

Roma maggio 2026
Al Ministero della Salute
Ufficio di Gabinetto del Ministro
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Lungotevere Ripa, 1
Conferenza Stato – Regioni
Commissioni Parlamentari

Oggetto: Proposte SMI alla riforma della medicina territoriale e decretazione d’urgenza sulle misure straordinarie per l’assistenza territoriale e Case della Comunità.

Premessa

La bozza del decreto di legge pervenutaci per le vie brevi presenta evidenti criticità regolatorie e costituzionali. Il testo estende indebitamente lo strumento della decretazione d'urgenza a materie che rientrano nella riserva di contrattazione collettiva nazionale (art. 39 Cost.).

La responsabilità del ritardo nell’attuazione degli obiettivi della missione 6 del PNRR non si può ascrivere ai medici e una riforma così ampia e di tale portata deve essere sicuramente condivisa con i professionisti e le parti sociali.

Per il Sindacato Medici Italiani (SMI), l’urgenza deve limitarsi esclusivamente all’attivazione delle Case della Comunità per il raggiungimento degli obiettivi del PNRR Missione 6.

Si alla Dipendenza volontaria per i medici già operanti nella medicina generale. L’accesso deve avvenire su base volontaria.

Il decreto-legge può normare i canali straordinari e complementari di reclutamento medico temporaneo per le Case di comunità, deve, invece, demandare interamente all’Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e ai conseguenti accordi integrativi regionali (AIR) la regolamentazione del rapporto convenzionale e delle relative articolazioni orarie.

Al fine di tradurre politicamente e sindacalmente tali principi, si trasmette di seguito il testo dell’articolato ministeriale integralmente riformulato con le modifiche, le cancellazioni e le integrazioni dello SMI.

Le presenti proposte sono tassativamente orientate al raggiungimento dei seguenti obiettivi prioritari:

1.No al debito orario coatto dei medici di medicina generale

In base alle leggi vigenti e ai principi cardine dell'ordinamento giuridico italiano, un decreto legge non può imporre direttamente e unilateralmente ore obbligatorie nelle Case di Comunità ai medici di famiglia retribuiti a quota capitaria.

Infatti, rammentiamo, che la giurisprudenza della Corte Costituzionale ha consolidato il principio della riserva di contrattazione: lo Stato può fissare per legge gli obiettivi strategici di salute (come i Lea o la Missione 6 del PNRR), ma non scavalcare i sindacati e le parti negoziali per definire o modificare d'autorità le modalità della prestazione lavorativa, il debito orario o la struttura della remunerazione.

2. No alla retribuzione per obiettivi e alla deroga dei blocchi contrattuali: Mantenere la piena validità di tutto il blocco contrattuale nazionale e regionale sino al subentro di nuovi accordi. Siamo nettamente contrari allo spostamento delle partite economiche storiche e all'eliminazione di voci retributive, dedicate alla medicina generale, risorse che consentono di mantenere la capillarità e prossimità delle cure, in autonoma organizzazione, tramite gli studi periferici, così come emerge dalle pieghe interpretative del decreto.

3. No alle equivalenze unilaterali: Bloccare le equiparazioni forzate, con affidamento delle cure primarie a specializzazioni ospedaliere, carattere di branca (geriatria, neurologia, cardiologia etc.) in palese violazione del Capo IV della Direttiva Comunitaria 2005/36/CE.

In base alle normative vigenti il corso di formazione in Medicina Generale (CFSMG) istituito a livello nazionale dal **Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368**, in recepimento delle direttive europee, permette di esercitare l'attività di medico di medicina generale.

L'impianto normativo è stato poi modificato e integrato dai seguenti provvedimenti chiave:

- **Decreto Legislativo 8 luglio 2003, n. 277:** ha modificato il D.Lgs. 368/99, portando la durata del corso da due a tre anni in adeguamento alle normative comunitarie e assegnando definitivamente la competenza dell'organizzazione alle Regioni.
- Decreto del Ministero della Salute 7 marzo 2006: disciplina i principi fondamentali e le modalità di svolgimento del corso.

Per cui l'esercizio di attività territoriale equiparata a rapporto fiduciario non può prescindere dal rispetto delle normative comunitarie recepite dall'ordinamento italiano.

