

Medici di famiglia. Ecco il testo della Riforma Schillaci. Arriva il doppio canale dipendenza-convenzione riformata, specializzazione universitaria e pediatra fino a 18 anni. Le novità

Luciano Fassari – 28/04/2026

Dopo lo schema presentato la scorsa settimana alle Regioni, arriva una prima bozza di articolato completo per il riordino della medicina generale. Arriva la convenzione riformata come modello ordinario e dipendenza selettiva per le funzioni nelle Case della Comunità. Previste l'istituzione immediata della Scuola di specializzazione universitaria e la salvaguardia degli obblighi contributivi Enpam. Per la pediatria viene proposta l'estensione dell'età di assistenza fino ai 18 anni. [IL TESTO](#)

La riforma della medicina generale entra nella fase dell'articolato. Dopo lo schema illustrato la scorsa settimana, arriva ora una prima bozza di testo, che *Quotidiano Sanità* è in grado di anticipare, completo del decreto-legge per il riordino dell'assistenza primaria territoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta. Non più soltanto linee programmatiche, dunque, ma una traccia normativa vera e propria, con articoli, tempi di attuazione, rinvii contrattuali, ruolo delle Regioni e disciplina transitoria.

Il testo si presenta ancora come "primo draft" da sottoporre al confronto con Regioni, enti territoriali, sindacati, associazioni dei pazienti e società civile. Ma la direzione è già chiara: rendere pienamente operative le Case della Comunità, trasformare la presenza dei medici di famiglia nelle strutture territoriali da attività accessoria a componente strutturale del sistema e aprire, accanto alla convenzione, un canale di dipendenza selettiva per le funzioni a maggiore intensità organizzativa.

La novità arriva in un clima già molto teso. Il primo schema di riforma è stato duramente contestato dalla Fimmg, il principale sindacato dei medici di famiglia, che lo ha definito un provvedimento "mai discusso con le categorie, inattuabile e pericoloso per i pazienti", chiedendo anche l'intervento della presidente del Consiglio Giorgia Meloni. Anche la Fnomceo ha bocciato la bozza presentata dal ministro Schillaci alle Regioni: il presidente Filippo Anelli l'ha definita una riforma "fatta senza i medici e senza i cittadini", "inefficace, inutile e dannosa". Sul fronte previdenziale, Enpam aveva già ribadito la propria "assoluta contrarietà" a un eventuale passaggio alla dipendenza dei medici di famiglia attuali e futuri, segnalando anche i rischi per la stabilità del sistema previdenziale della categoria. Nel testo però su questo punto si precisa che restano fermi gli obblighi di contribuzione all'ENPAM previsti dalla legislazione vigente.

Il cuore del testo: il doppio canale

Il perno dell'articolato è l'articolo 2, che introduce formalmente l'assetto a doppio canale dell'assistenza primaria. Da una parte la convenzione riformata, indicata come canale ordinario del sistema; dall'altra la dipendenza per le funzioni territoriali strutturate, definita come canale selettivo, programmato e non generalizzato.

Il testo precisa che la convenzione riformata dovrà continuare ad assicurare la scelta fiduciaria del cittadino e la capillarità territoriale della medicina generale e della pediatria di libera scelta. La dipendenza, invece, non dovrà tradursi in una trasformazione generalizzata dell'intera medicina generale, ma sarà attivata su base volontaria, nei limiti della programmazione regionale e dei contingentati individuati, con priorità per le Case della Comunità.

La prima parte del dossier spiega la ratio dell'intervento: secondo il documento, l'attuale assetto della medicina generale e della pediatria di libera scelta, pur oggetto di evoluzioni contrattuali e organizzative, non sarebbe più sufficiente a garantire in modo uniforme, programmabile ed esigibile il pieno funzionamento della rete territoriale, della continuità assistenziale, della prevenzione, della medicina di iniziativa e delle Case della Comunità. Inoltre, nel testo viene da subito istituita la specializzazione universitaria in medicina generale della durata di 4 anni. Inoltre, nella bozza si apre all'accreditamento e si prevede che "con legge dello Stato sono definiti i nuovi criteri di accreditamento di soggetti erogatori di prestazioni territoriali di assistenza primaria".

