montane. Su questo la verifica dovrebbe essere quantitativa e regionale, non retorica.



7. Cosa la SIMG non chiede

Per chiarezza del confronto, è utile precisare cosa questa posizione **non** è.

- Non è una difesa dello *status quo*. La SIMG ha pubblicamente riconosciuto da anni che la medicina generale italiana ha bisogno di una riforma profonda.
- Non è una contrarietà al rafforzamento del territorio. La SIMG sostiene da decenni la centralità delle cure primarie nel sistema sanitario.
- Non è una contrarietà alle Case della Comunità. La SIMG ne sostiene il modello a condizione che siano realmente strutture cliniche di presa in carico — non contenitori amministrativi di obblighi orari.
- Non è una contrarietà alla scuola di specializzazione universitaria. La SIMG ha sostenuto questa prospettiva da oltre vent'anni, a condizione che la nuova specializzazione abbia base territoriale forte e non sia ospedalocentrica.
- Non è una contrarietà al canale dipendente in sé. Configurazioni miste possono avere senso per funzioni territoriali specifiche, purché siano selettive e condivise, volontarie reali, finanziate e — soprattutto — supportate da evidenze.

Non è infine, lo si ribadisce, una richiesta di soluzione minima. Non basta aggiungere ore al modello attuale. Serve una soluzione strutturale, ma fondata.



8. Cosa la SIMG propone

Sei proposte concrete:

1. **Una scansione temporale realistica.** 90 giorni per la ricognizione nazionale, 180 giorni per la definizione tecnica, 12 mesi per le sperimentazioni, 24 mesi per la prima valutazione, estensione progressiva successiva.
2. **La pubblicazione della documentazione tecnica.** Relazione comparativa internazionale con metriche di efficienza standard, allegato economico per scenari, set di indicatori di esito, requisiti minimi delle Case della Comunità.
3. **Un confronto formale sui dati di efficienza.** Apertura di un tavolo tecnico in cui le scelte strutturali siano discusse a partire dalle evidenze comparative OCSE, con l'obiettivo di verificare che il modello proposto preservi o migliori il posizionamento italiano sull'efficienza prima — e non dopo — l'adozione del provvedimento.
4. **Un tavolo permanente** con tutti gli attori istituzionali e professionali, con regole di trasparenza, calendario di lavoro, pubblicazione degli atti.
5. **Sperimentazione controllata** in territori rappresentativi prima di qualunque generalizzazione.
6. **Una garanzia esplicita di tutela della capillarità e dell'alta intensità territoriale** della medicina di prossimità come componenti strutturali del SSN, con clausola di salvaguardia per piccoli comuni, aree interne e zone montane.



9. La posta in gioco

Nessuna delle questioni discusse in questo documento è marginale. Ciò che è in discussione non è una norma tecnica sulla forma contrattuale di una categoria professionale: è l'architettura che ha reso il SSN italiano uno dei più efficienti del mondo nel rapporto tra risorse e salute prodotta.

Quell'architettura è il prodotto di scelte stratificate nei decenni: la registrazione fiduciaria dell'assistito al proprio medico, il controllo dei percorsi di cura, la presa in carico nel tempo, la capillarità degli studi sul territorio, la continuità relazionale tra medico e paziente. Ognuno di questi elementi contribuisce a un risultato sistemico che le metriche internazionali registrano come superiore.

Una riforma può modificare ognuno di questi elementi. Ma dovrebbe farlo conoscendone il peso, prevedendone gli effetti, misurandone le conseguenze. Le riforme rapide costruite senza questa consapevolezza tecnica producono, nella migliore delle ipotesi, adempimenti formali; nella peggiore, danni irreversibili a sistemi che funzionavano con conseguente rischio di risultati contrari (intasamento pronto soccorso, aumento liste d'attesa, aumento decessi). La storia recente del PNRR sanitario lo conferma: strutture costruite senza personale, sistemi informativi avviati senza interoperabilità, obiettivi quantitativi raggiunti senza esiti corrispondenti.

La SIMG non propone di rallentare. Propone di **decidere sapendo**. Il principio è semplice e può essere riassunto in un'unica formula:

Un confronto su metodo, dati, evidenze e risultati.

Tradotto in regole pratiche, questo principio si articola così:

Integrare prima di obbligare. Sperimentare prima di generalizzare. Finanziare prima di richiedere. Riconoscere prima di riorganizzare. Misurare gli esiti prima delle ore. Analizzare e dimostrare con i dati prima di scegliere le forme giuridiche.

Questo è il terreno comune che la SIMG propone al confronto. Non è il terreno di una parte politica né di una categoria professionale. È il terreno della qualità del SSN che vogliamo lasciare ai cittadini italiani dei prossimi decenni.

La medicina generale è pronta a fare la propria parte. Auspica che il sistema istituzionale possa accompagnare questa disponibilità con un metodo all'altezza della complessità del problema.



Riferimenti documentali

LEDECS Mg Lab (2026), *Promemoria tecnico indipendente sul riordino dell'assistenza primaria territoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta*, aprile 2026. Documento di riferimento per le elaborazioni demografiche, epidemiologiche, economiche e di scenario richiamate nel presente intervento.

Cricelli C., Grattagliano I., Serra F. (in pre-submission), *Rethinking Healthcare Sustainability: Efficiency-Adjusted International Comparison and a 'Third Way' Resource Integration Model for Italy*, manoscritto sottomesso a *Health Policy* (Elsevier).

Cricelli C., Grattagliano I. et al. (in preparazione), *Gatekeeping, Capitation, and Registration: Quantifying the General Practice Contribution to Healthcare Efficiency in 15 OECD Countries*.

Agenas (2025), *Monitoraggio dell'attuazione del DM 77/2022 — II semestre 2025*, Roma.

OECD (2025), *Health at a Glance 2025*, OECD Publishing, Paris.

WHO Global Health Observatory, *Healthcare Access and Quality Index*, Global Burden of Disease Study.