Prot.1146/U/2026
Roma, 16/11/2026

SINDACATO MEDICI ITALIANI – CONFSAL

Memoria per la XII Commissione Affari Sociali

Petizione n. 1761 · Riforma della medicina generale: formazione, ruolo unico, Case della Comunità, medicina dei servizi e tutele

DOCUMENTO PER IL DEPOSITO PARLAMENTARE – 16 NOVEMBRE 2026

Formazione. Scuola universitaria di specializzazione; tutela e dignità economica del percorso.

Ruolo unico. Abolizione richiesta dalla petizione; in subordine, incarichi distinti e misti soltanto volontari.

Case della comunità. Superamento del debito orario coatto; copertura con incarichi dedicati e medicina dei servizi.

Tutele e risorse. Maternità, malattia, riposi, infortuni, sicurezza e coperture finanziarie stabili.

Premessa e finalità della memoria

La presente memoria accompagna la petizione n. 1761, a prima firma della dott.ssa Giuseppina Onotri e promossa dal Sindacato Medici Italiani (SMI–CONFSAL), iscritta all'esame della XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati nella seduta del 28 ottobre 2026. La memoria sviluppa le quattro richieste depositate e integra gli approfondimenti tecnico-legislativi successivamente elaborati dal Sindacato Medici Italiani. Le formulazioni normative prospettate costituiscono proposte, non disciplina vigente .

La questione centrale non riguarda la sola distribuzione delle ore nei servizi territoriali. Riguarda la possibilità che la medicina generale torni a essere una scelta professionale attrattiva per nuove generazioni, preservando contemporaneamente l'assistenza fiduciaria di prossimità, la domiciliarità e l'integrazione con le Case della Comunità. Il rilancio della rete distrettuale non deve tradursi nella riduzione delle ore dedicate dagli attuali MMG ai propri assistiti, né deve incidere sull'autonoma organizzazione dei professionisti.

La petizione richiama stime di oltre 5.700 MMG mancanti, di oltre cinque milioni di cittadini privi del medico di fiducia e di consistenti quote di incarichi rimasti vacanti in alcune Regioni. Sono dati e stime riportati dai promotori nella petizione: la loro comparabilità dipende da definizioni, anni di rilevazione e geografia. Per le decisioni legislative si propone di accompagnarli con un quadro ufficiale aggiornato, distinto per medici attivi, incarichi vacanti, anzianità, carico di assistiti e zone disagiate

1. Ricambio generazionale e femminilizzazione: progettare il lavoro sui professionisti reali

Il futuro della medicina italiana è sempre più femminile. I dati del CED FNOMCeO diffusi il 5 marzo 2026 indicano donne pari al 60% dei medici sotto i 30 anni, al 56–57% nelle classi 30–39 anni e al 63% nella fascia 40–50 anni. Sono valori riferiti all'insieme dei medici iscritti agli Albi e non vanno presentati come percentuali specifiche dei MMG. Il Ministero della salute riporta, per il 2023, una quota femminile del 42,3% tra i MMG, mentre nel 2024 le donne erano il 54,6% tra i medici rilevati nel rapporto sul personale del SSN, con popolazione statistica diversa.

Questi dati impongono un cambiamento culturale e contrattuale. Una professione che chiede disponibilità orarie rigide, sedi variabili, incombenze amministrative crescenti e oneri di sostituzione non programmati rischia di scoraggiare proprio le generazioni dalle quali deve venire il ricambio. La conciliazione tra lavoro e vita personale è necessaria per entrambi i generi, ma le politiche devono tenere conto dei carichi di cura ancora spesso diseguali. La maternità non può diventare una penalizzazione economica né un fattore dissuasivo nell'accesso alla professione.

Come evidenziato dal rapporto FNOMCeO–Censis del luglio 2026, per il 67,7% dei medici intervistati la carriera ha comportato significative rinunce nella vita privata; la percezione di maggiori ostacoli per le donne riguarda il 74,2% delle dottoresse del campione . Questi risultati non provano da soli un nesso causale tra ruolo unico e abbandono, ma mostrano perché autonomia, prevedibilità degli incarichi e tutele debbano essere elementi strutturali della riforma.