4) **No al ruolo unico**, quale strumento che stigmatizza una realtà contrattuale, quale causa primaria di abbandono della professione e necessità inderogabile della riforma del D.L. 158/2012

5) **Si all'Istituzione della scuola di specializzazione in Medicina Generale** come valorizzazione professionale ed incentivazione per i giovani professionisti , creando una equipollenza diretta ed immediata con l'attuale corso di formazione nello spirito del D.P.R 484/1997 e individuazione specifico identificativo SSD all' interno di area didattica che qualifichi in via univoca la formazione specifica in medicina generale ex CFSMG.

6) **Si al rilancio della medicina dei servizi** , modificando l'art. 8 del D.L 502/92 , quale canale prioritario per l'attivazione delle Case di Comunità, con immediata riapertura dell' area e nuova attribuzione di titolarità proprio per le CDC , in relazione ai fabbisogni regionali, con adeguamento quote orarie ed equiparazione tra art. 57 ACN vigente comma 1 lett. a) punto 1 et Art.47 Comma e) punto 3 .

7) **Si al contratto a dipendenza** per i medici Specialisti in Medicina generale e cure primarie, anche equipollenti e anche a tempo determinato, tramite avviso pubblico ai sensi del D.Lgs. 165/2001 e del D.P.R. 483/1997.

8) **Si al completamento orario su base volontaria**, rendendo compatibili ore di medicina dei servizi, continuità assistenziale e scelte con contratti separati complementari ma non rigidamente incardinati tra loro.

9) **Si alla difesa e rivalutazione della quota capitaria complessiva** anche come strumento per il mantenimento dell'autonoma organizzazione degli studi periferici

Sostenibilità economica della capillarità:

Per coprire un fabbisogno di 11.826.000 ore mediche annue (necessarie per tenere aperte 1.350 Case della Comunità h24 per 365 giorni), i calcoli sul personale e sull'impatto economico evidenziano dati insostenibili per l'attuale bilancio sanitario a isorisorse, a meno di non traslare i fondi oggi impiegati nel finanziamento della medicina generale, che garantisce la capillarità e la prossimità al cittadino tramite gli studi periferici.

Per reperire i medici necessari (di cui una buona parte già operante nei ruoli di medicina dei servizi e/o continuità assistenziale all'interno delle strutture distrettuali) lo SMI propone quattro canali strutturali legittimi recepiti nell'articolato:

1. Rilancio della Medicina dei Servizi, (area già prevista ed integrata nell'ACN della medicina generale) tramite la revisione dell'art. 8 del D.Lgs. 502/92 per superare definitivamente i ruoli ad esaurimento.

2. Contratto a dipendenza, anche a tempo determinato, tramite avviso pubblico ai sensi del D.Lgs. 165/2001 e del D.P.R. 483/1997.

3. Istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, creando un'equipollenza diretta ed immediata (art. legge dpr 484/97) con l'attuale corso di formazione specifica, con

impiego degli specializzandi in medicina generale nelle CdC. In analogia al Decreto Calabria ed al decreto appropriatezza.

4. Completamento orario su base volontaria, rendendo compatibili ore di medicina dei servizi, continuità assistenziale e ciclo di scelta con contratti separati complementari ma non rigidamente incardinati tra loro.

ARTICOLATO RIFORMULATO CON EMENDAMENTI SMI

Tutte le modifiche dello SMI sono in giallo.

Art. 1 - Oggetto e finalità

1. Il presente decreto reca disposizioni urgenti per assicurare la piena operatività delle Case della Comunità previste dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 (di seguito “DM 77”), il rafforzamento dell’assistenza primaria territoriale e l’integrazione della medicina generale e della pediatria di libera scelta nella rete dei servizi territoriali, in coerenza con gli obiettivi della Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Il decreto è finalizzato a:

* a) consentire lo svolgimento di attività oraria, su base esclusivamente opzionale e volontaria, dei medici di assistenza primaria e continuità assistenziale nelle Case della Comunità;

