



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: Attività oraria dei MMG RUAP nelle Case della Comunità

Nel richiamare le nostre innumerevoli precedenti pec relative all'oggetto, la Vs. del 06/07/2026 e la **ns. replica dd. 08.07.2026, tuttora non riscontrata**, per segnalare il notevole "disagio" manifestato da nostri iscritti rispetto a decisioni applicative unilaterali ed impositive, che si succedono a cadenza quotidiana, rispetto ai contenuti degli Accordi vigenti e il mancato coinvolgimento, oltre alla totale assenza delle dovute informazioni, delle OO.SS. da ogni procedura che riguardi le modalità con cui i MMG RUAP dovrebbero garantire la loro presenza nelle Case della Comunità: in buona sostanza assenza di qualsiasi relazione sindacale degna di questo nome.

A riprova di ciò citiamo l'odierna comunicazione trasmessa via e-mail ai Referenti AFT da parte della Direzione Sanitaria aziendale avente ad oggetto "*Convocazione incontro 24.08.2026 ore 17.00*" e con all'OdG "*Attività oraria dei Medici di Medicina di Assistenza Primaria nelle case di Comunità*".

Tale tematica, disciplinata da norme (DM. 77/2022) e ACN vigenti, è palesemente di competenza sindacale non essendo i **Referenti AFT** assimilabili ai Delegati sindacali ma semmai **investiti solamente dei compiti definiti** congiuntamente dalle parti e contenuti **nel Regolamento AFT ex comma 12 dell'art. 29 ACN**.



A tal proposito, ricordiamo che in ASUFC il vigente **Regolamento AFT**, reso esecutivo con il DDG. n. 274/2026, **NON PREVEDE in carico ai Referenti AFT l'attività, e relativa remunerazione, per il "coordinamento dell'attività oraria dei MMG RUAP"** assegnati alle AFT, e quindi obbligati a garantire massimo 6 ore/settimana nelle CdC quali componenti delle stesse, ricordando che ben oltre 200 Medici attualmente, pur erogando prestazioni ad attività oraria in convenzione, non sono mai stati assegnati alle rispettive AFT facendo venir meno una gran parte di possibili ore da garantire nelle Case della Comunità o, se garantite come ex Continuità Assistenziale, non remunerate come previsto dall'ACN. La nostra O.S. con pec dd. 14.01.2026 aveva trasmesso una proposta in tal senso che però non è mai stata accolta.

Oltre a ciò, si ricorda che il vigente AIR in tema di attività oraria, all'art. 14 così prevede ***"Le modalità organizzative dell'attività assistenziale a prestazione oraria da parte dell'Azienda sono adottate sentito il Comitato aziendale"*** mentre il vigente ACN al comma 13 dell'art. 44 dispone che ***"L'Azienda assegna le sedi di attività e predispone, su base distrettuale, i turni di servizio, in collaborazione con i referenti di AFT, sentiti i medici interessati. I turni di servizio sono assegnati sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati"***; si tratta di norme pattizie che se violate configurano attività/comportamento antisindacale oltre a evidenziare una volta di più il pessimo stato delle relazioni sindacali in ASUFC.

Pare opportuno ricordare anche che il **comma 1 dell'art. 44 ACN** prevede che ***"L'attività oraria è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale e rivolta agli assistiti dell'AFT e/o dell'UCCP di riferimento"*** quindi NON A TUTTI INDISTINTAMENTE come viene pubblicizzato per gli "Ambulatori Cure Primarie per Condizioni Cliniche Non Differibili" aperti nelle CdC, come invece avviene ai sensi di legge nei Pronto Soccorso e nei PPI che si vorrebbero surrogare con i predetti ambulatori delle CdC; quindi NON ambulatori per TUTTI ma per la Comunità e non per TUTTO ma per la NON DIFFERIBILITÀ, che non consiste nella ***"ripetizione ricette e/o rilascio impegnative"*** o **altre incombenze burocratiche in surroga ma nemmeno Emergenza Urgenza**, per la quale i MMG RUAP, a differenza dei MMG di Emergenza Sanitaria Territoriale/118 (Capo III ACN) non sono formati - le implicazioni medico-legali sono palesi -, perchè sono Medici della cronicità per la cui gestione dovrebbero essere attivi gli "altri" ambulatori in CdC di cui nulla si sa.