Proposta SMI: costruire ogni nuova disciplina degli incarichi sui principi di prevedibilità del tempo di lavoro, modulazione per fasi della vita, divieto di penalizzazioni per maternità e congedi, trasparenza delle sedi, accesso a sostituzioni organizzate e pari opportunità nell'avanzamento professionale.

2. Scuola universitaria di specializzazione in medicina generale

La prima leva di attrattività è la formazione. Attualmente la formazione specifica in medicina generale segue un corso triennale organizzato a livello regionale, distinto dal sistema delle scuole universitarie di specializzazione. La petizione SMI chiede l'istituzione di una vera scuola universitaria di specializzazione, con pari riconoscimento accademico, dignità economica e qualità formativa ed un suo SSD definito .

La scuola richiesta dovrebbe prevedere un ordinamento formativo con standard nazionali, tirocinio negli studi di medicina generale, Case della Comunità, Distretti e servizi territoriali; tutor preparati e adeguatamente remunerati; formazione in medicina di iniziativa, cronicità, fragilità, domiciliarità, prevenzione, medicina basata sulle prove, coordinamento multiprofessionale e gestione digitale della documentazione clinica. L'università dovrebbe collaborare stabilmente con i medici tutor, senza allontanare il percorso dalla pratica territoriale che ne costituisce la specificità.

Il trattamento economico durante la formazione deve essere rivisto e reso competitivo e sostenibile, incluse coperture per maternità, malattia e periodi di sospensione, previdenza e condizioni di compatibilità tra formazione e attività assistenziale. Non si tratta solo di aumentare le borse, ma di rendere credibile un progetto professionale fin dall'accesso al percorso.

Per il personale già in attività, la petizione chiede il riconoscimento dell'esperienza territoriale maturata per almeno cinque anni, richiamando il D.P.R. n. 484/1997. Tale richiamo esprime una rivendicazione di merito professionale; non costituisce di per sé una norma vigente che attribuisca automaticamente un titolo universitario di specialista dopo cinque anni.

Il SMI chiede pertanto un'espressa disciplina legislativa transitoria, con criteri di esperienza documentata, funzioni esercitate, eventuali verifiche integrative e piena tutela delle posizioni acquisite, evitando equiparazioni indiscriminate di percorsi professionali diversi.

Il passaggio alla specializzazione universitaria non deve interrompere la formazione in corso né penalizzare i diplomati della formazione specifica già abilitati ai rispettivi incarichi. Occorre un sistema di riconoscimento dei titoli pregressi coerente con l'ordinamento nazionale ed europeo e accompagnato da clausole transitorie esplicite.

3. Ruolo unico: abolizione richiesta dalla petizione e alternativa di forte differenziazione

La petizione n. 1761 chiede espressamente l'abolizione del ruolo unico introdotto nell'impianto normativo derivante dal D.L. n. 158/2012, convertito dalla legge n. 189/2012, al fine di ripristinare articolazioni professionali e contrattuali

differenziate. La critica riguarda l'unificazione di funzioni non omogenee e l'effetto disincentivante di un vincolo che associa automaticamente assistenza fiduciaria e incarichi orari

Per il Sindacato Medici Italiani l'abolizione del ruolo unico resta la richiesta principale. Non chiediamo una correzione di facciata, ma il superamento di un sistema che lega attività differenti e finisce per imporre al medico una disponibilità organizzativa non compatibile con la natura del suo incarico. Separare soltanto la quota oraria diurna destinata alle Case della Comunità non è la stessa cosa che abolire il ruolo unico. Se rimane il collegamento tra il ciclo di scelta e le prestazioni orarie notturne, festive e prefestive previste per i nuovi incarichi, la rigidità di fondo non viene superata.

Chiediamo quindi di tornare a tre aree di incarico effettivamente autonome, con bandi e regole distinti: l'assistenza primaria a ciclo di scelta; l'attività convenzionale a quota oraria notturna, festiva e prefestiva; l'attività a quota oraria diurna feriale, da destinare alle Case della Comunità e, dove previsto dagli accordi regionali, alle attività organizzate nelle AFT. Il medico deve poter scegliere una sola di queste attività oppure combinarle, su base esclusivamente volontaria e nel rispetto dei massimali contrattuali. La flessibilità deve essere un diritto previsto dal contratto, non una possibilità rimessa alle decisioni dell'Azienda.

