

85 CONGRESSO NAZIONALE

FIMMG - METIS 2026

RELAZIONE del Segretario Generale Nazionale SILVESTRO SCOTTI

L'ALGORITMO DELLA FIDUCIA

La cura della relazione al centro del rilancio del ruolo

Colleghe, Colleghi, graditi Ospiti,

benvenuti all'85° Congresso Nazionale FIMMG. Grazie a tutti Voi, ai rappresentanti della politica

e delle Istituzioni nazionali e regionali, al Presidente dell'ENPAM Alberto Oliveti, al Presidente della FNOMCEO Filippo Anelli, ai Presidenti di Ordine, ai rappresentanti di altre associazioni professionali, alla rappresentanza dei cittadini e delle associazioni dei pazienti, Cittadinanzattiva,

e a tutti quelli che, seppur non presenti, ci hanno partecipato vicinanza e sostegno in occasione

di questo Congresso.

1. LA DOMANDA DEL CONGRESSO

Il Congresso parte da una domanda: che cosa serve perché ogni cittadino possa contare sul suo

medico di famiglia, e perché quel medico possa continuare a fare bene il proprio lavoro?

Il Documento Programmatico di Finanza Pubblica 2026, ossia il documento con cui l'Italia dice

all'Europa cosa ha fatto e cosa intende fare, ci offre un punto di partenza.

E cosa ci chiede l'Europa? E cosa noi vogliamo offrire all'Europa?

Due raccomandazioni riguardano direttamente il nostro lavoro: un accesso più tempestivo alle

cure e un rimedio alle carenze di personale nelle professioni sanitarie chiave.

Tre parole riassumono il documento: carenza, prossimità, tempestività.

Il Governo le ha scritte per l'Europa; la FIMMG le pronuncia da anni.

Propongo un solo criterio per giudicare ogni scelta, delle Istituzioni e nostra, in due domande.

1. Aiuta un medico a scegliere la medicina generale e a rimanervi?

2. Migliora la possibilità di curare i cittadini?

Su queste domande chiediamo risposte al Governo e alle Regioni, e misureremo anche il nostro

lavoro sindacale.

2. LA CARENZA E LE CONDIZIONI PER RESTARE

La carenza di medici in aree specifiche non è più soltanto una nostra denuncia: è un dato che il

Governo riconosce in sede europea, dopo anni in cui siamo stati i soli a segnalarlo.

Non c'è più tempo.

Le cause vanno analizzate senza slogan: vocazioni insufficienti, errori di programmazione, pensionamenti, generazioni passate dalla pletora alla carenza.

Con pochi medici qualunque assetto contrattuale diventa pesante; con medici sufficienti lo stesso

assetto diventa sostenibile.

Se mancano i medici, occorre formarli, attrarli e metterli nelle condizioni di restare, sostenendo

chi oggi garantisce l'assistenza con carichi che sottraggono tempo ai pazienti, al benessere lavorativo e alla propria vita familiare e sociale.

Ne discende una regola di metodo: ogni nuovo compito affidato alla medicina generale va valutato rispetto alle risorse, ai carichi di lavoro e alla continuità dell'assistenza. È il criterio che il

Paese cerca di darsi in questo documento: chiediamo che venga applicato con coerenza e rapidità.

3. CONTRATTAZIONE E CASE DELLA COMUNITÀ: LE SCELTE COMPIUTE

Il DPFP richiama per la prima volta un Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale.

Quell'accordo stralcio porta la nostra firma.

Una firma difficile, sulla quale è legittimo confrontarsi ma mai sottovalutando il risultato di aver mantenuto il futuro della medicina generale dentro la contrattazione.

Abbiamo scelto di negoziare le condizioni del cambiamento, assumendocene le responsabilità.

Vi chiedo di dare valore a un passaggio:

il Governo, quindi, richiama la nostra Convenzione, non parla di dipendenza né di decreti che sostituiscano la contrattazione.

È un argomento a sostegno delle nostre scelte, non la prova che ogni problema sia risolto. Ne discendono due conseguenze.

1. Ciò che lo Stato rivendica in Europa deve funzionare nei territori. La verifica decisiva è lì: come si applicano le regole, quali carichi di lavoro si chiedono, quali strumenti si danno ai medici.

2. Ogni ipotesi di doppio binario, con convenzionati privi di garanzie e nuovi medici assunti altrove, contraddirebbe quanto l'Italia oggi dichiara al Paese.

Una firma non è una fine, è l'inizio. Ci obbliga a seguirne l'attuazione, a contrastare le applicazioni

improprie e a spiegare ai colleghi quali garanzie hanno e come farle rispettare. Per questo e per i

temi non ancora affrontati, primo fra tutti le aree disagiate, serve l'immediata apertura della contrattazione dell'ACN 2025-2027.

