



Roma, 03 agosto 2026
Prot. n. EN/SMA/ac/156.26

AI PRESIDENTI REGIONALI E PROVINCIALI SNAMI

LORO SEDI

Oggetto: Applicazione delle disposizioni dell'ACN relative al ruolo unico di assistenza primaria e alla copertura oraria delle Casa di Comunità.

Carissimi,

a seguito di un'attenta analisi condotta con il nostro Ufficio Legale, riteniamo che non sussistano margini per intraprendere specifiche azioni a sostegno della scelta di non sottoscrivere l'ultimo Accordo del 23 giugno 2026 ""per l'attuazione dell'investimento 1.1 "case della comunità e presa in carico della persona" (missione 6 – salute, componente 1), di cui al piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)". Lo stesso è stato firmato, come sai, da FIMMG e FMT, dunque l'Accordo è in vigore.

Diventa pertanto fondamentale, a partire da questo momento, svolgere un lavoro intenso, puntuale ed efficace nell'ambito dei competenti tavoli regionali e provinciali.

Vorrei inoltre chiarire un concetto che spesso genera confusione tra i colleghi e sul quale ritengo necessario fornire un adeguato chiarimento.

Un libero professionista esercita la propria attività in autonomia, operando per una pluralità di clienti e determinando liberamente compensi e modalità organizzative del proprio lavoro. Il medico convenzionato, pur svolgendo un'attività libero-professionale, instaura invece un rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, disciplinato da un Accordo Collettivo che ne definisce compensi, obblighi e modalità di svolgimento dell'attività.

È pertanto necessario conoscere con precisione le procedure che le Aziende dovranno adottare per garantire la copertura oraria delle Case della Comunità.

Riporto di seguito il "nuovo" articolo con le integrazioni e le modifiche vigenti.

Art. 31 – RUOLO UNICO DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

1. Omissis

2. Omissis

3. 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, al fine della riconduzione ad un'unica AFT dei rapporti convenzionali finora possibili fra diverse Aziende, anche di altre Regioni.

Il completamento è offerto ai medici con maggiore anzianità di incarico operanti in AFT e successivamente in Azienda. In caso di pari anzianità si fa riferimento ai criteri di cui all'articolo 34, comma 11. L'accettazione del completamento comporta il conferimento dell'incarico del ruolo unico di assistenza primaria di cui al presente Accordo.

4. Omissis

5. I medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta, oltre quanto previsto al comma 6, o su base oraria di cui al precedente comma 2 possono partecipare allo svolgimento di ore di attività nelle Case della Comunità, secondo le modalità definite dall'articolo 47, comma 2, lettera B, punto IV) e comma 3, lettera D.

Per i medici già incaricati a tempo indeterminato su base oraria le ore di attività sono da intendersi aggiuntive. In deroga alle clausole contrattuali vigenti, la partecipazione a tali attività non determina il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria.

6. 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 di cui all'articolo 1, comma 6, del presente Accordo, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 22, comma 6.

Tale attività è remunerata ai sensi dell'articolo 47, comma 3, lettera C, secondo capoverso, ed è resa dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 20.00, presso le sedi indicate dall'Azienda di appartenenza, la quale, individuato il fabbisogno orario per garantire l'operatività della struttura e dopo aver allocato il personale convenzionato di cui al presente articolo già operante ad attività oraria, sentito il referente di AFT, laddove presente, ripartisce il fabbisogno residuo tra tutti i medici a ciclo di scelta di cui al presente comma che operano nel territorio di competenza della Casa della Comunità, allo scopo di garantire la presenza di almeno un medico afferente al ruolo unico di assistenza primaria nell'orario indicato (8.00-20.00).

A seguito della ripartizione del fabbisogno residuo da parte dell'Azienda, i medici di cui al presente comma possono concordare fra loro una differente articolazione delle ore, fornendo preventiva comunicazione al Distretto degli orari e dell'indicazione dei nominativi

di coloro che svolgeranno il servizio, che saranno comunque tenuti ad assicurare una presenza continuativa di almeno 3 ore.

Indicazioni operative per la copertura oraria delle Case della Comunità

In sintesi, qualora il debito orario dei medici del RUAP non sia sufficiente a coprire il fabbisogno orario delle Case della Comunità, l'Azienda dovrà procedere secondo il seguente ordine:

- proporre, su base volontaria, l'assegnazione di ore aggiuntive ai medici di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta sia a quota oraria, che non abbiano aderito al ruolo unico, per un minimo di 4 ore settimanali di attività diurna feriali. Tale assegnazione non comporta il passaggio al ruolo unico;
- assegnare fino a 6 ore settimanali ai medici a tempo indeterminato a ciclo di scelta, da svolgersi dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria compresa tra le ore 8.00 e le ore 20.00, con attività continuativa di almeno 3 ore, presso le sedi individuate dall'Azienda.

A seguito della ripartizione del fabbisogno residuo da parte dell'Azienda, i medici potranno concordare tra loro una diversa articolazione delle ore assegnate.