Convenzione riformata: resta il rapporto fiduciario, ma con nuovi obblighi

L'articolo 3 conferma la convenzione come canale ordinario, ma ne cambia profondamente il contenuto. Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta restano titolari del rapporto fiduciario con gli assistiti, ma vengono qualificati anche come soggetti tenuti ad adempiere una funzione territoriale di assistenza primaria inserita nella rete organizzata dei servizi.

La disciplina convenzionale nazionale dovrà assicurare almeno l'assistenza fiduciaria agli assistiti, la partecipazione effettiva alla rete territoriale, l'uso di sistemi informativi interoperabili, la presa in carico strutturata dei pazienti cronici e fragili, la partecipazione ad audit e monitoraggi, la collaborazione con infermieri, personale amministrativo, specialisti e servizi territoriali e una quota programmata di attività nelle Case della Comunità.

È questo uno dei punti politicamente più sensibili. La bozza non abolisce la convenzione, ma la ridisegna. Non più soltanto studio, assistiti e rapporto fiduciario, ma anche obblighi di rete, attività programmata e integrazione stabile con le strutture territoriali.

Pediatri fino a 18 anni e massimale unico

L'articolo 3 contiene anche una riforma rilevante per la pediatria di libera scelta. La bozza prevede che l'età di esclusiva per l'iscrizione al pediatra sia estesa dalla nascita fino al compimento del diciottesimo anno e che il limite massimo di assistiti sia identico per medici e pediatri.

Il documento tecnico-economico allegato spiega che al 1° gennaio 2025 risultavano iscritti ai 6.284 pediatri di libera scelta 5.763.534 assistiti, di cui 2.356.230 in età di esclusiva. Solo il 40% degli assistiti in carico ai pediatri rientrava quindi nell'età di esclusiva, quota destinata a diminuire per effetto del calo delle nascite.

L'innalzamento fino ai 18 anni, secondo il dossier, avrebbe l'effetto di ritardare l'iscrizione al medico del ruolo unico e rendere meno critico il ricambio generazionale della categoria, ma genererebbe anche un maggiore costo annuo stimato in 523,7 milioni di euro e la necessità di inserire circa 1.300 pediatri in più, secondo le regole attuali.

Case della Comunità: l'attività diventa strutturale

L'articolo 4 introduce il "debito organizzativo minimo nazionale", modulabile territorialmente in base alla programmazione regionale. Nel debito rientrano la partecipazione alla rete territoriale, la presenza organizzata nelle Case della Comunità, l'utilizzo dei sistemi informativi comuni, l'adesione ad audit e indicatori e l'integrazione con i percorsi di presa in carico multiprofessionale.

La formula utilizzata nel testo è netta: l'attività nelle Case della Comunità costituisce componente strutturale del nuovo modello di medicina generale e della pediatria di libera scelta, "e non mera attività incentivata". La quantificazione puntuale delle ore e dell'organizzazione viene rinviata all'Accordo collettivo nazionale e alla programmazione regionale.

Dipendenza selettiva per le funzioni più organizzate

L'articolo 5 istituisce il canale selettivo di dipendenza per l'assistenza primaria territoriale. L'obiettivo è garantire presenza strutturata nelle Case della Comunità, copertura oraria e turnazione, continuità assistenziale territoriale, lavoro di équipe multiprofessionale e presidio delle funzioni territoriali ad alta intensità organizzativa.

Il canale sarà prioritariamente utilizzabile per le Case della Comunità hub, per le spoke individuate dalla programmazione regionale, per le funzioni integrate con la continuità assistenziale e con i bisogni non differibili e per le attività di presa in carico strutturata e coordinamento territoriale.