Continueremo a difendere con orgoglio il modello convenzionale perché autonomia professionale e responsabilità verso il Servizio Sanitario Nazionale si rafforzano a vicenda.

La posizione della FIMMG è precisa: il cambiamento si continua a governare con la contrattazione.

2

4. RINNOVI CONTRATTUALI E DIGNITÀ DEL LAVORO

Nel passaggio dedicato ai rinnovi del personale sanitario viene richiamato il comparto, con l'ipotesi di contratto 2025-2027 sottoscritta a luglio, e la dirigenza sanitaria, con l'atto di indirizzo

adottato a febbraio e riadottato ad aprile.

Non si esplicita un percorso analogo per la medicina convenzionata.

L'omissione non dimostra che le risorse per noi siano escluse, ma rende necessaria una risposta

pubblica sui finanziamenti e sui tempi dei nostri rinnovi.

Lo dico per metodo, non per polemica: le risorse sono quelle del pubblico impiego e, se la cornice economica è la stessa, devono essere gli stessi anche i tempi.

Conosciamo il costo dei ritardi: l'ACN 2019-2021 è stato reso esecutivo nel 2024. Quegli effetti

entrano nelle scelte professionali dei giovani e nella sostenibilità del servizio ai cittadini.

La medicina convenzionata non può tornare a essere l'ultima della fila.

La pari dignità contrattuale non è una richiesta di categoria: è la condizione perché un giovane medico scelga il territorio.

Un rinnovo tempestivo rende credibile quella scelta; un contratto che riconosce il lavoro clinico,

i costi dell'organizzazione e le nuove attività offre una prospettiva su cui costruire.

È anche così che si risolve la carenza, con l'attrattività.

5. FORMAZIONE: SPECIFICITÀ DELLA DISCIPLINA E SCELTA DEI GIOVANI

Per il corso di formazione 2026-2029 sono state presentate poco meno di 6000 domande per 2.651 posti.

È un segnale positivo, ma è una domanda di accesso: dovrà tradursi in iscrizioni, completamento

del percorso e permanenza nella professione.

La nostra responsabilità comincia qui.

Occorre rendere strutturali le borse, oggi aumentate, oltre l'orizzonte del PNRR, programmare i

posti sui fabbisogni reali e accompagnare l'ingresso nel lavoro, evitando che posti disponibili e

disponibilità dei giovani restino inutilmente separati.

Il Governo tiene distinti i due percorsi, borse di medicina generale e contratti di formazione specialistica universitaria: è ciò che noi difendiamo da sempre.

La formazione specifica in medicina generale è disciplinata dal Titolo IV del D.L. 368/99.

Difenderne la specificità significa tutelare le competenze necessarie a seguire una persona nel

tempo, nella complessità della sua vita e delle sue patologie.

Noi vogliamo però, chiariamolo una volta per sempre, che nella denominazione del nostro diploma compaia il termine specializzazione.

Per farlo dobbiamo rafforzare il rapporto con l'università, la ricerca e la docenza, con un percorso

in cui territorio e università lavorino alla pari e i medici di medicina generale abbiano un ruolo effettivo nella formazione. Il tirocinio negli studi e nelle CdC deve essere un luogo qualificato di apprendimento, con tutor riconosciuti.

L'esperienza di una diversa disciplina non può essere considerata, da sola, equivalente al percorso

della medicina generale.

Non si forma un chirurgo senza sala operatoria; non si forma un medico di famiglia lontano dal suo setting.

C'è inoltre da considerare un dato di prospettiva: i posti a Medicina sono 27 mila, oltre 11 mila in più rispetto al 2022. L'onda di laureati in arrivo va programmata per tempo: il territorio deve essere attrattivo adesso, non quando quei medici avranno già scelto altro.

6. IL TERRITORIO NON È FATTO SOLO DI MURI

L'assistenza territoriale, fatta di studi dei medici di famiglia, forme associative, AFT e Case di Comunità, deve funzionare come un insieme, con ruoli e collegamenti chiari.

Il Documento programmatico annuncia risorse alle Regioni per l'assistenza territoriale e l'edilizia

sanitaria, anche con partenariato pubblico-privato. Chiediamo che la programmazione riconosca

anche gli studi e le sedi associate, con finanziamenti coerenti con la funzione pubblica svolta.

Il partenariato pubblico-privato può essere uno strumento utile: in fondo noi convenzionati ne siamo da sempre un esempio storico, un micro-partenariato senza altro capitale che quello professionale, che garantisce responsabilità pubbliche, funzioni e standard assistenziali grazie al

quadro contrattuale dei professionisti.

Perché non rafforzare questo modello con detassazione e decontribuzione a vantaggio dei

professionisti, evitando che il partenariato pubblico-privato diventi la via per affidare il territorio

a soggetti di capitale?