È pertanto opportuno monitorare costantemente il fabbisogno orario aziendale, il livello di copertura attualmente garantito e l'eventuale presenza di carenze.

È altresì importante verificare che tutte le procedure previste dall'ACN siano state attuate dall'Azienda nel corretto ordine, nel rispetto della sequenza stabilita dalla disciplina convenzionale.

Obbligo contrattuale relativo alle attività presso le Case della Comunità

Desidero inoltre richiamare l'attenzione su un'altra piccola, ma sostanziale, modifica introdotta dall'integrazione dell'ACN.

All'art. 43, **"Compiti del medico del ruolo unico di assistenza primaria"**, comma 6, lettera i), è infatti previsto: «lo svolgimento delle ore previste all'articolo 31, comma 6, presso la sede della Casa della Comunità».

Ne consegue che lo svolgimento di tali ore costituisce un obbligo contrattuale.

Alla luce di tale previsione e di quanto disposto dall'art. 25, comma 1, del nostro Accordo, ritengo opportuno raccomandare ai colleghi di svolgere gli eventuali turni richiesti dalle Aziende in via eccezionale, riservandosi contestualmente di promuovere le opportune iniziative di tutela sindacale.

Ciò al fine di evitare di esporre i colleghi a possibili contenziosi con le Aziende.

Ipotesi di dimissioni volontarie e revoca del recesso

Alcuni hanno chiesto di esaminare possibili forme di protesta, tra cui la presentazione delle dimissioni volontarie dall'incarico di MMG con successiva revoca entro il termine di 60 giorni. L'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale stabilisce che l'incarico cessa per recesso del medico, da comunicare all'Azienda con un preavviso di almeno 30 giorni in caso di trasferimento e di 60 giorni negli altri casi. Su specifica richiesta dell'interessato, l'Azienda può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata. La revoca del recesso è possibile?

La revoca del recesso è espressamente disciplinata in alcuni settori lavorativi; tuttavia, l'ACN non prevede una specifica regolamentazione in materia per i medici convenzionati.

In linea generale, l'art. 1373 del Codice civile disciplina il recesso dai contratti.

Il recesso costituisce un atto recettizio e, pertanto, produce i propri effetti nel momento in cui giunge a conoscenza della controparte. Ne consegue che, qualora il medico comunichi il recesso dal rapporto convenzionale, tale comunicazione diviene efficace dal momento della ricezione da parte dell'Azienda, mentre la cessazione effettiva del rapporto si perfeziona allo spirare del termine di preavviso di 60 giorni previsto dall'ACN.

L'eventuale presentazione del recesso con l'intenzione già programmata di procedere successivamente alla sua revoca, per mero ripensamento o per finalità esclusivamente strumentali, non trova un espresso fondamento né nell'Accordo Collettivo, né nell'art. 1373 del Codice civile, né in altre disposizioni normative applicabili alla fattispecie.

Una simile condotta potrebbe inoltre presentare rilevanti profili di criticità. Oltre a poter risultare non coerente con i principi di correttezza e buona fede sanciti dagli artt. 1175 e 1375 del Codice civile, potrebbe esporre il medico, da un lato, al rischio di una valutazione negativa circa l'efficacia della revoca del recesso e, dall'altro, a possibili conseguenze di natura risarcitoria qualora tale comportamento determini un danno nei confronti dell'Azienda o di altri soggetti coinvolti.

In sintesi, il recesso è un atto unilaterale recettizio.

- Unilaterale: significa che è efficace e valido di per se, senza bisogno chela ASL lo “accetti” o “faccia qualcosa”. Lo riceve, ne prende atto, si organizza per assegnare i pazienti ad altro medio e basta.
- Recettizio: significa che produce i propri effetti nel momento in cui giunge a conoscenza della controparte, la ASL. Senza bisogno di altro.

Dunque, non si può revocarlo allegramente dopo averlo inviato all'Azienda.

Alla luce delle considerazioni giuridiche sopra esposte e condividendo il parere del nostro Legale, ritengo che una condotta consistente nella comunicazione volontaria del recesso dal rapporto convenzionale, accompagnata sin dall'origine dalla consapevolezza di volerlo

successivamente revocare prima della scadenza del termine di preavviso, la revoca del recesso, possa:

- 1) configurare un comportamento non coerente con i doveri di correttezza, probità e trasparenza propri dell'esercizio professionale e del ruolo svolto dal medico convenzionato nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, e quindi
- 2) diventare oggetto di contestazione in sede giudiziale perché l'azienda potrebbe, e forse anche dovrebbe, una volta preso atto del recesso del medico, contestare la inammissibilità della revoca del recesso in quanto non prevista da alcuna norma ed anzi posta in essere in malafede
- 3) esser dunque foriera di conseguenze imprevedibilmente pericolose per il permanere della Convenzione.

Resto a disposizione per ulteriore confronto,

Il Presidente Nazionale SNAMI

Simona Maria Autunnali

(firmato in originale)