



Sezione Regionale FVG

C.F. 94156650304

pec: friuliveneziagiulia@pec.snami.org

Il Presidente p.t.

cell. 328 5560373

Al Direttore Generale

ASUFC

asufc@certsanita.fvg.it

e per conoscenza:

Al Sig. Assessore alla Salute Regione FVG

assessorosalute@certregione.fvg.it

Al Direttore Centrale Salute

Regione Aut. FVG

salute@certregione.fvg.it

Al Direttore Generale ARCS

arcs@certsanita.fvg.it

Al Sig. Presidente

OMCeO Udine

segreteria.ud@pec.omceo.it

Alla Corte dei Conti

Sez. Reg. Controllo

friuliveneziagiulia.controllo@corteconticert.it

Alla Procura Regionale

della Corte dei Conti

friuliveneziagiulia.procura@corteconticert.it

Oggetto: Impiego dei medici di assistenza primaria (MMG RUAP) nelle Case della Comunità (CdC)

A seguito di innumerevoli e datate istanze relative a quanto in oggetto, riceviamo la nota pec Prot. 0116013 del 06/07/2026.

Con tale comunicazione vengono affrontate sia le tematiche che i relativi quesiti posti da tempo dalla nostra Organizzazione Sindacale.

Molte delle considerazioni contenute in tale comunicazione paiono meritevoli del dovuto approfondimento e relativi commenti.

Nel ricordare che la denominazione delle strutture erogative introdotte dal DM. 77/2022 è **“Case della Comunità”** e che le stesse dovrebbero avere un bacino d’utenza di circa 40.000-50.000 abitanti, salvo deroghe motivate, che vi afferiscono, identificando in tal modo la *“comunità”*, si ritiene che l’accesso alle stesse non dovrebbe essere indiscriminato come nei Pronto Soccorso ospedalieri, in quanto i servizi (socio-sanitari) sarebbero rivolti SOLO ai cittadini che fanno parte di quella specifica *“comunità”* che rappresenta il bacino d’utenza: quindi non “ambulatori per tutti” ma servizi socio-sanitari per quella specifica comunità.

Fatta questa doverosa premessa, possiamo ad analizzare in modo sintetico, e limitato solo ad alcuni aspetti, le varie informazioni e affermazioni contenute nella citata nota della Direzione aziendale non prima di aver ricordato che le **Linee di Indirizzo emanate da AGENAS** il (versione) **05/04/2024** prevedono che *“Al fine di facilitare il primo accesso dei cittadini nella CdC hub, con particolare attenzione alle persone con oltre 75 anni, e favorire l’avvio tempestivo della rilevazione e*



della valutazione dei bisogni sanitari e sociosanitari, si prevede, al primo accesso nella CdC hub, un primo contatto informativo, di conoscenza e di orientamento rispetto ai servizi presenti ai quali è possibile rivolgersi, svolto dall'IFoC o altro personale appositamente formato. Tale rilevazione è condivisa con il Medico del ruolo unico di assistenza primaria di riferimento, responsabile clinico del paziente per la sua presa in carico integrata e l'elaborazione del Progetto di Assistenza Individuale (PAI)." e che le attività garantite dalla CdC hub riguardano "[...] l'assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale".

Si riportano pertanto alcuni passaggi tratti dalla nota aziendale citata proponendo osservazioni, commenti e una richiesta.