Inoltre, pare opportuno ricordare anche quanto previsto dai **commi 2 e 3 dell'art. 44** del vigente ACN, che pare si siano persi nel dimenticatoio:

- ***2. Le Aziende si avvalgono dei medici del ruolo unico per lo svolgimento delle suddette attività presso le sedi delle AFT, UCCP, Case della Comunità hub e spoke, Ospedali di Comunità, per l'attivazione di ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria, per l'erogazione di visite occasionali, per l'assistenza ai turisti ed agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti ed altre categorie di utenti.***
- ***3. L'attività a tutta la popolazione di riferimento è organizzata dalla Azienda sanitaria, in coerenza con la programmazione regionale, tenuto conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici di scelta e dell'offerta assistenziale in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche del territorio e all'offerta assistenziale. La scelta organizzativa deve supportare la **presa in carico** di assistiti affetti da gravi patologie o pazienti fragili ad alto rischio di ospedalizzazione o di accesso improprio al Pronto Soccorso, nonché straordinarie situazioni di maggior impegno assistenziale.***

Inoltre, il **comma 6 dell'art. 44** come confermato dall'art. 14 AIR recita testualmente ***"Le Aziende organizzano turni di reperibilità domiciliare per garantire l'assistenza in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico in servizio secondo modalità di attuazione e retribuzione definite con Accordi regionali."*** ad oggi tale disposizione pattizia è del tutto inattuata.



Ma anche per **altre questioni** deve essere **mantenuta la costante interlocuzione, e relativa informazione, e il necessario confronto con le Organizzazioni Sindacali**, ad oggi clamorosamente assente: **l'individuazione del fabbisogno orario** di cui nulla sappiamo, **la previa allocazione del personale convenzionato già operante ad attività oraria, il coinvolgimento del referente di AFT ove previsto dal Regolamento AFT, la ripartizione del solo fabbisogno residuo fra TUTTI i medici a ciclo di scelta e l'indicazione delle sedi non sono passaggi facoltativi**, ma un ordine vincolante che non può essere interpretato e applicato unilateralmente.

A ciò va aggiunto che la copertura oraria nelle Case della Comunità non è un dato di natura, ma il prodotto di scelte aziendali che il sindacato ha pieno titolo a sindacare anche per previsione pattizia.

Occorre quindi che il Sindacato sia informato su quanti contratti “convenzionali” esistono effettivamente in Azienda e per ciascuna AFT, e confrontare quel numero con il fabbisogno dichiarato - e reso noto al Sindacato - perché un fabbisogno residuo elevato è molto spesso l'effetto di incarichi non assegnati e quindi della reale carenza di medici disponibili che non può compensarsi uccidendo di lavoro i MMG RUAP rimanenti.

Inoltre, è necessario che al Sindacato sia permesso di verificare il corretto e tempestivo utilizzo delle graduatorie aziendali per gli incarichi a tempo determinato giacché ogni incarico non conferito si traduce meccanicamente in ore che ricadono sui MMG RUAP in attività sia con che senza debito. Occorre censire e informare il Sindacato sulle zone carenti pubblicate, su quelle assegnate e su quelle rimaste scoperte, insieme ai tempi effettivi delle procedure.

E' necessario che il Sindacato sia messo in grado anche di sapere se sia stata realmente accordata la precedenza al personale già operante ad attività oraria prima di ripartire il residuo sui MMG RUAP a ciclo di scelta, che i criteri di anzianità applicati nell'offerta di completamento siano tracciabili e verificabili, e che nelle assegnazioni concrete siano rispettati tanto la fascia oraria dal lunedì al venerdì fra le otto e le venti quanto la continuità minima di ore prevista.

Senza tutti questi, e altri, dati, diventa per il Sindacato una presa d'atto di imposizioni/ordini di servizio unilaterali che configurano attività antisindacale.

Il meccanismo dell'ACN 26.06.2026 fa ricadere le (massimo) sei ore settimanali nelle Case della Comunità proprio sui MMG RUAP ex ACN 28.04.2022 che non abbiano accettato il “completamento dell'impegno settimanale” (orario? Attività convenzionale complessiva? Fino al massimale e di ore di attività?) ex comma 3 dell'art. 31 verso il ruolo unico: una scelta formalmente volontaria che produce un onere per chi non l'accoglie non è una scelta volontaria, ma un meccanismo di adesione indotta, seppur accettata dalle OO.SS. che hanno sottoscritto l'ACN “stralcio”, costruito per rendere progressivamente non conveniente la permanenza nel regime a ciclo di scelta, e infatti iniziano a fioccare le minacce di dimissioni volontarie dei MMG RUAP a ciclo di scelta, soprattutto di chi è prossimo alla pensione!

