

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona

Vito Galante[\[1\]](#)

Abstract

The reorganization of the Italian primary care system, propelled by the draft decree-law proposed by the Minister of Health, Orazio Schillaci, in 2026, represents a significant structuralist attempt to address systemic healthcare shortages and satisfy the deadlines of the National Recovery and Resilience Plan (PNRR). By introducing a “double-channel” contractual framework (allowing a choice between reformed public convention and direct public employment), establishing a university specialization school, and centering clinical activities within the physical perimeter of the Community Houses (Case di Comunità), the reform seeks to modernize territorial medicine. However, an epistemological critique of this legislative initiative through the lens of Person-Centered Medicine (PCM)—theorized by Prof. Giuseppe R. Brera and implemented since 1998 at the Milan School of Medicine of Ambrosiana University—reveals a fundamental paradigm conflict. The reform remains grounded in a hospital-derived, mechanistic-deterministic model that treats general medicine as a bureaucratic, performance-driven assembly line of organic repair. Conversely, PCM establishes that human health is an indeterministic, teleonomic, and semantic construct of the person, mathematically formalized by the Health Relativity Theory (HRT) as . Furthermore, the extension of pediatric care to 18 years without specialized adolescentological training represents a critical developmental failure. This report argues

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto- Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona

that without transitioning from a structuralist-deterministic paradigm to an interactionist-teleonomic one, the Schillaci reform risks destroying the fiduciary doctor-patient relationship, exacerbating clinical fragmentation, and failing to cultivate true health resilience.

Keywords

Person-Centered Medicine; Schillaci Reform; Giuseppe R. Brera; Health Relativity Theory; Adolescentology; Primary Care.

Introduzione: Lo Scenario della Medicina Generale nel 2026 e la Riforma Schillaci

Il dibattito politico-sanitario del 2026 è dominato dall'accelerazione impressa dal Ministro della Salute, Orazio Schillaci, per l'approvazione del decreto-legge di riordino dell'assistenza territoriale.^[2] Questa manovra legislativa si colloca in un momento di profonda sofferenza della medicina generale in Italia.^[3] I dati statistici strutturali evidenziano una drammatica carenza di personale, con un deficit superiore ai 5.700 medici di medicina generale (MMG).^[4] Tra il 2019 e il 2024, il contingente di questi professionisti

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

si è ridotto di 5.197 unità, costringendo ogni medico a farsi carico di una media di 1.383 assistiti, un valore ampiamente superiore alle soglie ottimali per la sicurezza e la qualità delle cure.[\[5\]](#)

Sotto la spinta del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che impone la piena operatività di circa 1.715 Case di Comunità (CdC) entro il 30 giugno 2026, il Ministero della Salute ha cercato di imporre una svolta organizzativa.[\[6\]](#) Al 31 dicembre 2025, le strutture attive con almeno un servizio funzionante erano appena 781, molte delle quali operanti a regime ridotto e prive di una presenza stabile di medici di famiglia.[\[7\]](#) Il decreto Schillaci mira a risolvere questa lacuna integrando coattivamente i MMG all'interno di tali strutture territoriali.[\[8\]](#)

Parametro Organizzativo	Stato Pre-Riforma (2019-2024)	Obiettivo Decreto Schillaci (Giugno 2026)
Carenza di Personale (MMG)	Decadimento di 5.197 unità; deficit > 5.700 medici	Recupero tramite Specializzazione Universitaria e doppio canale
Rapporto Medio Medici/Assistiti	1.383 pazienti per medico (sovraccarico sistemico)	Riduzione del carico burocratico per liberare tempo clinico
Case di Comunità Funzionanti	781 strutture attive a regime ridotto (fine 2025)	1.715 strutture pienamente operative con équipe multidisciplinari
Inquadramento Contrattuale	Convenzione esclusiva come liberi professionisti	Modello misto: Convenzione riformata o Dipendenza pubblica
Formazione Post-Laurea	Corso regionale (Diploma di formazione specifica)	Scuola di specializzazione universitaria dedicata

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto- Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona

Assistenza Pediatrica	Fino a 14 anni (o 16 in casi particolari)	Estensione obbligatoria della pediatria di libera scelta fino a 18 anni
-----------------------	---	---

Il nucleo politico e normativo della riforma si articola su tre pilastri principali:

1. L'assetto a doppio canale contrattuale: i medici possono scegliere su base volontaria se mantenere un rapporto convenzionale riformato o transitare verso la dipendenza pubblica con il SSN, assimilabile alla dirigenza medica ospedaliera.[\[9\]](#)
2. La riorganizzazione strutturale delle Case di Comunità: trasformate in hub fisici dove operano équipe multidisciplinari composte da MMG, pediatri, infermieri di famiglia, specialisti ambulatoriali, psicologi e assistenti sociali.[\[10\]](#)
3. L'istituzione della Scuola di specializzazione universitaria in "Medicina territoriale, di comunità e delle cure primarie", finalizzata a equiparare questa branca alle altre specialità mediche e ad accrescere l'attrattività della disciplina.[\[11\]](#)