7. LISTE DI ATTESA: GOVERNARE LA DOMANDA, GARANTIRE LA CONTINUITÀ

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2026-2028, pubblicato ad agosto, richiede il nostro contributo. Introduce strumenti digitali centralizzati, una piattaforma nazionale presso Agenas, più prestazioni monitorate, e valorizza le strutture territoriali, dalle Case della Comunità

alla telemedicina.

Indica strutture e servizi, ma non con la stessa chiarezza il ruolo dei professionisti che dovranno

farli funzionare, a partire dal medico di famiglia.

Le liste di attesa si accorciano governando la domanda, non solo aumentando l'offerta: ai medici

di medicina generale serve un ruolo operativo, con strumenti e coordinamento clinico multiprofessionale, non nuova burocrazia né silos.

Se ogni passaggio riparte da zero, la frammentazione produce ripetizioni, ritardi e perdita di informazioni.

4

Il cittadino non ha bisogno di più sportelli ma di sapere chi segue il suo percorso. Ha bisogno di

una squadra che lo conosca e lo accompagni.

8. DIGITALE, DIAGNOSTICA E VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il Paese rivendica gli investimenti in sanità digitale: Fascicolo Sanitario Elettronico, analisi dei dati, telemedicina per la domiciliarità e i cronici.

Il digitale deve aiutare il medico a curare. Senza la medicina generale, che collega le informazioni

alla storia della persona, il Fascicolo resta un contenitore.

La telemedicina per i cronici è presa in carico resa digitale, e la presa in carico è ciò che facciamo

da sempre.

Servono sistemi interoperabili e procedure che evitino di inserire più volte gli stessi dati.

Le attività digitali aggiuntive e la telemedicina devono essere definite, organizzate e riconosciute

nella contrattazione come lavoro, non come semplice adempimento: un carico oggi invisibile che può diventare strumento di audit e di miglioramento per l'équipe e l'AFT.

L'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza offre un aggancio normativo per portare nella contrattazione regionale la diagnostica di primo livello negli studi: alcuni Accordi Regionali dimostrano che si può fare.

Ma servono risorse.

Servono sistemi di valutazione dei servizi sanitari regionali con indicatori di continuità ed esiti di

salute, che tengano conto delle caratteristiche dei pazienti e delle risorse disponibili. I volumi di

attività, da soli, non descrivono la qualità della cura.

Misuriamo, invece, insieme ciò che conta: esiti, continuità, presa in carico, non soltanto il numero di ricette. È nel momento in cui si decide che cosa misurare che si stabilisce quale lavoro sarà riconosciuto.

9. RICAMBIO GENERAZIONALE: UN PATTO TRA GENERAZIONI

La seconda raccomandazione europea chiede all'Italia di affrontare la sfida demografica favorendo la permanenza al lavoro delle persone più anziane. Nella medicina generale questa sfida ha un volto preciso: colleghi oltre i settant'anni che reggono ancora millecinquecento, milleottocento assistiti perché non c'è nessuno a cui passarli. Chi resta a pieno carico rischia di

andarsene comunque, per sfinimento; chi va via, nei territori in carenza, lascia un vuoto che nessuno colma.

Il ricambio richiede di accompagnare sia chi entra sia chi si avvicina alla pensione, con strumenti,

esistenti e nuovi, per un'uscita dalla professione che favorisca l'attrattività per chi entra.

Al ricambio generazionale si accompagna quello di genere: la componente femminile è già maggioritaria e lo sarà sempre di più.

Una politica del ricambio che non affronti una contrattualità di genere, nel compenso e nell'organizzazione del lavoro, è incompleta.

Molto si è fatto negli ultimi ACN, ma non basta: in un sistema libero professionale le garanzie si

costruiscono con il lavoro d'équipe, l'organizzazione e profili contrattuali flessibili, coerenti con

le fasi della vita e con le esigenze di assistenza.

10. AUTONOMIA DIFFERENZIATA E GARANZIA NAZIONALE

Alla manovra sono collegati i disegni di legge per completare le intese sull'autonomia differenziata: non possiamo considerarla una materia astratta.

Carenza, scarsa attrattività e regimi diversi da regione a regione rischiano di aumentare le diseguaglianze, spingendo i professionisti dove carichi, compensi e garanzie sono migliori.

Lo vediamo già nell'applicazione dell'accordo stralcio: dove la nostra organizzazione è più forte i

collegi sono meglio protetti, dove è più debole le Aziende ricorrono a interpretazioni e applicazioni unilaterali.

La diversità dei territori richiede soluzioni locali, ma dentro un quadro comune: per questo l'Accordo Collettivo Nazionale non è un residuo del passato, è la garanzia di uniformità dei diritti,

dei cittadini e dei medici.