I successivi documenti di studio SMI, senza modificare retroattivamente il testo della petizione, hanno sviluppato anche un'opzione legislativa alternativa: mantenere il ruolo unico come cornice ordinamentale, ma distinguere realmente tre modalità di conferimento degli incarichi, ossia a ciclo di scelta, esclusivamente oraria e mista soltanto per adesione espressa del professionista. Questa è una soluzione di compromesso normativo da valutare se il legislatore non intende sopprimere il ruolo unico

La distinzione è decisiva. Un medico che scelga di esercitare attività fiduciaria deve poter orientare tempi e sedi intorno al rapporto con i propri assistiti, nel rispetto degli obblighi assistenziali. Un medico che preferisca lavorare nei servizi territoriali deve poter accedere a incarichi convenzionali orari autonomi, senza dover necessariamente acquisire scelte. Il cumulo deve essere una possibilità, non una condizione imposta. Sono così valorizzate diverse attitudini professionali e diverse fasi della vita lavorativa, mantenendo l'integrazione nella rete distrettuale.

La normativa vigente e l'ACN non possono essere descritti come se già consentissero in via generale questo modello volontario. L'art. 31 dell'ACN ratificato il 15 gennaio 2026 prevede, per i nuovi incarichi del ruolo unico, un impegno a tempo pieno con modulazione delle attività a ciclo di scelta e su base oraria; lo stralcio recepito il 26 giugno 2026 ha introdotto ulteriori regole per la presenza nelle Case della Comunità. La soluzione SMI necessita perciò di coordinamento legislativo e contrattuale, non di semplici indicazioni aziendali.

Va chiarito anche il contenuto dell'eventuale soluzione subordinata. Mantenere il nome di ruolo unico e prevedere soltanto incarichi diurni autonomi per le Case della Comunità non risolve la questione, se per i nuovi medici permane l'obbligo di collegare il rapporto fiduciario ai turni notturni, prefestivi e festivi. Un'ipotesi alternativa all'abolizione può essere discussa soltanto se rende realmente indipendenti tutte le componenti dell'attività convenzionata, compresa quella oraria non diurna, e consente il cumulo esclusivamente per scelta del professionista.

Richieste SMI : **in via principale, superare il ruolo unico e ripristinare aree contrattuali autonome; in via alternativa, mantenere la sola unitarietà professionale, vietando l'automatismo di cumulo e regolando incarichi fiduciari e orari distinti per accesso, durata, compenso, obblighi, diritti e condizioni di compatibilità.**

4. Superare il debito orario coatto nelle Case della Comunità

Il Sindacato Medici Italiani non contesta il DM n. 77/2022 né la finalità delle Case della Comunità. Sostiene invece che per renderle operative occorrono medici dedicati e una programmazione realistica del personale, non il trasferimento forzato di lavoro già svolto negli studi periferici. I medici di famiglia sono parte della rete territoriale attraverso AFT, percorsi condivisi, domiciliarità, prevenzione e presa in carico, anche quando l'attività viene erogata nello studio professionale.

L'accordo stralcio del 23 giugno 2026, ratificato dalla Conferenza Stato-Regioni il 26 giugno, ha introdotto all'art. 31 un nuovo comma 6 che, per determinate categorie di MMG già titolari a ciclo di scelta che non abbiano accettato il completamento dell'impegno settimanale, contempla fino a sei ore settimanali nelle Case della Comunità, sulla base del fabbisogno residuo distribuito dall'Azienda .L'obbligo non deve quindi essere impropriamente esteso a qualsiasi medico e a qualsiasi situazione contrattuale. È proprio la coattività di questo meccanismo, nei casi previsti, a essere contestata dalla petizione.

La richiesta SMI : abrogare questo meccanismo, sostituendolo con incarichi orari espressamente accettati, separati dall'attività a quota capitaria, programmati per sede e mansioni e specificamente remunerati. Il raccordo funzionale tra studi, AFT e Case della Comunità deve restare pieno. La copertura delle ore in struttura, tuttavia, deve essere responsabilità della programmazione delle Aziende e dei Distretti, con adeguato organico e sostituzioni previste.