Tuttavia, l'analisi condotta dalla Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana rivela che l'impianto della riforma è inficiato da un profondo disallineamento epistemologico.[\[12\]](#) Il decreto-legge si fonda infatti su un modello strutturalista e deterministico di derivazione ospedaliera, che concepisce il territorio come una rete di "riparazione organica" centralizzata, ignorando la rivoluzione scientifica della Medicina Centrata sulla Persona (MCP) teorizzata dal Prof. Giuseppe Rodolfo Brera.[\[13\]](#)

Il Paradigma Scientifico della Medicina Centrata sulla Persona e la Teoria della Relatività della Salute

La Medicina Centrata sulla Persona non rappresenta un superficiale programma di "umanizzazione" delle cure, bensì una rigorosa e radicale rivoluzione epistemologica e scientifica, presentata per la prima volta nel 1998 e formalizzata nel Manifesto del 1999.[\[14\]](#)

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto- Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona

Essa si contrappone al riduzionismo biologico di stampo cartesiano che domina l'attuale formazione medica e le politiche sanitarie nazionali.[\[15\]](#)

Il Superamento dell'Omeostasi: Allostasi, Epigenetica e PNEI

La MCP poggia su solide basi scientifiche emerse negli ultimi quarant'anni nei campi della psico-neuro-endocrine-immunologia (PNEI), dell'allostasi e dell'epigenetica molecolare (Brera, 1996).[\[16\]](#) Il modello biomedico tradizionale fa ancora riferimento alla teoria dell'omeostasi di Cannon, descrivendo l'organismo come un sistema chiuso che tende a mantenere costanti i propri parametri interni tramite meccanismi di feedback rigidi.[\[17\]](#)

La ricerca contemporanea (Sterling, Heyer, Maestroni, Lissoni, Kandel, Szyf, Meaney) ha ampiamente dimostrato l'obsolescenza di questa visione statica, introducendo il concetto di allostasi: la capacità dell'organismo di raggiungere la stabilità attraverso il cambiamento e l'adattamento attivo agli stimoli ambientali e soggettivi.[\[18\]](#)

A livello genomico, l'epigenetica molecolare ha scardinato il determinismo genetico lineare.[\[19\]](#) Le scoperte di Moshe Szyf e Michael Meaney, unite alle ricerche di Pier Mario Biava sul codice epigenetico di riprogrammazione cellulare, confermano che l'ambiente e l'interpretazione soggettiva dell'esperienza modulano direttamente l'espressione dei geni senza alterare la sequenza del DNA.[\[20\]](#)

La reazione biologica non è dunque una costante determinata, ma una variabile dipendente dal significato che la persona attribuisce agli eventi della vita.[\[21\]](#) In ambito animale, la reazione biologica (Rb) risponde a un determinismo relativo basato sulle possibilità limitate di coping dell'animale (Pta) e su costanti biologiche rigide (Bc) (Brera, 1997) [\[22\]](#):

Nell'essere umano, l'equazione si ribalta in forma inversamente proporzionale introducendo la dimensione indeterministica della libertà, del significato e della qualità del coping (Brera, 1997).[\[23\]](#)

La Formulazione Matematica della Teoria della Relatività della Salute (HRT)

La salute umana viene ridefinita come un processo semantico e allostatico di adattamento creativo (Brera, 2021).[\[24\]](#) All'interno della *Health Relativity Theory* (HRT) formulata da Brera, la probabilità di salute (Hp) è definita dalla seguente equazione matematica (Brera, 2021) [\[25\]](#):

$$Hp = K(Iq \times Cq)$$

Dove:

- Hp (*Health Probability*) rappresenta la probabilità di salute intesa come potenziale dinamico di espressione della vita.[\[26\]](#)
- K (*Kairological Constant*) costituisce la costante kairologica, la quale esprime l'intrinseca e naturale ricerca umana di significato, verità, amore e bellezza. Essa trae origine dalle indagini fenomenologiche sull'adolescenza e definisce l'orientamento spirituale e trascendente della natura umana verso la propria realizzazione (Brera, 1993; Brera, 1994).[\[27\]](#)
- Iq (*Interpretation Quality*) rappresenta la qualità dell'interpretazione che la persona attribuisce alla propria esperienza esistenziale e sensoriale.[\[28\]](#)
- Cq (*Choices Quality*) esprime la qualità delle scelte compiute dal soggetto in condizioni di autentica libertà e responsabilità etica.[\[29\]](#)

In questo framework matematico ed epistemologico, la salute non coincide con l'assenza di lesioni d'organo, ma corrisponde alla fioritura dell'individuo a livello biologico, psicologico e spirituale.[\[30\]](#) Lo stato di benessere o di vulnerabilità biologica allostatica si struttura attraverso la mediazione della soggettività: le emozioni, i valori, le credenze e le strategie di coping modulano direttamente i sistemi neurobiologici e immunitari, guidando l'espressione genomica verso la salute o la malattia (Brera, 2021).[\[31\]](#)

