

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
PER L'ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
TRIENNIO 2019 – 2021 RESO ESECUTIVO IL 04.04.2024**

tra la regione Friuli Venezia Giulia e
le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale

In data 29 settembre 2025 alle ore 10.00 ha avuto luogo l'incontro tra la Delegazione trattante di parte pubblica della Regione Friuli Venezia Giulia e la Delegazione trattante di parte Sindacale al termine della quale le parti hanno approvato la seguente ipotesi di Accordo integrativo regionale di attuazione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale triennio 2019 – 2021 reso esecutivo il 04.04.2024.

L'assessore alla salute, politiche sociali
e disabilità Regione Autonoma FVG
dott. Riccardo Riccardi

S.N.A.M.I.
dott. Stefano Vignando

F.I.M.M.G. FVG
dott. Fernando Agrusti

S.M.I.
dott. Lorenzo Cociani

F.M.T.
dott. Filippo De Nicoellis

FEDERAZIONE CISL MEDICI
dott. Nicola Ventrella

Sommario

PREMESSA	4
PARTE I – APPLICAZIONE NORMATIVA.....	4
Art. 1 Campo di applicazione e durata	4
Art. 2 Coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale - UCCP	4
Art. 3 Partecipazione a comitati e commissioni	5
Art. 4 Sospensione dalle attività convenzionali per corsi di formazione	5
Art. 5 Formazione continua (ECM)	5
Art. 6 Attività didattica	7
Art. 7 Referente di AFT	7
Art. 8 Componente dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali - UCAD	8
Art. 9 Rapporto ottimale e carenza assistenziale	9
Art. 10 Requisiti degli studi medici	9
Art. 11 Massimale e sue limitazioni	10
Art. 12 Scelta in deroga territoriale medico del ruolo unico di assistenza primaria	10
Art. 13 Compiti del medico del ruolo unico di assistenza primaria	11
I. Ambito di applicazione.....	11
II. Compiti del Medico di Medicina Generale e organizzazione dell'assistenza.....	11
III. Organizzazione dell'assistenza	12
IV. Aspetti economici.....	12
V. Controversie.....	12
VI. Aumento del massimale per assistiti nelle residenze	12
VII. Norma di chiusura.....	12
VIII. Monitoraggio della progettualità	12
Art. 14 Attività assistenziale a prestazione oraria	13
Reperibilità domiciliare.....	13
Art. 15 Assistenza ai turisti e visite occasionali	13
PARTE II – ISTITUTI ECONOMICI.....	14
Art. 16 Ripartizione quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie	14
Art. 17 Modalità per la corresponsione della quota variabile derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico.....	14
I. Ripartizione del fondo.....	14
II. Accordo attuativo aziendale (AAA)	16
III. Valutazione e monitoraggio delle progettualità	16
Art. 18 Quota per servizi	17
Art. 19 Fondo aziendale dei fattori produttivi	17
I. Le regole dell'ACN 2024.....	17
II. Nuovo modello organizzativo definito dalla Regione	17

III. Indennità per la partecipazione a forme associative	18
IV. Integrazione delle AFT nelle Case di Comunità hub spoke	19
V. Indennità per collaboratore di studio/personale infermieristico	19
VI. Indennità per la funzione informativo-informatica	20
Art. 20 Zone disagiate e disagiatissime.....	20
PARTE III – INCENTIVI REGIONALI	20
Art. 21 Quota capitaria integrativa	21
Art. 22 Contributo d'ingresso una tantum.....	21
Art. 23 Indennità per giorni “superfestivi”	21
Art. 24 Quote di incentivazione per l'attività oraria.....	22
Art. 25 Ulteriori compiti dei medici ad attività oraria	22
Art. 26 Trattamento economici incarichi a tempo determinato.....	22
Art. 27 Sostegno alla genitorialità e tutela della disabilità.....	22
Art. 28 Risorse economiche	23
PARTE IV. NORME FINALI E TRANSITORIE	23
Art. 29 Assistenza negli istituti penitenziari	23
Art. 30 Ultrattività accordi integrativi regionali.....	24
Art. 31 Norma transitoria.....	24
Art. 32 Norma finale.	24
Dichiarazione congiunta 1	24
Dichiarazione congiunta 2	24
Dichiarazione congiunta 3	25
Dichiarazione congiunta 4	25
Dichiarazione congiunta 5	25
Dichiarazione a verbale	25
PARTE V. REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE	26
Protocolli d'intesa aziendali	26
Prestazioni definite indispensabili per i medici a ciclo di scelta.....	26
Modalità di comunicazione dell'adesione allo sciopero	26
All. 1 – Dichiarazione partecipazione a comitati e commissioni	27
All. 2 – Proposta motivata di intervento ADP-ADR.....	28
All. 3 – Riepilogo degli accessi e delle prestazioni per ADP – ADR autorizzate.....	29