La contrattazione regionale deve poterlo migliorare e valorizzare le specificità. Più crescono le differenze tra Regioni, più serve un contratto nazionale forte: difenderlo è difendere l'unità del Servizio Sanitario Nazionale.

Alla nostra organizzazione spetta sostenere ogni territorio nell'applicazione degli accordi, con competenze negoziali e strumenti di garanzia.

La forza nazionale della FIMMG si misurerà soprattutto nella capacità di aiutare i colleghi nelle

zone più disagiate, dove nessun modello standardizzato sarà mai una soluzione.

11. VINCOLI DI BILANCIO E PRIORITÀ

In tutto il documento ritorna una formula: “preservando la sostenibilità di bilancio”.

Conosciamo i vincoli e proprio per questo chiediamo trasparenza sulle risorse e sulle priorità.

Una riallocazione può aiutare, ma i nuovi compiti devono avere una copertura esplicita:

la sostenibilità finanziaria e quella del lavoro medico vanno affrontate insieme, in

equilibrio tra tutte le forme contrattuali che concorrono agli obiettivi del SSN.

Risorse e tempi certi oggi per una professione più forte, unita e protagonista della difesa del diritto costituzionale alle cure per i cittadini del Paese.

6

12. L'ETICA DI CHI RAPPRESENTA: IL TEMPO LUNGO

Rappresentare una categoria risponde a due tempi.

Il primo è quello dei colleghi di oggi, con urgenze legittime e quotidiane.

Il secondo è quello dei medici che oggi si stanno formando e dei cittadini che avranno bisogno

di un medico per i prossimi vent'anni.

Il consenso si costruisce sul primo tempo; la responsabilità si esercita anche verso il secondo.

Ne discende un dovere preciso:

non scegliere ciò che è più comodo nel presente quando compromette la stabilità del sistema.

Una concessione che oggi rafforza il consenso e domani restringe l'accesso dei giovani, o scarica

un costo su chi non siede al tavolo, non è una conquista: è un debito.

Le scelte che stabilizzano, come un contratto nazionale, una formazione programmata, un ricambio ordinato, producono i loro effetti dopo, e chi le assume spesso non può contare sull'applauso immediato, talvolta nemmeno sulla comprensione.

La stessa regola vale per il sì e per il no.

Una firma e un rifiuto vanno giudicati per i loro effetti oltre l'orizzonte del mandato, non per l'accoglienza che ricevono il giorno in cui sono assunti.

Ne derivano tre abitudini:

- dichiarare i costi insieme ai benefici, anche quelli delle proprie scelte;

- accettare di essere misurati sugli esiti e non sulla risonanza;
- preparare chi viene dopo, lasciando strumenti non rendite di posizione.

Il Servizio Sanitario Nazionale universale che difendiamo non è nostro: lo abbiamo ricevuto e dobbiamo consegnarlo integro.

Nel lungo periodo, l'interesse dei colleghi e la tenuta del sistema coincidono.

E sono l'unico vero valore.

In questi anni abbiamo preso decisioni difficili.

Alcune sono state criticate.

Oggi lo Stato le richiama nel documento con cui si presenta all'Europa.

Non lo dico per rivendicare, ma perché chi viene dopo sappia da dove parte e quale sia la battaglia vera.

Quelle decisioni restano aperte al confronto e alla verifica dei risultati: la scelta di sedere al tavolo

vale se produce garanzie effettive e soluzioni per i colleghi.

7

La battaglia vera non riguarda la forma del contratto. Riguarda la presenza dei medici accanto ai

cittadini.

Al Governo e alle Regioni portiamo richieste che possono essere discusse nel merito, finanziate

e tradotte in accordi.

Ai rappresentanti territoriali chiediamo di seguirne l'applicazione.

Ai giovani dobbiamo offrire una prospettiva credibile.

Ringrazio gli organismi della Federazione, i segretari regionali e provinciali e i colleghi che in questi anni hanno sostenuto, ma anche corretto il nostro lavoro: un'organizzazione si regge su entrambe le cose.

FIMMG avrà molto da fare, e potrà farlo a testa alta, con le spalle dritte e con i dati in mano.

La misura del nostro lavoro è stata e sarà sempre concreta:

un cittadino che trova il proprio medico, un collega che può dedicare tempo alla cura, un giovane

che sceglie di costruire nel territorio il proprio futuro professionale.

È su questo che chiediamo impegni.

È su questo che vogliamo essere giudicati.

Questo è l'85° Congresso della FIMMG.

Nella smorfia napoletana 85 indica le Anime del Purgatorio.

Veniamo da periodi che possono aver rappresentato un nostro personale inferno.

Ma oggi, pur senza essere certi del Paradiso, abbiamo il diritto di poter sperare che “quindi usciamo

a riveder le stelle”.

Grazie. Un