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

In stretta assonanza con la HRT, la *Resilience-Based Health Theory* (RBHT) descrive matematicamente la resilienza sanitaria (HRz) e il rischio biologico (Hrk) in funzione delle polarità della qualità interpretativa e di scelta (Brera, 2021) [32]:

$$HRz = IPq+ \times CPq+$$

$$Hrk = IPq- \times CPq-$$

Dove IPq+ e CPq+ rappresentano rispettivamente la qualità positiva di interpretazione e di scelta, mentre IPq- e CPq- ne descrivono la declinazione disfunzionale e patogena.[33]

Il Person-Centered Clinical Method (PCCM)

La traduzione operativa di questa impalcatura scientifica nella pratica clinica quotidiana è costituita dal *Person-Centered Clinical Method* (PCCM).[34] Il metodo sovverte la semeiologia classica introducendo la “Diacrisi”, un processo di lavoro clinico tridimensionale strutturato sulla persona del paziente (corpo, mente e spirito).[35]

Il PCCM prevede la formulazione integrata di una “diagnosi di persona”, affiancata alla diagnosi nosografica tradizionale, e la misurazione del “Cross ratio” tra fattori di vulnerabilità e fattori di resilienza, avvalendosi della metodologia del *Medical Counselling*. [36]

Il medico che applica il PCCM non agisce come un tecnico addetto alla riparazione meccanica, bensì come un consulente esistenziale e un “maieuta della dignità umana”, realizzando un incontro terapeutico intersoggettivo che i dati pilota (2002-2003) indicano essere in grado di abbattere del 70% il ricorso a esami strumentali e farmaci inutili, riducendo le ospedalizzazioni del 55% e migliorando sensibilmente la qualità della vita nel 75% dei pazienti trattati (Brera, 2021).[37]

Analisi Critica del Decreto Schillaci alla Luce della Medicina Centrata sulla Persona

La bozza del decreto-legge Schillaci, analizzata alla luce della rivoluzione epistemologica della MCP, rivela profonde aporie teoriche e metodologiche che rischiano di tradursi in un fallimento clinico e in un ulteriore aggravio della spesa pubblica.[\[38\]](#)

Il Fallimento dello Strutturalismo Fisico delle Case di Comunità

L'errore fondamentale del disegno ministeriale risiede nell'applicazione di una logica puramente strutturalista e quantitativa all'assistenza territoriale.[\[39\]](#) La riforma assume che la mera concentrazione geometrica dei professionisti sanitari all'interno delle Case di Comunità possa generare, per proprietà transitiva, una migliore qualità di cura e un decongestionamento degli ospedali.[\[40\]](#) Questa impostazione riflette l'errore epistemologico di equiparare la medicina territoriale alla medicina ospedaliera.[\[41\]](#)

Mentre l'ospedale lavora sulla malattia acuta tramite interventi prestazionali standardizzati e circoscritti nel tempo, la medicina del territorio fonda la sua efficacia sulla continuità della relazione di cura, sulla diacronia assistenziale e sulla conoscenza del contesto biografico ed esistenziale del paziente.[\[42\]](#)

Imporre una rigidità oraria e logistica ai medici di famiglia all'interno delle CdC significa sottrarre tempo prezioso all'ascolto clinico e alla relazione terapeutica per destinarlo alla compilazione di registri e adempimenti burocratici di rete.[\[43\]](#)

Per la Medicina Centrata sulla Persona, l'incontro clinico è un evento kairologico non riducibile a un protocollo di flusso.[\[44\]](#) Senza una profonda riforma del metodo clinico applicato, le Case di Comunità PNRR si configureranno semplicemente come "cattedrali nel deserto" o impersonali poliambulatori prestazionali, privi della capacità di mobilitare le risorse immunologiche ed esistenziali dell'individuo e incapaci di generare vera prevenzione

allostatica.[45]

La Burocratizzazione del “Doppio Canale” e la Distruzione del Rapporto Fiduciario

L'introduzione della dipendenza pubblica volontaria e la concomitante riforma della convenzione in senso prestazionale introducono elementi di grave criticità.[46] I sindacati dei medici di medicina generale, in particolare la FIMMG e il Sindacato Medici Italiani (SMI), hanno denunciato con forza il rischio che il decreto Schillaci finisca per “fare la festa” al medico di famiglia, trasformandolo in un ingranaggio burocratico della macchina statale.[47] La FIMMG Lazio ha definito la riforma come una proposta ideologica che smantella la sanità pubblica a vantaggio del privato e comprime i diritti costituzionali dei cittadini, mentre la Rete Sarda per la Difesa della Sanità Pubblica ha evidenziato come il provvedimento rischi di assestare il “colpo di grazia” definitivo alla medicina generale nei territori più svantaggiati.[48]