* b) assicurare l’effettiva copertura delle funzioni territoriali strutturate all’interno delle medesime strutture, attingendo in via prioritaria dalle risorse umane della Medicina dei Servizi a cui vengono applicate le stesse tutele della dirigenza medica

* c) mantenere e garantire il rapporto convenzionale quale canale prioritario e immodificabile di accesso alla medicina generale e alla pediatria di libera scelta;

* d) consentire il ricorso sussidiario e complementare al rapporto di lavoro dipendente esclusivamente per l’operatività interna alle Case della Comunità, nei soli casi di incarichi vacanti, carenze assistenziali o fabbisogni non soddisfatti attraverso il canale convenzionale ai medici specialisti in cure primarie o equipollenti ;

* e) demandare all’Accordo Collettivo Nazionale per il triennio 2025/2027 (di seguito “ACN 2025-27”) la definizione negoziale degli obblighi organizzativi, della remunerazione e dei modelli di presa in carico nelle Case di Comunità, a totale invarianza delle tutele giuridiche ed economiche vigenti.

f) demandare all’accordo collettivo nazionale il recepimento della mozione bipartisan della XVIII Legislatura, Mozione 1-00618 30 marzo 2022 relativo a maggiori tutele per i MMG .

g) demandare agli ACN la valorizzazione ed adeguamento della quota capitaria complessiva anche come strumento per finanziare l'autonoma organizzazione degli studi dei MMG

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto è avviato il procedimento di adeguamento e rinnovo degli Accordi collettivi nazionali della medicina generale e pediatria di libera scelta.

3. A partire dalla sottoscrizione dell'ACN 2025/27 e relativa pubblicazione in Gazzetta Ufficiale si procederà all'avvio delle contrattazioni regionali, da sottoscrivere entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del medesimo ACN. Fino al formale subentro e alla firma dei nuovi accordi integrativi regionali, restano pienamente validi e vigenti tutti gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) in essere **con i relativi istituti economici**, al fine di salvaguardare integralmente i blocchi contrattuali e impedire lo spostamento o l'eliminazione delle partite economiche storicamente consolidate.

Art. 2 - Convenzione prioritaria, tutela della Medicina dei Servizi e volontarietà oraria

1. La medicina generale e la pediatria di libera scelta sono esercitate prioritariamente nell'ambito del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. Il rapporto di lavoro dipendente in caso di documentata incapacità costituisce ulteriore canale di ingaggio, residuale e complementare, selettivo e programmato solo nelle Case di Comunità. Esso è attivabile dalle Regioni e dalle Province autonome esclusivamente all'interno delle Case della Comunità per la copertura degli incarichi vacanti non assegnati attraverso il canale convenzionale, andato deserto almeno per due concorsi successivi. È escluso l'affidamento al canale della dipendenza di funzioni esterne alle Case della Comunità o la strutturazione di servizi distrettuali concorrenziali con l'assistenza primaria convenzionata.

3. I medici di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta partecipano alla rete territoriale dei servizi nel rispetto del principio di prossimità del DM 77/2022 e della capillarità degli studi medici periferici, i quali sono riconosciuti e valorizzati quali "strutture satellite" e nodi essenziali della rete assistenziale territoriale.

4. Per il funzionamento delle Case della Comunità, le aziende sanitarie attingono prioritariamente alle risorse umane composte della Medicina dei Servizi, nell'ambito del debito orario previsto (da 24 a 38 ore settimanali) o tramite quota oraria pura a completamento delle ore contrattuali fino al raggiungimento delle 38 ore complessive, riattivando i relativi concorsi del settore, attualmente ad esaurimento.

5. I medici di assistenza primaria a ciclo di scelta non già assoggettati al debito orario obbligatorio, nonché i pediatri di libera scelta, possono assicurare, su base strettamente volontaria ed opzionale, e rendendo compatibili le ore di medicina dei servizi, continuità

assistenziale e scelte con contratti separati complementari ma non rigidamente incardinati tra loro, una quota oraria di attività presso le Case della Comunità. Non è consentita ogni imposizione unilaterale o precettazione di debito orario coatto.