PREMESSA

In data 08.02.2024 è stato sottoscritto l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni reso esecutivo in data 04.04.2024.

L'art. 3 del nuovo ACN disciplina il livello di negoziazione regionale cui compete definire l'Accordo Integrativo Regionale (AIR), con il quale sono stabiliti gli obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché le materie esplicitamente rinviate dall'ACN stesso. Lo stesso articolo prevede che le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie dell'ACN si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali come previsto dall'articolo 8, comma 3.

L'art. 8 dell'ACN 2024 stabilisce che le Regioni definiscono gli atti di programmazione inerenti alle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP).

Con DGR n. 1864 del 6 dicembre 2024 è stato approvato in via definitiva l'atto di programmazione sull'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) ai sensi degli accordi collettivi nazionali della medicina convenzionata triennio 2019 – 2021 che si raccorda con il "Programma regionale dell'assistenza territoriale" approvato con DGR n. 2042 del 29 dicembre 2022 in recepimento del decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, recante il Regolamento sulla definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

L'ultimo comma dell'art. 8 dell'ACN 2024 prevede che l'attuazione di quanto previsto dall'atto di programmazione è determinata dagli Accordi Integrativi Regionali che definiscono inoltre gli obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, integra le materie esplicitamente rinviate dall'ACN alla contrattazione regionale.

Tutto ciò premesso e considerato, le parti ritengono prioritario dare attuazione con il presente Accordo alle materie esplicitamente rinviate dall'ACN alla contrattazione regionale al fine di consentire l'avvio della riorganizzazione delle AFT e UCCP a partire dal 1° gennaio 2025

PARTE I – APPLICAZIONE NORMATIVA

Art. 1 Campo di applicazione e durata

Il presente Accordo Integrativo Regionale (AIR) definisce le materie demandate dall'ACN alla contrattazione regionale per l'attuazione dell'atto di programmazione volto a istituire le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici della medicina convenzionata alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) nella Regione Friuli Venezia Giulia adottato in via definitiva con DGR 1864/2024.

Il presente Accordo entra in vigore dalla data di adozione della DGR di recepimento e resta in vigore sino alla stipula di successivo AIR, salvo modifiche e/o integrazioni/variazioni concordate in ambito regionale e/o nazionale.

Art. 2 Coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale - UCCP¹

Fermo restando quanto direttamente disciplinato dall'ACN, qualora l'Azienda individui il coordinatore dell'UCCP tra uno dei medici di medicina generale, si applica quanto previsto dall'art. 10 dell'ACN².

Al coordinatore di UCCP spetta la quota aggiuntiva annua di compenso pari a 0,129 € per assistito (computato al

¹ Art. 10 - Al coordinatore di UCCP di cui al comma 1 è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore", il cui onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II.

² L'Azienda individua il coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) tra le figure professionali operanti nell'Azienda stessa attraverso un avviso pubblico. Per i medici del ruolo unico di assistenza primaria la procedura di designazione del coordinatore dovrà tener conto dei seguenti criteri:

- il coordinatore deve espressamente accettare l'incarico, essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
- l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
- il candidato deve disporre di un adeguato curriculum che evidenzia competenze in assistenza territoriale, organizzazione dei processi di cura, governo clinico e integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale;
- l'incarico ha una durata di norma triennale.

31 dicembre dell'anno precedente sul numero di assistiti di ciascuna UCCP) i cui oneri sono finanziati in ciascuna azienda attraverso la quota assegnata ai sensi dell'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II dell'ACN.