La transizione verso il ruolo di dirigente medico dipendente altera profondamente la natura del rapporto fiduciario, pilastro della medicina generale.[49] Il medico cessa di essere un libero professionista intellettuale scelto autonomamente dal cittadino per diventare un funzionario inserito in una gerarchia aziendale, soggetto a turnazioni strutturate, ordini di servizio e obiettivi di spesa imposti dalle ASL.[50]

Dal punto di vista della HRT, la distruzione del rapporto fiduciario continuativo equivale a colpire direttamente la costante K dell'equazione della salute.[51] La rassicurazione psicologica e la stabilità affettiva derivanti dalla relazione con un medico di fiducia costituiscono potenti immunomodulatori biologici, capaci di contenere il carico allostatico e stimolare la produzione di endorfine e citochine antinfiammatorie.[52]

Sostituire il medico fiduciario con un turnista della Casa di Comunità significa esporre il

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

paziente, soprattutto se cronico o fragile, a una costante destabilizzazione relazionale, traducendosi in un incremento della vulnerabilità biologica e in una medicalizzazione inappropriata di bisogni fondamentalmente esistenziali.[\[53\]](#)

Inoltre, la remunerazione legata al raggiungimento di target prestazionali e di budget aziendali (come la riduzione della spesa per esami diagnostici o farmaci) introduce un pericoloso conflitto di interessi di natura utilitaristica.[\[54\]](#) Il medico si trova diviso tra la tutela della salute della persona e il rispetto delle direttive contabili dell'ASL, snaturando la sua missione maieutica e terapeutica.[\[55\]](#)

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

Dimensione di Confronto	Modello Strutturalista (Decreto Schillaci)	Modello Interazionista- Teleonomico (Prof. Brera)
Epistemologia di Base	Riduzionismo biologico, determinismo genico, omeostasi di Cannon	Interazionismo scientifico, allostasi, epigenetica molecolare, PNEI
Definizione della Salute	Stato statico di assenza di malattia o parametro biochimico alterato	Costrutto semantico soggettivo, processo dinamico allostatico di adattamento creativo
Il Medico come Professionista	Tecnico della riparazione organica, dipendente pubblico o convenzionato prestazionale	Consulente esistenziale, maieuta della dignità umana, clinico tridimensionale
Metodologia di Diagnosi	Semeiologia fisica e nosografia classica incentrata sull'organo malato	Semeiologia tridimensionale, Diacrisi, Diagnosi di Persona e calcolo del Cross-ratio

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

Spazio Terapeutico	Casa di Comunità come hub organizzativo, centralizzazione logistica e burocratica	L’Incontro clinico intersoggettivo, fondato sulla relazione di fiducia e sulla kairologia
Modello Preventivo	Prevenzione primaria meccanica, screening prestazionali di massa e farmaci di sintesi	People and Person-Centered Prevention (PPCP), stili di vita biologici, nutrizione clinica

L’Estensione della Pediatria a 18 Anni: Il Deficit Epistemologico in
Adolescentologia

Un ulteriore punto di radicale dissenso rispetto alla proposta ministeriale riguarda la determinazione di estendere la copertura dei pediatri di libera scelta fino ai 18 anni di età.[\[56\]](#) Questa scelta rivela una totale incomprensione delle dinamiche evolutive e biologiche dell’adolescente, considerato erroneamente come un semplice bambino cronologicamente ingrandito.[\[57\]](#)

L’adolescenza rappresenta una fase di transizione dotata di una specifica unicità biologica, psicologica, relazionale e spirituale.[\[58\]](#) Essa è caratterizzata da un imponente terremoto neurobiologico ed epigenetico, dominato dalla maturazione della corteccia prefrontale, dal riassetto dei sistemi neuroendocrini e da una fisiologica spinta verso l’autonomia e la differenziazione familiare (Galante, 2024).[\[59\]](#)

Come evidenziato dalle ricerche del Dipartimento di Adolescentologia della Scuola Medica di Milano e dal “Decalogo dell’Adolescentologo” sviluppato presso la stessa, l’adolescente necessita di un approccio clinico fondato sul *Medical Counselling* e sulla kairologia, capace di intercettare il suo personale cammino di ricerca di significato, verità, amore e bellezza, prevenendo comportamenti a rischio senza cadere nell’errore di una precoce psichiatrizzazione.[\[60\]](#)

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

Trattenere l'adolescente fino a 18 anni nell'alveo della pediatria — una disciplina storicamente e metodologicamente centrata sul bambino e sulla mediazione protettiva della figura genitoriale — costituisce una grave violazione della sua dignità evolutiva e del suo diritto alla riservatezza e alla responsabilizzazione clinica (Galante, 2024).[\[61\]](#)