Inoltre, va discusso anche di responsabilità professionale nell'assistenza a pazienti non in carico e la continuità informativa, l'accesso alla documentazione sanitaria e l'interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico e con le cartelle aziendali, l'estensione della copertura assicurativa all'attività svolta in sede aziendale (Dlgs. 81/2008), le dotazioni strumentali, il personale di supporto, l'adeguatezza e la sicurezza dei locali - già peraltro richiesta da mesi senza riscontro alcuno -, la compatibilità oraria con l'obbligo di apertura dello studio e con gli altri obblighi previsti dall'ACN, la disciplina delle sostituzioni per le ore in Casa della Comunità anche per il dovuto ristoro psico-fisico e la reperibilità, i rimborsi per la mobilità verso sedi più o meno distanti dall'ambito di scelta e le ricadute su massimale, quota capitaria e indennità accessorie, l'applicazione dell'art. 46 ACN e 15 AIR per visite occasionali e assistenza ai turisti anche in CdC ove l'applicazione di ACN e AIR non possono essere negati ai MMG RUAP.



La nota DCS del 31 luglio 2026 indirizzata alle Aziende sanitarie avente ad oggetto *“Indicazioni Sisac per applicare l’ACN 26.06.2026”* afferma che *“È stato ribadito, inoltre, che l’attuazione di quanto previsto dall’ACN 26.06.2026 non necessita di ulteriori accordi decentrati o concertazioni con le organizzazioni sindacali, trattandosi di determinazioni organizzative espressamente attribuite dall’ACN alle Aziende. Restano fermi gli obblighi di informazione e le funzioni dei Comitati regionale e aziendali espressamente previsti dall’ACN ...”*: ebbene mai ad oggi abbiamo chiesto di attivare tavoli per *“ulteriori accordi decentrati o concertazioni”* ma chiediamo con forza di mantenere quell’interlocuzione ad oggi mai attivata, l’informazione e soprattutto le risposte a tutti i quesiti testè posti e quindi mantenere *“le funzioni dei Comitati regionale e aziendali”* evitando di rivolgersi esclusivamente ai Referenti AFT.

Per quanto riguarda il ***“completamento dell’impegno settimanale”*** (orario? Attività convenzionale complessiva? Fino al massimale e di ore di attività?) **ex comma 3 dell’art. 31, previsto dal 3° comma dell’art. 2 dell’ACN 26.06.2026,**

a. **considerato** che l'**art. 31 ACN**, come modificato dall'ACN 26.06.2026, così dispone:

1. al **comma 1** (non modificato dall'ACN 26.06.2026) *"Gli incarichi del ruolo unico di assistenza primaria sono conferiti in una sola Azienda a seguito delle procedure di cui all'articolo 34 e comportano un impegno a tempo pieno, con progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria ..."*,
2. al **comma 2** (non modificato dall'ACN 26.06.2026) *"Il ruolo unico di assistenza primaria dei medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta o su base oraria ... è disciplinato dall'articolo 31 dell'ACN 28 aprile 2022. L'ACN 4 aprile 2024 dà effettiva attuazione al ruolo unico di assistenza primaria, con previsione di **svolgimento a tempo pieno dell'attività convenzionale, a ciclo di scelta e/o su base oraria**, nell'ambito delle AFT ..."*,
3. al **comma 3** (non modificato dall'ACN 26.06.2026) *"Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria già operanti a tempo indeterminato di cui al comma precedente **l'Azienda propone il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale di cui all'articolo 38 del presente Accordo**"*,
4. al **comma 6 introdotto dall'art. 2 dell'ACN 26.06.2026** *"I medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta di cui al comma 2, che non abbiano accettato il completamento dell'impegno settimanale ai sensi del comma 3, svolgono fino a 6 ore settimanali nelle Case della Comunità ..."*;

b. **visto il comma 1 dell'art. 38** che recita testualmente *"L'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria di cui all'articolo 31 è conferito in una sola Azienda e comporta lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali, con progressiva riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti."*

si chiede

quale ORARIO DEBBA "COMPLETARE" il MMG RUAP a ciclo di scelta che ha in carico oltre 1.501 assistiti visto che ha (già) raggiunto (e superato!) le 38 ore settimanali.

Si chiede per tutto quanto sopra, di fornire al più presto le dovute informazioni e di convocare al più presto un tavolo di confronto.

Nel rimanere in attesa di sollecito riscontro, si porgono distinti saluti.

Gonars, 14 agosto 2026

Dott. Stefano Vignando