Art. 3 - Adeguamento dell'Accordo collettivo nazionale 2025/2027 e tutele della remunerazione

1. L'ACN 2025/27 della medicina generale e della pediatria di libera scelta recepisce e attua gli indirizzi strategici del presente decreto nel quadro dell'articolo 8 del D.Lgs. 502/1992, ferma restando l'autonomia negoziale delle parti.

2. L'Accordo collettivo nazionale disciplina, in particolare:

* a) le modalità di impiego e di remunerazione della quota oraria facoltativa e volontaria per l'attività nelle Case della Comunità;

* b) le modalità di partecipazione alla rete territoriale dei servizi e il raccordo con il distretto;

* c) le modalità di presa in carico strutturata dei pazienti cronici e fragili;

* d) la fornitura e l'utilizzo dei sistemi informativi interoperabili e degli strumenti digitali di sistema;

* e) la partecipazione ad audit, verifiche, monitoraggio e valutazione degli esiti;

* f) il lavoro multiprofessionale con infermieri, specialisti, personale tecnico-amministrativo e servizi sociali;

* g) La credibilità e la flessibilità necessaria attraverso gli accordi integrativi regionali, per la salvaguardia delle specificità di governo clinico territoriale e la conseguente continuità economica e le risorse storiche.

3. Al fine di garantire l'assoluta trasparenza delle risorse economiche contrattuali, evitando che l'interpretazione delle norme si traduca nell'eliminazione di voci retributive o nello spostamento improprio di risorse, la remunerazione convenzionale è progressivamente articolata dall'ACN 2025/27 nelle seguenti componenti tassative:

* A. Quota capitaria complessiva per assistito, definita e negoziata esclusivamente a livello nazionale;

* B. Quota variabile, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale, finalizzata all'effettuazione di specifici programmi di attività per la promozione del governo clinico, lo sviluppo della medicina d'iniziativa ed alla presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica (comprensiva delle quote per la presa in carico, prevenzione e medicina di iniziativa, e risultati);

* C. Quota per servizi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;

* D. Quota del fondo aziendale dei fattori produttivi (personale di segreteria, infermieri di studio, diagnostica di primo livello e telemedicina), definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;

* E. Quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale;

* F. Quota per attività volontaria nella Casa della Comunità, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale.

4.-La platea degli assistiti in carico ai pediatri di libera scelta comporta l'obbligo dalla nascita ai 6 anni. Resta fermo il diritto, **facoltativo**, dei cittadini di mantenere l'iscrizione dei minori presso il pediatra fiduciario dal compimento del sesto anno fino al sedicesimo anno di età garantendo la continuità assistenziale. Eventuali indennità del fondo della medicina generale per l'attribuzione premiale attuale della quota dei minori al medico di medicina generale, viene riconsiderata e riconteggiata in relazione alla popolazione sopra i 70 anni di età.

5. Quanto previsto dal comma 4 costituisce indirizzo vincolante per l'ACN dei pediatri di libera scelta per il triennio 2025-27.

6. Gli Accordi collettivi nazionali adeguano, nel rispetto delle risorse economiche già erogate, i modelli remunerativi non coerenti con l'effettivo apporto organizzativo, assistenziale e di presa in carico del paziente.

7. Gli accordi integrativi regionali vigenti sono adeguati ai principi del presente decreto e dell'ACN 2025/27 entro sei mesi dalla sua sottoscrizione. Fino all'adeguamento definitivo restano pienamente vigenti e attive tutte le disposizioni regionali ed economiche antecedenti, evitando interruzioni nell'organizzazione dei servizi territoriali e perdite retributive per i professionisti.

Art. 4 - Canale dipendente complementare ed esclusioni per i ruoli ospedalieri

1. Le Regioni e le Province autonome possono attivare il rapporto di lavoro dipendente, anche a tempo determinato tramite avvisi pubblici (ai sensi del D.Lgs. 165/2001, del D.P.R. 483/1997 e del D.Lgs. 502/1992), esclusivamente per le funzioni assistenziali interne alle Case della Comunità e per la sola copertura di zone a grave carenza assistenziale non colmabili tramite il canale convenzionale, per due concorsi successivamente andati a vuoto in quella zona carente.

2. Ai fini dell'accesso al canale della dipendenza territoriale è istituita la classe concorsuale "Medicina generale, di comunità e cure primarie".