Inoltre, i pediatri di libera scelta non possiedono, nella stragrande maggioranza dei casi, una formazione specifica in Adolescentologia Clinica e in Counselling medico dell'adolescente, discipline faticosamente strutturate e insegnate in Italia esclusivamente dall'Università Ambrosiana.[\[62\]](#)

In questo modo, la riforma Schillaci condanna gli adolescenti a una invisibilità clinica strutturale, privandoli di uno spazio di incontro protetto, autonomo e individualizzato, proprio in un'epoca storica caratterizzata da un incremento esponenziale di disturbi comportamentali, disagio psicosociale e vulnerabilità somatiche indotte da stressors ambientali ed epigenetici.[\[63\]](#)

La Scuola di Specializzazione Universitaria: Un Contenitore senza Contenuto

L'istituzione immediata della Scuola di specializzazione universitaria rappresenta senza dubbio un passo necessario per sanare un'anomalia tutta italiana e adeguarsi alle direttive europee.[\[64\]](#) Tuttavia, se questa scuola di specializzazione verrà gestita dai docenti e dalle strutture delle attuali facoltà di medicina statali, essa si rivelerà un fallimento formativo ed epistemologico.[\[65\]](#)

Le odierne scuole di medicina in Italia sono caratterizzate da un grave analfabetismo epistemologico.[\[66\]](#) Esse continuano a formare i medici secondo un modello rigidamente

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto- Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona

specialistico e d'organo, ignorando sistematicamente le scoperte scientifiche sull'allostasi, sulla PNEI, sull'epigenetica molecolare e sulla relatività del concetto di salute.[\[67\]](#)

I docenti universitari, formati all'interno della clinica ospedaliera ad alta tecnologia, non possiedono le competenze semeiologiche e cliniche necessarie per insegnare la medicina generale, la quale richiede la capacità di gestire l'incertezza, di interpretare la complessità esistenziale della persona e di applicare strumenti di counselling relazionale.[\[68\]](#)

Se il curriculum della nuova scuola di specializzazione non integrerà l'insegnamento del PCCM, della HRT e dell'Adolescentologia Clinica, non si farà altro che formare "piccoli medici ospedalieri" destinati a operare sul territorio con la stessa mentalità riduzionista e prestazionale della clinica d'organo.[\[69\]](#) Questo aggraverà la frammentazione clinica dei pazienti cronici, aumenterà a dismisura il ricorso a esami diagnostici difensivi e lascerà il sistema sanitario privo di professionisti realmente capaci di governare la domanda di salute territoriale attraverso la maieutica e la prevenzione allostatica.[\[70\]](#)

Conclusioni e Raccomandazioni Politico-Sanitarie per una Riforma Centrata sulla Persona

Il disegno di riforma della medicina generale promosso dal Ministro Schillaci nel 2026, pur mosso dall'esigenza condivisibile di riorganizzare un settore in profonda crisi, si colloca dinanzi a un bivio concettuale decisivo.[\[71\]](#) Proseguire lungo la strada di uno strutturalismo centralizzato e di una burocratizzazione prestazionale dei medici di famiglia rischia di infliggere il colpo di grazia al Servizio Sanitario Nazionale, esasperando il conflitto tra professionisti e istituzioni e lasciando i cittadini privi di un reale presidio di cura fiduciaria.[\[72\]](#)

Per rifondare la medicina del territorio su basi realmente scientifiche, umane ed economicamente sostenibili, appare indifferibile accogliere le seguenti raccomandazioni di

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

politica sanitaria derivanti dal paradigma della Medicina Centrata sulla Persona dell'Università Ambrosiana [73]:

- Riformulare il Ruolo delle Case di Comunità come Centri di Resilienza Allostatica: Le CdC(che sarebbe meglio indicare come case della salute) non devono essere intese come hub burocratici di presenza oraria forzata.[74] Esse devono essere configurate come laboratori clinici territoriali finalizzati alla promozione dei fattori protettivi della salute biologica, psicologica e spirituale della persona.[75] All'interno di queste strutture, l'attività dell'équipe multidisciplinare deve essere coordinata ed esercitata secondo i principi del *Person-Centered Clinical Method* (PCCM), integrando la Diacrisi semeiologica nella gestione quotidiana del paziente cronico e fragile.[76] Potrebbero collocarsi come hub specialistici intermedi di - assistenza domiciliare- educazione alla salute e prevenzione-formazione permanente dei medici.
- Preservare e Valorizzare la Convenzione Libero-Professionale come Spazio di Libertà Clinica: La figura del MMG deve rimanere saldamente ancorata a un regime libero-professionale convenzionato, tutelando l'autonomia intellettuale e clinica del medico.[77] Il rapporto fiduciario individuale e continuativo con l'assistito deve essere considerato un valore biologico non negoziabile.[78] Sarebbe , piuttosto, opportuno la riduzione del carico individuale dei medici nel rapporto fiduciario a compenso invariato (500 pediatri -800 medici di famiglia) ma formati alla Medicina centrata sulla persona. La retribuzione non deve basarsi su rigidi parametri prestazionali o su obiettivi contabili aziendali di contenimento della spesa, bensì sulla misurazione oggettiva della capacità del clinico di indurre resilienza allostatica nei propri assistiti, riducendo le ospedalizzazioni e la medicalizzazione impropria attraverso l'educazione alla salute e il counselling medico.[79]
- Incentrare il Programma della Nuova Scuola di Specializzazione sul Paradigma della MCP: Il Ministero dell'Università e della Ricerca deve attingere all'esperienza didattica ed epistemologica quasi trentennale della Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana.[80] I decreti ministeriali istitutivi della scuola di specializzazione devono