1. *"L'allegato 1 al decreto 23 maggio 2022, n. 77 definisce quale standard per la Casa della comunità hub la presenza medica «h 24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della continuità assistenziale»": "integrazione" non significa "sostituzione" come sta avvenendo dal 1° dicembre 2025; inoltre, l'ACN definisce chiaramente e caratterizza i due ruoli, che sono distinti, e prevede uno **specifico incentivo** per l'attività dei MMG RUAP nelle CdC, che ad oggi non è stato mai liquidato. Inoltre, le Linee di Indirizzo emanate da AGENAS il 05/04/2024 individuano esattamente quali sono i Professionisti ("presenza medica") la cui presenza, almeno a partire dal 1° luglio 2026, è conditio sine qua non per ottenere il finanziamento PNRR: si cita testualmente *"Per assicurare l'erogazione delle attività sopradescritte, secondo gli standard del DM. 77/2022, la CdC hub deve avere la seguente presenza minima di personale: - personale medico del ruolo unico di assistenza primaria h24,"* cioè MMG RUAP.*
2. *"La **tabella n. 1** del documento appena richiamato, recante i servizi e le specifiche/strutture della macro-area Assistenza di prossimità **stabilisce che l'ambulatorio cure primarie per condizioni cliniche non differibili «garantisce oltre alle prestazioni erogate dalla continuità assistenziale, prestazioni non complesse e prestazioni non differibili, attualmente erogate nei pronto soccorso ospedalieri e nei punti di primo intervento (PPI)»**": il riferimento è alla **DGR n. 664 del 23 maggio 2025**. Il presupposto alla base di tale statuizione parrebbe non corretto perché ci si dimentica che:*
 - a. l'erogazione delle prestazioni non differibili è da decenni compito non già di PPI e PS ma della Medicina Generale attraverso i Medici (MMG) di famiglia nelle giornate dei diurni feriali, prefestivi ora esclusi, e dei Medici (MMG) di Continuità Assistenziale nei turni notturni/festivi/prefestivi/anticipi;
 - b. i PPI e i Pronto Soccorso si occupano soprattutto di Emergenza Urgenza, mentre i MMG (RUAP) oltre della non differibilità, si occupano soprattutto di cronicità. Ricordiamo che le CdC non sono state istituite per intercettare i Codici Bianchi, come definiti ex-post, perché sono di competenza dell'Emergenza Urgenza. Inoltre, **i MMG RUAP non sono formati per la gestione dell'Emergenza Urgenza non avendone competenze specifiche**, mentre i Medici impiegati nei PPI, forniti da Arkesis, come affermato nella nota aziendale, dovrebbero invece essere in possesso dei requisiti specifici che ad esempio posseggono i MMG dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, figura professionale prevista da decenni dall'ACN, attualmente Capo III, e che in Regione non è molto *"amata"* visto che dal 2006 il Corso abilitante, regolamentato dall'ACN, è stato attivato una sola volta e su nostra insistenza, nel 2022; tali Professionisti convenzionati (MMG EST) sarebbero di sicuro supporto ai Presidi che si occupano di Emergenza Urgenza, compreso i PPI, e a tariffe di molto inferiori a quelle utilizzate per l'esternalizzazione. Infine, ricordiamo che i PPI sono stati istituiti (DM. 70/2015) laddove i piccoli ospedali vengano trasformati in strutture diverse e servono anche a garantire una prima assistenza alla cittadinanza in attesa del 118: è palese che i servizi previsti



e offerti dalle CdC alla popolazione di riferimento sono tutt'altro rispetto a quelli disponibili nei PPI.

Pertanto, si ritiene che sarebbero da rivedere i contenuti della tabella citata.

Inoltre, l'allegato alla **DGR. 1795/2025**, che rinvia alla stessa **DGR. 664/2025**, prevede l'apertura degli **"ambulatori per la presa in carico della cronicità e della fragilità a valenza multiprofessionale"** che dovrebbero caratterizzare le CdC quali luoghi per l'integrazione socio-sanitaria per quella specifica Comunità, **ma di tali ambulatori ad oggi non v'è traccia alcuna.**

3. **"I referenti di AFT sono stati coinvolti dalla direzione sanitaria in un percorso aziendale inteso alla progressiva attuazione dell'offerta di prestazioni di cui sopra, convenendo, tra l'altro, di proporre ai medici di assistenza primaria un percorso formativo al fine di uniformare le competenze riferite all'operatività dell'ambulatorio cure primarie per condizioni cliniche non differibili, come concordato dal direttore sanitario con i referenti medesimi;"**: ricordato che i MMG Referenti AFT non rivestono alcun ruolo sindacale come invece si vorrebbe, corre l'obbligo di osservare che le OO.SS. della Medicina Generale non sono mai state coinvolte non solo su questo aspetto ma su tutte le procedure adottate e (!?) derivanti dall'applicazione del DM. 77/2022 e dagli atti, soprattutto amministrativi, conseguenti.
4. **"Con avviso n. 83790 del 14 maggio 2026, secondo quanto previsto dalla delibera della Giunta regionale n. 1795 del 12 dicembre 2025 e a seguito delle ricognizioni del 19 novembre e 15 dicembre 2025, l'Azienda ha dato avvio alla rilevazione della disponibilità dei medici di assistenza primaria convenzionati a prestare attività assistenziale, aggiuntiva e straordinaria, presso gli ambulatori di cure primarie per condizioni cliniche non differibili delle Case della comunità."**: dobbiamo ribadire che le OO. SS. dei MMG sono state poco o per nulla coinvolte fin dalla predisposizione dell'allegato alla citata DGR 1795/2025 - e atti aziendali conseguenti - in quanto non fu accolta quasi nessuna delle proposte sindacali; **vi è l'impressione che si faccia di tutto per scoraggiare l'adesione dei MMG** attualmente in attività a fornire disponibilità oraria per le CdC in applicazione del vigente AIR e dell'art. 8 della LR. 13/2025, nel mentre si continua ad esternalizzare le prestazioni mediche a costi di molto superiori.
5. **"I medici disponibili a un soltanto occasionale coinvolgimento in turni di continuità assistenziale non possono definirsi medici del ruolo unico di assistenza primaria, e, pertanto, non possono essere formalmente inseriti nelle AAFETT, poiché non hanno risposto (o non hanno più risposto) agli avvisi concernenti le procedure finalizzate alla formazione di graduatorie per l'attribuzione di incarichi a tempo determinato. In proposito, si specifica che l'Azienda ha pubblicato in data 22 giugno 2026 l'avviso n. 107448 ai fini della formazione di una graduatoria aziendale dei medici disponibili al conferimento di incarichi del ruolo unico di assistenza primaria a tempo determinato, per fare fronte alle necessità assistenziali al momento emergenti."**: le vigenti disposizioni prevedono che il personale medico obbligatoriamente presente in CdC DEVE essere rappresentato dai MMG RUAP mentre ai Medici reclutati (con contratti scritti? Con formalizzazione degli incarichi secondo quanto previsto dall'ACN?) per **"l'occasionale coinvolgimento"** per fornire prestazioni in Continuità Assistenziale, ma sempre in CdC, a quanto pare è stata assegnata una posizione giuridica incompatibile con gli incarichi negli ambulatori della non-differibilità aperti nelle CdC nonostante vi operino comunque: è forse per questo motivo che non viene erogato, pur richiesto fin dal mese di dicembre 2025, il trattamento economico integrativo obbligatoriamente previsto dall'ACN? L'abbiamo chiesto e richiesto da oltre sette mesi, ma ad oggi nessun riscontro dirimente e nessuna motivazione addotta per la mancata applicazione di una norma contrattuale vigente.