La distinzione tra le fasce di attività è decisiva anche per le Case della Comunità. La disponibilità di medici per i turni diurni feriali deve risultare da incarichi specifici, pubblicamente conferiti e accettati, non da ore ricavate in modo variabile dal monte lavoro del medico a ciclo di scelta. Allo stesso modo, le esigenze della continuità assistenziale notturna e festiva devono essere programmate mediante incarichi propri: non possono continuare a essere usate per vincolare l'accesso all'assistenza fiduciaria.

Un errore di metodo sarebbe contare come nuovo personale la semplice riallocazione delle ore dei medici già presenti sul territorio. La verifica di attuazione deve utilizzare indicatori distinti: accesso agli ambulatori fiduciari, visite domiciliari, assistiti senza medico, ore effettive coperte nelle Case della Comunità, turni scoperti, continuità e tempi di attesa.

5. Riaprire la medicina dei servizi: la proposta organizzativa SMI

La medicina dei servizi territoriali rappresenta il principale strumento operativo individuato dal Sindacato Medici Italiani per assicurare una presenza medica stabile nelle Case della Comunità senza indebolire il presidio fiduciario. Non è una categoria da inventare: è già contemplata dall'ACN medicina generale, Capo II, artt. 49–61. Tuttavia l'articolo 8, comma 1-bis, del D.Lgs. n. 502/1992 e la relativa disciplina contrattuale conservano una limitazione storica ad esaurimento, che ostacola il normale ricambio .

La proposta esige una norma primaria esplicita che superi l'ostacolo per i nuovi conferimenti: modifica dell'art. 8, comma 1-bis, oppure introduzione di un nuovo comma coordinato, con salvaguardia dei titolari storici e delle rispettive posizioni giuridiche ed economiche. Non basterebbe un riconoscimento programmatico della medicina dei servizi nelle Case della Comunità se rimanesse il divieto di riapertura dei relativi incarichi.

L'area deve diventare un canale convenzionale ordinario a quota oraria, con graduatorie pubbliche, requisiti professionali, durata e sede degli incarichi, profili di prestazione, compensi, coperture e finanziamenti specifici. In via alternativa,

secondo il modello normativo prescelto, può costituire un'articolazione oraria distinta nell'ambito di un ruolo unico ripensato, sempre senza vincolare il medico all'acquisizione di scelte e senza cumuli automatici.

Le funzioni proposte negli emendamenti SMI comprendono, secondo titoli e competenze richiesti dalla normativa applicabile: supporto alla valutazione multidimensionale, assistenza e raccordo per la cronicità, medicina di iniziativa, percorsi di assistenza domiciliare integrata e dimissioni protette, attività medico-legali territoriali e certificative nei limiti delle competenze, partecipazione alle équipe , e alle attività dei servizi distrettuali. Le prestazioni non sono attribuibili indistintamente a qualsiasi medico per il solo fatto di essere convenzionato.

A livello attuativo si propone: censimento del fabbisogno regionale e distrettuale, identificazione delle ore effettivamente scoperte, bandi dedicati, conferimento degli incarichi, formazione e integrazione informativa con AFT, COT, UVM e sistemi clinici territoriali. Le Case della Comunità possono così disporre di una componente professionale ulteriore e stabile, anziché ricorrere strutturalmente alla sottrazione di tempo assistenziale agli ambulatori fiduciari.

La riapertura della medicina dei servizi, superando il regime ad esaurimento, offre il canale contrattuale per conferire nuovi incarichi diurni feriali dedicati alle strutture territoriali. Non chiediamo di trasferire semplicemente ore e professionisti da uno studio all'altro; chiediamo un organico effettivo, individuato sulla base dei fabbisogni, che permetta alle Case della Comunità di funzionare senza ridurre l'assistenza prestata negli ambulatori dei medici di famiglia.

La medicina dei servizi non sostituisce tutti i professionisti previsti dal DM 77/2022 e non risolve da sola la copertura H24 delle Case della Comunità hub: costituisce una componente della strategia di organico, da integrare con la continuità assistenziale, con le altre figure professionali e con i modelli previsti dalla programmazione regionale.