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

prevedere programmi d'insegnamento fondati sulla PNEI, sull'epigenetica, sulla teoria dell'allostasi e sull'apprendimento pratico del PCCM e della teoria della relatività della salute.[81] I docenti e i tutor della scuola devono essere formati a questa specifica metodologia clinica, superando il monopolio culturale dei clinici d'organo ospedalieri.[82]

- Istituire la Branca dell'Adolescentologia Clinica nel Sistema Sanitario Territoriale:
L'estensione lineare della pediatria fino a 18 anni deve essere respinta in quanto biologicamente ed evolutivamente inadeguata.[83] È urgente strutturare sul territorio la figura del medico specialista in Adolescentologia(medico di famiglia o pediatra), formata secondo il "Decalogo dell'Adolescentologo" e la Medicina centrata sulla persona in grado di offrire ai giovani tra i 12 e i 18 anni un reale spazio di ascolto, consultazione clinica autonoma e valorizzazione delle risorse e delle scelte di salute, favorendo una transizione sana e consapevole dall'infanzia all'età adulta.[84]
- Spostare il Focus Preventivo sulla People and Person-Centered Prevention (PPCP): La prevenzione territoriale non può ridursi alla mera esecuzione di massa di screening biologici e alla somministrazione di terapie di sintesi.[85] I MMG e gli specialisti territoriali devono essere dotati degli strumenti scientifici per attuare la PPCP, finalizzata alla strutturazione di uno "scudo metabolico-immunogenomico" individuale basato sulla nutrizione clinica protettiva, sull'allostasi antivirale e sull'immunostimolazione preventiva, contrastando all'origine i danni epigenetici derivanti da inquinanti ambientali e da tecnologie vaccinali genetiche non sufficientemente testate, la cui genotossicità ed effetti avversi cardiovascolari e oncologici sono ampiamente documentati dalla più avanzata letteratura scientifica internazionale (Brera, 2021).[86]

Solo integrando queste riforme di struttura e di metodo il Servizio Sanitario Nazionale potrà superare la sua attuale crisi di identità e di risorse, realizzando a pieno il significato profondo della medicina: la cura della persona e la conoscenza della verità scientifica sulle cause della sofferenza e della salute.[87]

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

Bibliografia essenziale

1. Brera GR. A revolution for medical science and biomedical research: the determinate and the quality indeterminate relativity of biological reactions. Milan: Università Ambrosiana; 1996.
2. Brera GR. The relativity of biological reactions and the first formulation of an interactionist epistemological paradigm for medical science. *Medicine, Mind and Adolescence*. 1997; XII (1-2):7-11.
3. Brera GR. The manifesto of Person-Centred Medicine. *Medicine, Mind and Adolescence*.

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

1999; XIV (1-2):7-11.

4. Brera GR. The epistemological manifesto of the person-centred medicine: the person's superiority above any reductionism. In: Brera GR, editor. *Medici e adolescenti. Atti del Congresso a partecipazione internazionale*; 1999 Nov 23; Assisi, Italy. Milan: Università Ambrosiana; 1999.
5. Brera GR. Person-centered medicine: theory, teaching, research. *Int J Person Centered Med.* 2011;1(1):69-79.
6. Brera GR. Person-Centered Medicine and the Change of the Paradigm of Health: its implications for Medical Education and Health Governance. Invited presentation at the I WHO Symposium on Person-Centered Medicine and Medical Education; 2011 May 4; Geneva, Switzerland.
7. Brera GR. *Person-Centered Medicine and Person-Centered Clinical Method*. 2nd ed. Milan: University Ambrosiana Editions; 2021.
8. Galante V. *The Kairological Approach of Giuseppe R. Brera: The Interpretation of True Resources and the Quality of Choices*. Milan: Scuola Medica Milano - Università Ambrosiana; 2024.
9. Galante V, Porta M. *Il Decalogo dell'Adolescentologo*. Milan: Dipartimento di Adolescentologia, Università Ambrosiana; 2024.
10. Ministero della Salute. *Schema di decreto-legge per il riordino dell'assistenza territoriale e della medicina generale (Decreto Schillaci)*. Roma: Ministero della Salute; 2026.