6. *“Con nota n. 570022 del 15 maggio 2026 la Direzione centrale salute della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia ha formalizzato alcune indicazioni operative sui percorsi di riforma dell’assistenza territoriale. Premesso che, ai fini della certificazione del raggiungimento del Target PNRR, la **check list ministeriale PNRRM6C1** articola la **presenza medica h24 in tre modalità tra loro complementari**:*

- *fascia diurna (ore 8–20): presenza in sede con ambulatorio aperto a tutti gli utenti per almeno 12 ore continuative, assicurata, in via generale, dai medici del ruolo unico dell’assistenza primaria;*
- *fascia notturna: continuità assistenziale garantita attraverso la Centrale Operativa/Numero Unico, deputata alla ricezione, valutazione e orientamento delle richieste, con possibilità di attivazione del medico di continuità assistenziale anche mediante strumenti di telemedicina;*
- *presenza fisica notturna: assicurata in almeno una CdC hub a livello distrettuale tramite **apposito atto aziendale**, che dia evidenza dell’organizzazione del servizio, delle turnazioni e delle COT coinvolte e, qualora la presenza fisica sia garantita presso una CdC hub diversa da quella di riferimento, motivazione della scelta in termini di bacino d’utenza, copertura del bisogno di salute ed efficientamento delle risorse;*

*il documento in parola chiarisce che le aziende sanitarie sono tenute a identificare le soluzioni idonee a garantire la presenza medica prevista per le Case della Comunità nel rispetto degli standard fissati dal DM n. 77/2022 e secondo la gerarchia degli strumenti sopra richiamata, attivando in via prioritaria tutti gli istituti convenzionali previsti dall’ACN, ivi compreso il conferimento di incarichi a tempo determinato di cui all’articolo 37 dell’ACN.”: in premessa, oltre a lamentare la mancata trasmissione della nota della DCS, va ribadito che la “**presenza medica h24**” deve essere assicurata, fin dal 1° luglio 2026, da “**personale medico del ruolo unico di assistenza primaria h24**,” cioè MMG RUAP, come disposto da Agenas con le Linee di Indirizzo - versione 05/04/2024. Inoltre, non solo l’ACN - e non solo il citato art. 37 - disciplina il reclutamento e le attività orarie dei MMG RUAP anche nelle CdC, ma anche l’AIR e i commi da 1 a 4 dell’art. 8 della LR. 13/2025.*

*Si chiede pertanto la trasmissione della nota regionale richiamata e del citato “**apposito atto aziendale**”.*

7. *“Il medesimo documento precisa inoltre che, qualora la piena copertura della presenza medica richiesta non risulti oggettivamente conseguibile con le figure professionali sopra richiamate, **le aziende adottano soluzioni alternative** idonee ad assicurare lo standard richiesto, dando evidenza delle ragioni ostative, nel rispetto dei principi di appropriatezza, continuità delle cure ed **economicità nell’impiego delle risorse**.”: si tratta di una vera e propria “**deroga**” peraltro **introdotta con una semplice comunicazione rispetto a norme e disposizioni sovraordinate**, quindi di dubbia legittimità. Quanto alla richiamata “**economicità**” è ben noto che l’esternalizzazione non pare per nulla una scelta economica, anzi.*
8. *“La nota consente infine, per le **Caselle della comunità derivanti dalla riconversione di strutture preesistenti – ivi compresi i Punti di primo intervento – la prosecuzione in via transitoria dei rapporti contrattuali già in essere all’atto dell’attivazione, in regime di compresenza con i medici del ruolo unico progressivamente integrati secondo la gerarchia degli strumenti sopra richiamata**.”: non possiamo che richiamare e ribadire le considerazioni testé espresse ricordando che le CdC non sono state istituite per vicariare e/o*



sostituire strutture preesistenti soprattutto se erogano prestazioni riconducibili all’Emergenza urgenza.