6. Più tutele per i MMG: equità senza confusione tra convenzione e dipendenza

La richiesta di maggiore protezione nasce dall'evoluzione degli obblighi imposti ai medici convenzionati. La crescente determinazione aziendale di attività, orari e sedi non è accompagnata da una piena equivalenza delle tutele dei lavoratori dipendenti. L'intervento deve evitare semplificazioni opposte: non è corretto affermare che ogni medico convenzionato sia privo di qualsiasi tutela; non è neppure corretto ritenere che le coperture esistenti siano sufficienti o uniformi tra le diverse figure professionali.

L'ACN del 15 gennaio 2026 già disciplina, per la medicina dei servizi storica, permessi annuali retribuiti (art. 54), malattia e gravidanza (art. 55), trattamento economico e previdenziale (art. 57), premio di operosità (art. 60) e assicurazione contro gli infortuni derivanti dall'incarico (art. 61). Per il medico di assistenza primaria a ciclo di scelta e per i nuovi incarichi ipotizzati, disciplina, limiti di copertura e oneri possono essere differenti . È richiesta quindi una verifica voce per voce, non una generica equiparazione.

Il Sindacato Medici Italiani propone il rafforzamento e la razionalizzazione di: maternità e genitorialità senza svantaggi professionali; trattamento delle malattie e dei periodi di sospensione; copertura effettiva per infortuni e responsabilità; sostituzioni e continuità assistenziale finanziate e organizzate; periodi di riposo e permessi compatibili con il servizio; previdenza e istituti di fine rapporto o indennità equivalenti disciplinati espressamente dalla fonte competente. Il premio di operosità previsto dall'ACN non coincide automaticamente con il TFR del lavoratore subordinato: un eventuale allineamento richiede specifica scelta legislativa e copertura .

Una riforma seria deve riconoscere anche il costo economico degli studi, delle tecnologie, del personale amministrativo e infermieristico, delle assicurazioni e dell'aggiornamento. Alla maggiore responsabilità professionale devono corrispondere compensi e risorse appropriati, senza scaricare sugli incaricati oneri non finanziati.

7. Sicurezza nei luoghi di lavoro e responsabilità delle Aziende

Quando le attività si svolgono nelle Case della Comunità, la sicurezza non può essere rimessa a formule generiche. Devono risultare individuati il gestore delle sedi, i titolari degli obblighi di prevenzione secondo la concreta organizzazione, i rischi specifici, le dotazioni, le procedure in caso di esposizione biologica, aggressione ed emergenza, nonché le modalità di comunicazione degli incidenti. L'inquadramento convenzionale non attribuisce automaticamente al medico la posizione di dipendente né determina di per sé una specifica copertura INAIL.

La disciplina di riferimento è il D.Lgs. n. 81/2008 e successive modificazioni, da applicare secondo i suoi presupposti e la concreta ripartizione di ruoli e poteri. Il Documento unico di valutazione dei rischi interferenziali deve essere valutato nei casi previsti dall'art. 26, non imposto indistintamente a ogni relazione operativa. La sicurezza dei luoghi di lavoro è un capitolo distinto dagli obblighi di alimentazione e protezione del Fascicolo sanitario elettronico, che rispondono ad altre fonti e responsabilità .

8. Le modifiche legislative e contrattuali richieste

I documenti SMI suggeriscono una sequenza attuativa ordinata, nella quale non si confondano dichiarazioni di principio, norme abilitanti e contrattazione collettiva. In primo luogo, il Parlamento dovrebbe modificare l'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 per aprire nuovi incarichi ordinari della medicina dei servizi, tutelando le posizioni storiche; contestualmente scegliere se abrogare il ruolo unico oppure definire una sua articolazione effettivamente volontaria, con coordinamento dell'art. 1 del D.L. n. 158/2012 .

In secondo luogo, l'ACN dovrebbe disciplinare compiti, massimali, graduatorie, forme di incarico, quote orarie, adesione individuale, condizioni per l'attività mista, mobilità e transizioni. Il raccordo riguarda, tra gli altri, gli artt. 29, 31, 32, 35, 38, 43, 44, 47 e il Capo II sulla medicina dei servizi. Le Regioni e i Distretti dovrebbero infine tradurre il fabbisogno in programmazione delle sedi e in procedure pubbliche di conferimento, senza modificare unilateralmente la qualificazione dei rapporti convenzionali.