[1] Vito Galante è docente presso la Scuola Medica di Milano e il Dipartimento di Adolescentologia dell'Università Ambrosiana. Ricopre attualmente la carica di Direttore del Comitato Sanitario Nazionale e di Vice-Presidente della Società Italiana di Adolescentologia e Medicina dell'Adolescenza (SIAd).

La sua attività di ricerca e coordinamento si declina nella direzione di due importanti realtà scientifiche:

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

- Il Laboratorio di ricerca in Counselling medico dell'adolescente presso la Scuola Medica di Milano;
- Il Laboratorio di genitorialità creativa dell'Accademia Genitori.

Autore di numerose pubblicazioni scientifiche dedicate alla Medicina centrata sulla persona e all'adolescentologia clinica, il suo contributo alla disciplina è stato riconosciuto nel 2025 ad Assisi con il conferimento del Premio Internazionale di Adolescentologia "Leroy Travis".
vgalante@unambro.it- vgalante@adolescentologia.it

[2] Riforma sanità, arriva il decreto Schillaci: cosa cambia per i medici di famiglia. Sky TG24 [Internet]. 25 aprile 2026 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:
<https://tg24.sky.it/politica/2026/04/25/riforma-sanita-decreto-schillaci-medici-famiglia>

[3] Ibidem, 2

[4] Ibidem, 2

[5] Ibidem, 2

[6] Ibidem, 2

[7] Ibidem, 2

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

[8] Ibidem, 2

[9] Ibidem, 2

[10] Ibidem, 2

[11] Medici di famiglia. Ecco il testo della Riforma Schillaci. Arriva il doppio canale dipendenza-convenzione riformata, specializzazione universitaria e pediatria fino a 18 anni. Le novità. Quotidiano Sanità [Internet]. 2026 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

<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-pediatria-fino-a-18-anni-le-novita/>

[12] Person-Centered Medicine History. Università Ambrosiana [Internet]. [data sconosciuta] [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

https://www.unambro.it/html/pdf/PCM_History.pdf

[13] Unity vs. Fragmentation: The Epistemology of Person-Centered Medicine in the Thought of Giuseppe Rodolfo Brera. ResearchGate [Internet]. 2010 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

https://www.researchgate.net/publication/401490177_Unity_vs_Fragmentation_The_Epistemology_of_Person-Centered_Medicine_in_the_Thought_of_Giuseppe_Rodolfo_Brera_Person_Centered

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

[14] Ibidem, 12

[15] Ibidem, 13

[16] Ibidem, 12

[17] Brera GR. The Italian perspective in Person-centered Medicine teaching. ResearchGate [Internet]. 2025 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

https://www.researchgate.net/publication/388350701_The_Italian_perspective_in_Person-centered_Medicine_teaching_Giuseppe_RBrera

[18] Ibidem, 17

[19] Person Centered Medicine: Theory, Teaching, Research. ResearchGate [Internet]. 2011 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

https://www.researchgate.net/publication/215528815_Person_Centered_MedicineTheoryTeachingResearch

[20] Ibidem, 17

[21] Ibidem, 17

[22] The manifesto of person-centred medicine. ResearchGate [Internet]. 2009 [citato il 22

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

https://www.researchgate.net/publication/200708194_The_manifesto_of_person-centred_medicine

[23] Ibidem, 17

[24] Person Centered Medicine and Person Centered Clinical Method. Università Ambrosiana News [Internet]. [data sconosciuta] [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.universitaambrosiananews.it/person-centered-medicine-and-person-centered-clinical-method/>

[25] Ibidem,13

[26] Ibidem, 13

[27] Ibidem, 13

[28] Ibidem, 13

[29] Ibidem,13

[30] Ibidem, 13

[31] Ibidem,17

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

[32] The shift of Medicine to the Person-Centered Medicine paradigm. Università Ambrosiana [Internet]. [data sconosciuta] [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

[https://www.unambro.it/html/pdf/The%20Medicine%20shift%20to%20the%20Person-centered%20Medicine%20paradigm%20\(2\).pdf](https://www.unambro.it/html/pdf/The%20Medicine%20shift%20to%20the%20Person-centered%20Medicine%20paradigm%20(2).pdf)

[33] Ibidem, 32

[34] Ibidem, 12

[35] Ibidem, 19

[36] Ibidem, 19

[37] Ibidem, 13

[38] Ibidem, 13

[39] Decreto Schillaci, i medici di famiglia: “Bene la riforma, ma applicare all’assistenza primaria i modelli dell’ospedale è un errore”. insalutenews.it [Internet]. 2026 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

[https://www.insalutenews.it/in-salute/decreto-schillaci-i-medici-di-famiglia-bene-la-riforma-ma-applicare-allassistenza-primaria-i-modelli dellospedale-e-un-errore/](https://www.insalutenews.it/in-salute/decreto-schillaci-i-medici-di-famiglia-bene-la-riforma-ma-applicare-allassistenza-primaria-i-modelli-dellospedale-e-un-errore/)

[40] MMG, la riforma Schillaci e il conflitto sul futuro della medicina di famiglia.