3. Al fine di garantire l'equipollenza dei titoli d'accesso, è istituita la Scuola di Specializzazione universitaria in Medicina Generale (in sostituzione e subentro del corso di formazione in medicina generale). Il conseguimento del relativo titolo specialistico è equiparato in via diretta

ed immediata all'attuale Corso di formazione specifica in medicina generale. In via transitoria, ai medici di medicina generale in possesso del titolo di formazione specifica o titolo equipollente che alla data di entrata in vigore del presente decreto abbiano maturato un'esperienza complessiva assistenziale sul campo pari ad almeno cinque anni continuativi, comprendente il corso stesso, è riconosciuto l'automatico titolo di specialista, valido per l'inquadramento diretto nei ruoli della dipendenza territoriale qualora il medico eserciti l'opzione volontaria.

4. Al fine di preservare la natura strettamente territoriale e distrettuale delle Case della Comunità, impedendo la loro trasformazione de facto in presidi ospedalieri minori ("ospedalini"), non è consentito (vedi normativa di cui alla premessa comma 3) l'accesso a questo canale assistenziale e l'inserimento nelle Case della Comunità di personale medico dipendente della specialistica ospedaliera e non o comunque privo della specifica formazione in medicina generale e territoriale, nel pieno rispetto del Capo IV della Direttiva Comunitaria 2005/36/CE per tutti i medici laureatisi dopo il 1994.

Art. 5 - Sostegno ai fattori produttivi nelle zone disagiate e programmazione

1. La programmazione regionale dell'assistenza primaria definisce i fabbisogni territoriali e le priorità di attivazione del canale della dipendenza volontaria, subordinatamente alla verifica delle carenze convenzionali non copribili.

2. Al fine di contrastare la desertificazione sanitaria nei piccoli comuni, nelle aree interne, montane e nelle periferie urbane, le Regioni finanziano direttamente lo sviluppo dei fattori produttivi presso gli studi medici di prossimità ("strutture satellite"). Le risorse economiche sono specificamente destinate a personale di segreteria, infermieri di studio, telemedicina e diagnostica di primo livello. Se si devono trattare le specializzazioni, queste devono comprendere anche la Chirurgia generale, la Chirurgia d'urgenza e accettazione, Igiene e sanità pubblica, Neurologia che mancano dalla bozza.

Art. 6 - Disposizioni finanziarie, tutele sociali e flessibilità contrattuale nelle Case di Comunità

1. Al fine di garantire l'attrattività della professione e il ricambio generazionale, vengono reperite le necessarie risorse mediante eventuali successive autorizzazioni di spesa disposte con la legge di bilancio o con ulteriori provvedimenti normativi, per estendere ai medici in regime di convenzione le tutele fondamentali del lavoro dipendente, con specifico riferimento al pieno riconoscimento dell'infortunio sul lavoro, al diritto alle ferie, ai permessi per malattia retribuiti e alla maternità assistita.

2. La reale flessibilità contrattuale sul territorio deve essere raggiunta tramite la formale abolizione del ruolo unico della medicina generale, mediante la conseguente modifica della legge 189/2021, ripristinando le corrette distinzioni giuridiche ed economiche tra le diverse funzioni assistenziali e superando i ruoli ad esaurimento tramite la revisione dell'articolo 8 del D.Lgs. 502/92.

3. Le coperture economiche per le misure del presente decreto-legge fanno riferimento a quanto stabilito dalla legge 30 dicembre 2021, n. 234-

Emendamenti all'articolo 7

Prevedere il monitoraggio dell'attuazione del presente decreto legge nelle Case di Comunità

Espungere il comma 2 lett. c)

Nella lettera h) va cancellato "territoriali" e aggiunto "Case di Comunità"

Emendamenti all'articolo 9

All'art.9 va espunto dal comma 1 le parole <carattere imperativo>

Certi dell'attenzione e della sensibilità istituzionale che Codesto Ministero riserverà alle istanze prodotte dallo SMI, si resta in attesa di una tempestiva convocazione per l'avvio del confronto tecnico.

Distinti saluti,

La Segreteria Nazionale SMI