È necessario intervenire anche sul meccanismo di rimodulazione delle ore in relazione al numero delle scelte. Le verifiche ravvicinate della quota capitaria, che nella concreta organizzazione possono ripetersi a distanza di due o tre mesi, rendono incerta la consistenza dell'incarico orario del singolo medico e impediscono ai Distretti di costruire turnazioni stabili. Non è accettabile programmare servizi che devono funzionare con continuità sulla base di ore destinate a variare periodicamente. Occorrono incarichi con un monte orario certo, durata definita e modifiche disciplinate da regole contrattuali trasparenti.

Le AFT devono essere coinvolte nella definizione e nel coordinamento delle attività territoriali, mentre i Distretti devono poter programmare per tempo il fabbisogno diurno nelle Case della Comunità, le attività orarie eventualmente previste nelle AFT e la copertura delle fasce notturne, festive e prefestive. Per questo servono aree contrattuali riconoscibili e complementari. La possibilità di cumulare, su domanda, incarichi diversi entro i limiti stabiliti dall'ACN restituisce ai medici libertà professionale e alle Aziende la certezza necessaria per organizzare il servizio.

Occorrono risorse stabili, distinte dalle quote capitari già destinate all'assistenza fiduciaria, per gli incarichi aggiuntivi, le indennità, le sostituzioni, la formazione, la previdenza e le misure di sicurezza. La richiesta SMI prevede una riserva vincolata nel Fondo sanitario nazionale: è una proposta da sottoporre a relazione tecnico-finanziaria e verifica di ammissibilità. La semplice clausola di invarianza di spesa non appare coerente con l'obiettivo di incrementare stabilmente il personale e le ore coperte.

Il mantenimento degli standard assistenziali del DM n. 77/2022 deve restare inderogabile; la riforma riguarda le modalità per finanziare e assicurare il personale che li realizza. Il monitoraggio dovrebbe separare gli indicatori di popolazione coperta e continuità della relazione fiduciaria dagli indicatori di effettiva operatività delle strutture territoriali.

9. Conclusioni e richieste alla Commissione

Il Sindacato Medici Italiani chiede alla Commissione Affari Sociali di considerare la petizione n. 1761 come occasione per un riordino legislativo organico della medicina generale, non come una semplice vertenza sull'orario. **Le quattro priorità sono inscindibili: formazione universitaria e dignità professionale; abolizione del ruolo unico o sua radicale articolazione volontaria; eliminazione del debito orario coatto e riapertura della medicina dei servizi; rafforzamento verificabile delle tutele economiche, previdenziali e di sicurezza.**

Si richiede pertanto di promuovere un'iniziativa legislativa che affronti congiuntamente l'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992, la disciplina del ruolo unico e il percorso formativo, accompagnata da risorse dedicate; di acquisire un aggiornamento ufficiale dei fabbisogni e delle carenze professionali; e di orientare il successivo confronto con le Regioni e le parti sindacali verso un ACN che riconosca incarichi distinti, volontarietà dell'attività mista e diritti effettivi.

Su questo chiediamo alla Commissione una scelta chiara: la priorità è l'abolizione del ruolo unico, con il ripristino di incarichi distinti a ciclo di scelta, a quota oraria notturna, festiva e prefestiva e a quota oraria diurna feriale. Solo in subordine può essere esaminata una diversa articolazione normativa, purché nessuna delle attività orarie resti automaticamente collegata all'incarico fiduciario e il cumulo sia sempre volontario. La certezza del contratto è la condizione per trattenere i medici, favorire l'ingresso dei giovani e dare ai Distretti una programmazione credibile.

Le Case della Comunità funzioneranno se avranno professionisti realmente disponibili, stabili e valorizzati. La medicina di famiglia continuerà a funzionare se conserverà il proprio presidio di prossimità. Una riforma che rafforzi entrambe le dimensioni è nell'interesse dei giovani medici e, soprattutto, dei cittadini.

Per il Sindacato Medici Italiani – CONFSAL
La Segretaria Generale
Dott.ssa Giuseppina Onotri