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

TrendSanità [Internet]. 2026 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:
<https://trendsanita.it/mmg-riforma-schillaci/>

[41] Ibidem, 39

[42] Ibidem, 40

[43] Medici di famiglia. Cambia la convenzione con nuovi obblighi organizzativi e dipendenza su base volontaria. Arriva la riforma Schillaci per far funzionare le Case della Comunità. Ecco la bozza. Quotidiano Sanità [Internet]. 2026 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:
<https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/medici-di-famiglia-cambia-la-convenzione-con-nuovi-obblighi-organizzativi-e-dipendenza-su-base-volontaria-arriva-la-riforma-schillaci-per-far-funzionare-le-case-della-comunit-ecco-la-bozza/>

[44] Ibidem, 19

[45] Ibidem, 49

[46] Ibidem, 2

[47] Riforma medicina generale. Scotti (Fimmg): "Sbagliato il metodo e il merito. Curare non è una catena di montaggio". Quotidiano Sanità [Internet]. 2026 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:
<https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/riforma-medicina-generale-scotti-fimmg>

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

[-sbagliato-il-metodo-e-il-merito-curare-non-e-una-catena-di-montaggio/](#)

[48] Decreto Schillaci, Fimmg Lazio all'attacco: "Riforma ideologica che smantella la sanità pubblica". insalutenews.it [Internet]. 2026 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.insalutenews.it/in-salute/decreto-schillaci-fimmg-lazio-allattacco-riforma-ideologica-che-smantella-la-sanita-pubblica/>

Il Decreto Schillaci dà il colpo di grazia alla Medicina generale. Il Manifesto Sardo [Internet]. 2026 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.manifestosardo.org/il-decreto-schillaci-da-il-colpo-di-grazia-alla-medicina-generale/>

[49] Riforma medicina generale, doppio canale tra convenzione e dipendenza. DottNet [Internet]. 2026 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.dottnet.it/articolo/32542303/riforma-medicina-generale-doppio-canale-tra-convenzione-e-dipendenza>

[50] Ibidem, 49

[51] Ibidem, 13

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

[52] Ibidem, 17

[53] Ibidem, 40

[54] Ibidem, 2

[55] Ibidem, 10

[56] Medici di famiglia. Ecco il testo della Riforma Schillaci. Arriva il doppio canale dipendenza-convenzione riformata, specializzazione universitaria e pediatria fino a 18 anni. Le novità. Quotidiano Sanità [Internet]. 2026 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

<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-pediatria-fino-a-18-anni-le-novita/>

[57] The Kairological Approach of Giuseppe R. ResearchGate [Internet]. 2025 [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

https://www.researchgate.net/publication/399404598_The_Kairological_Approach_of_Giuseppe_R

[58] MEDICINA CENTRATA SULLA PERSONA Archivi. Università Ambrosiana News [Internet]. [data sconosciuta] [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile all'indirizzo:

<https://www.universitaambrosiananews.it/tag/medicina-centrata-sulla-persona/>

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

[59] Ibidem, 58

[60] Categoria: Giuseppe R. Brera - adolescentologia e medicina dell'adolescenza.
Adolescentologia Online [Internet]. [data sconosciuta] [citato il 22 maggio 2026].
Disponibile all'indirizzo: <https://www.adolescentologiaonline.it/category/giuseppe-r-brera-2/>

[61] Ibidem, 57

[62] Ibidem, 58

[63] Scuola Medica di Milano [Internet]. Milano [citato il 22 maggio 2026]. Disponibile
all'indirizzo: <https://www.scuolamedicamilano.it/>

[64] Ibidem, 56

[65] Ibidem, 32

[66] Ibidem, 17

[67] Ibidem, 17

[68] Ibidem, 12

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

[69] Ibidem, 12

[70] Ibidem, 13

[71] Ibidem, 2

[72] Ibidem, 39

[73] Ibidem,12

[74] Ibidem, 19

[75] Ibidem, 19

[76] Ibidem, 19

[77] Ibidem, 49

[78] Ibidem, 39

[79] Ibidem, 13

[80] Ibidem, 12

[81] Ibidem,19

[82] Ibidem, 12

[83] Ibidem, 56

Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-
Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata
sulla Persona

[84] Ibidem, 60

[85] Ibidem, 24

[86] Person-Centered Medicine and Person-Centered Clinical Method: Clinical results of the medicine unitary paradigm teaching and the COVID-19 people and the Person-Centered Prevention Theory. 2a ed. ResearchGate [Internet]. 2024 [citato il 22 maggio 2026]. ISBN: 9798722263544. Disponibile all'indirizzo:

https://www.researchgate.net/publication/384503969_

[87] Ibidem, 13

How useful was this post?

Click on a star to rate it!

Submit Rating

Average rating 0 / 5. Vote count: 0

No votes so far! Be the first to rate this post.

As you found this post useful...

Follow us on social media!