La bozza insiste sul fatto che la dipendenza non riguarderà l'intera medicina generale, ma sarà definita per contingenti, fabbisogni, sedi e funzioni specifiche. Tuttavia, il passaggio non è neutro: è proprio il doppio canale, e in particolare il possibile ingresso nella dipendenza, il punto che ha alimentato la reazione più dura della Fimmg e dell'Ordine dei medici.

Assunzioni a tempo indeterminato e scelta dopo sei mesi tra dipendenza o convenzione riformata

L'articolo 6 disciplina la prima attuazione del canale dipendente. Nelle more della definizione organica dei titoli di accesso, delle equipollenze, delle equivalenze e del contratto dedicato, le aziende e gli enti del Ssn potranno assumere a tempo indeterminato, su base volontaria e nei limiti dei contingenti programmati, medici già operanti nella medicina generale in possesso di diploma di specializzazione e pediatri di libera scelta.

Le assunzioni saranno orientate prioritariamente alle Case della Comunità hub, alle spoke individuate dalle Regioni e alle funzioni territoriali ad alta intensità organizzativa. Le procedure selettive semplificate dovranno essere definite con decreto ministeriale entro sessanta giorni dalla conversione del decreto.

Ma il comma politicamente più delicato è quello finale: trascorsi sei mesi dall'approvazione della convenzione riformata, il medico e il pediatra convenzionati in possesso dei requisiti dovranno optare per il rapporto di dipendenza o per l'adesione alla nuova convenzione.

Remunerazione: verso una tariffa nazionale per assistito

La struttura della remunerazione della convenzione riformata dovrà articolarsi in quota base, quota presa in carico, quota prevenzione, quota organizzativa e tecnologica, quota Case della Comunità e quota risultato.

La parte tecnico-economica del dossier propone una tariffa nazionale per assistito per rendere più uniforme il servizio sul territorio. Il documento ricorda che nel 2023 la spesa complessiva per l'assistenza primaria è stata pari a 6,448 miliardi di euro per 57.027.792 assistiti, con una media di 91 euro annui per assistito dei medici del ruolo unico e 175 euro per assistito dei pediatri di libera scelta.

Considerando gli incrementi contrattuali e le risorse per le ore nelle Case della Comunità, il dossier stima una quota di riferimento pari a 128 euro annui per assistito. L'ipotesi tecnica prevede 40 euro per Lea e obblighi di legge, 24 euro per presa in carico, 24 euro per prevenzione e promozione della salute, 15 euro per supporto amministrativo/infermieristico e telemonitoraggio, 25 euro per sei ore settimanali nelle Case della Comunità per 48 settimane l'anno.

Riforma Schillaci della medicina territoriale

Ecco le principali novità della prima bozza del decreto



Regioni decisive nella programmazione

L'articolo 7 attribuisce alle Regioni e alle Province autonome un ruolo centrale. Saranno loro a programmare l'assistenza primaria territoriale, definendo il fabbisogno di attività nelle Case della Comunità, le priorità di attivazione del canale dipendente, i presidi e le funzioni da coprire, gli standard minimi organizzativi e informativi, la modulazione del debito organizzativo e i contingenti del canale dipendente.

La programmazione dovrà tenere conto della classificazione hub e spoke, della densità abitativa, delle aree interne o disagiate, della carenza assistenziale e degli indicatori di fragilità

territoriale. Alle aziende sanitarie spetterà poi adottare gli atti organizzativi per assegnare sedi e funzioni, organizzare turni, integrare la rete territoriale e monitorare attività e risultati.

Digitalizzazione, sburocratizzazione e supporto organizzativo

L'articolo 8 lega il nuovo modello a semplificazione amministrativa, interoperabilità dei sistemi, automatizzazione dei flussi informativi e riallocazione del tempo professionale verso attività cliniche e di presa in carico. Regioni e aziende dovranno assicurare progressivamente strumenti digitali interoperabili, supporto amministrativo e infermieristico, semplificazione degli adempimenti ripetitivi, sistemi di monitoraggio, telemedicina e telemonitoraggio. ?