9. ***“Nella fase di avvio e completamento dei processi di cui sopra, la disponibilità dei medici dell’ETS Àrkesis, già presenti nei Punti di primo intervento, è pertanto utilizzata in ASU FC al fine di garantire il rispetto dello standard ex DM n. 77/2022 nella transizione al nuovo modello operativo.”***: nulla osta alla presenza di **personale medico fornito da ETS Àrkesis, che si configura comunque quale esternalizzazione, ma senza la presenza di “personale medico del ruolo unico di assistenza primaria h24;”** cioè MMG RUAP, come disposto da Agenas con le Linee di Indirizzo - versione 05/04/2024, la normativa vigente non è di fatto applicata. Inoltre, la ***“transizione al nuovo modello operativo”*** doveva concludersi entro il 30/06/2026 e visto che l’ACN 2019-2021 è vigente dal 04.04.2024, l’AIR dal 14/10/2025 e la LR. 13/2025 dal 30/11/2025, c’era tutto il tempo per interloquire fattivamente con le OO.SS. della Medicina Generale onde essere in grado di soddisfare tutti i requisiti previsti dalle vigenti disposizioni e garantire a partire dal 1° luglio 2026 la piena operatività delle CdC con l’obbligatoria presenza h24 dei MMG RUAP e non anche di Medici messi a disposizione dell’ETS Àrkesis, senza la necessità di deroghe di dubbia legittimità, introdotte con una semplice nota regionale, ma **con costi decisamente superiori**.

Infine, da informazioni non certo ufficiali, visto che al Sindacato non ne arrivano quasi mai di istituzionali tanto che spesso si procede con accessi agli atti ben poco graditi e che trovano molti e talvolta insuperabili ostacoli, pare che la maggioranza dei cittadini che afferisce all’ambulatorio cure primarie per condizioni cliniche non differibili aperto h24 e 7 gg. su 7 nelle CdC Hub e h12 e 6 gg. su 7 in quelle Spoke, sia rappresentata dai moltissimi assistiti che non possono scegliere il MMG RUAP a ciclo di scelta - in questo caso la ***“non differibilità”*** è rappresentata dalla mancata assegnazione di un MMG! - vista la **grave carenza** dovuta principalmente a due fattori: i molti pensionamenti, prevedibili da decenni (gobba pensionistica), e, per i giovani Medici, la scarsa attrattività e appetibilità, sia in termini organizzativo/professionali, e l’asfissiante burocrazia, che economici, della Professione di MMG, condizioni a cui non si è voluto e non si vuole porre rimedio; la soluzione non è **trattenere in servizio** i MMG in attività fino a 73 anni (o forse più ...) **e/o richiamare in servizio Medici - non solo MMG - già in quiescenza con un’età spesso ben superiore ai 73 anni e/o affidarsi all’esternalizzazione** - queste ultime due soluzioni peraltro costose - ma **istituire la scuola di Specialità universitaria** in sostituzione del Corso triennale di formazione, che abilita solamente alla Professione di MMG e non è equipollente, e **incrementare il trattamento economico** (vedi *Conto Annuale 2024*) **anche integrativo** facendo in modo di rinnovare l’ACN e l’AIR entro la scadenza naturale e applicandoli alla lettera in tutte le loro parti/istituti, cosa che ad esempio oggi non sta assolutamente avvenendo per l’AIR vigente in FVG dal 14/10/2025, che pare boicottato da DCS e Aziende sanitarie, come ampiamente segnalato dalla scrivente O.S. più e più volte senza ottenere riscontro alcuno.

In conclusione parrebbe, ma vorremmo tanto essere smentiti, che non si siano tempestivamente volute, né si vogliano, creare le condizioni per il coinvolgimento dei MMG RUAP nelle CdC, ma **si preferisca affidarsi a fornitori privati** (leggasi **esternalizzazione**, da un po’ di tempo definita con un termine elegante, **co-progettazione**) di prestazioni mediche **dai costi obiettivamente ben maggiori e in palese difformità rispetto a norme sovraordinate che non pare ammettano deroghe**, seppur motivate formalmente, considerato che pare manchi proprio la volontà di trovare soluzioni condivise preferendo l’esternalizzazione.

Nel rimanere in attesa di riscontri, si porgono distinti saluti.

Gonars, 8 luglio 2026

Dott. Stefano Vignando