È uno dei passaggi in cui la bozza prova a rispondere a una delle criticità più frequenti della medicina territoriale: non basta chiedere più presenza ai medici nelle strutture se non si rafforzano anche personale di supporto, infrastrutture digitali e strumenti organizzativi.

Formazione, equipollenze, nuovo contratto e cronoprogramma

L'articolo 9 prevede entro novanta giorni un decreto ministeriale per definire criteri di equipollenza ed equivalenza dei titoli, percorsi integrativi, raccordo tra formazione specifica in medicina generale e nuovo assetto ordinamentale, oltre alle modalità di coinvolgimento dei medici in formazione nelle attività territoriali strutturate.

L'articolo 10 fissa invece due scadenze contrattuali: entro sessanta giorni l'avvio dell'adeguamento dell'Accordo collettivo nazionale della medicina generale; entro centoventi giorni l'istituzione di una specifica sezione contrattuale o di un distinto contratto per i medici dipendenti delle cure primarie territoriali.

Il monitoraggio, disciplinato dall'articolo 11, dovrà basarsi su indicatori come ore effettivamente svolte nelle Case della Comunità, copertura dei turni, numero di pazienti cronici e fragili presi in carico, utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico, telemedicina, appropriatezza prescrittiva e organizzativa, accessi impropri al pronto soccorso, costi e risparmi di sistema.

Il cronoprogramma è serrato: entro 30 giorni ricognizione degli accordi integrativi regionali e mappatura del fabbisogno; entro 60 giorni schema della convenzione riformata e del canale dipendente; entro 90 giorni regime transitorio, contingenti e standard; entro 180 giorni avvio delle prime applicazioni e monitoraggio.

Le risorse

L'articolo 12 resta prudente. Per molte disposizioni si prevede l'attuazione nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente. Per il canale dipendente si fa riferimento alle risorse già destinate all'assistenza territoriale, alla medicina generale e al funzionamento delle Case della Comunità, oltre a eventuali successive autorizzazioni di spesa.

La relazione tecnica dovrà distinguere gli impatti economici della convenzione riformata, gli oneri della dipendenza selettiva e i costi di supporto organizzativo, digitale e di monitoraggio. Nella prima attuazione il canale dipendente sarà limitato a Case della Comunità hub, funzioni prioritarie e contingenti selettivi.

I nodi da sciogliere

La bozza conferma che il Governo non intende procedere a una dipendenza generalizzata dei medici di famiglia, ma allo stesso tempo imprime una torsione profonda al modello convenzionale. La convenzione resta, ma diventa più vincolata a obiettivi, presenza nelle Case della Comunità, indicatori, sistemi digitali e programmazione regionale.

È proprio questo equilibrio, però, a rischiare di diventare il terreno dello scontro. Da un lato il Ministero punta a rendere operative le strutture territoriali previste dal PNRR e a superare un modello giudicato troppo frammentato. Le Regioni di centrodestra hanno dato già il loro assenso mentre quelle di centrosinistra scioglieranno le riserve (anche se il presidente dell'Emilia-Romagna ha frenato) dopo l'esame del testo (a breve ci sarà una Commissione Salute ad hoc). Dall'altro Fimmg, Fnomceo ed Enpam in primis hanno già alzato un muro contro il primo schema, contestando metodo, merito e possibili effetti sul rapporto fiduciario, sull'organizzazione del lavoro e sulla tenuta previdenziale.

Con la prima bozza di articolato il confronto si sposta quindi su un terreno più concreto. Non si discute più solo dell'idea di riforma, ma di articoli, obblighi, scadenze, opzioni contrattuali e coperture. Ed è su questi punti che si misurerà ora la possibilità di trasformare lo schema politico in un decreto capace di arrivare in Consiglio dei ministri senza aprire una frattura insanabile con i medici di famiglia.

Riproduzione riservata ©

Link della pubblicazione:

<https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/medici-di-famiglia-ecco-il-testo-della-riforma-schillaci-arriva-il-doppio-canale-dipendenza-convenzione-riformata-specializzazione-universitaria-e-pediatra-fino-a-18-anni-le-novita/>