Il 70% della quota aggiuntiva viene corrisposto in quota fissa mensile e il restante 30% in quota variabile, legata al grado di realizzazione degli obiettivi annuali declinati secondo quanto previsto con Accordo Attuativo Aziendale.

Qualora l'Azienda decida di non individuare il coordinatore dell'UCCP tra uno dei medici di medicina generale, le risorse relative al compenso rimangono a disposizione della quota assegnata ai sensi dell'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II dell'ACN per la remunerazione dei referenti di AFT.

Art. 3 Partecipazione a comitati e commissioni ³

Ai medici a ciclo di scelta che partecipano alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dall'ACN o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali è rimborsata dall'Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa sostenuta per le sostituzioni nella misura massima di euro 200 riferibile al compenso giornaliero di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto I, previsto per un medico con 1500 assistiti. Ai medici sono altresì rimborsate le spese di viaggio dal luogo di residenza al luogo della riunione nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.

Ai fini della corresponsione del rimborso, i medici interessati presentano idonea documentazione a supporto o autocertificazione rilasciata ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, come da modello allegato al presente AIR (ALL.1).

La partecipazione dei medici ad attività oraria è considerata attività di servizio come previsto dall'art. 17, comma 1, dell'ACN e sono rimborsate le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.

Le assenze dal servizio per la partecipazione alle riunioni di comitati e commissioni sono comunicate dall'interessato all'Azienda presso cui opera con congruo preavviso.

Art. 4 Sospensione dalle attività convenzionali per corsi di formazione⁴

Il medico può richiedere all'Azienda la sospensione dalle attività per la partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'articolo 26 dell'ACN, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni che:

- abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno;
- abbiano come oggetto argomenti di interesse per la medicina generale;
- siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.

L'autorizzazione alla sospensione è richiesta dal medico almeno 30 giorni prima dell'inizio del corso di formazione e la risposta dell'Azienda viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta; in assenza di risposta la richiesta si intende approvata. Il diniego deve essere adeguatamente motivato.

Il medico è sostituito secondo le modalità stabilite dall'ACN e la sospensione dall'attività di medicina generale non comporta soluzione di continuità del rapporto convenzionale ai fini della anzianità di servizio.

Art. 5 Formazione continua (ECM)

Ai sensi dell'art. 37 della Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22, la formazione continua prevista dagli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, i medici pediatri di libera di scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni, i medici veterinari e altre professionalità sanitarie ambulatoriali, è assicurata dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) che assume la funzione di Centro per la formazione in sanità e assicura la gestione amministrativa e finanziaria connessa al complesso delle attività formative.

Le parti danno atto che il Centro regionale di formazione per l'area della medicina generale, ora Centro per la formazione in sanità, è stato avviato, in via sperimentale, con deliberazione della Giunta regionale n. 3576, del

³ Art. 17

1. Ai medici che partecipano alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali, per l'attività a ciclo di scelta è rimborsata dall'Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa per le sostituzioni nella misura prevista dagli Accordi Integrativi Regionali. [...]

2. Le attività di cui al comma precedente devono essere debitamente comprovate da attestazioni ufficiali.

3. Le assenze dal servizio per le attività di cui al comma 1 sono comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera.

⁴ Art. 22, co. 2, lett. e)

9.8.1996 e costituito, in via definitiva, con deliberazione della Giunta regionale n. 25, del 10.1.2001.

In particolare, il Centro cura l'attuazione del programma annuale di formazione, l'organizzazione e l'effettuazione dei corsi, la gestione dei professionisti coinvolti nell'espletamento di tali attività, nonché tutti i connessi e derivanti adempimenti di gestione amministrativa, contabile e di segreteria organizzativa ivi compresi quelli finalizzati alle eventuali pubblicazioni e/o oneri informativi e a eventuali controlli riservati alla Pubblica Amministrazione.

Al comitato di indirizzo paritetico spetta predisporre la programmazione didattica – formativo unitamente all'individuazione della quota di risorse da assegnare al comitato esecutivo nonché definire la ripartizione delle risorse medesime per le Aree di lavoro, in coerenza con gli obiettivi fissati dall'amministrazione regionale e, comunque, tenendo conto della programmazione ECM e delle necessità formative, e provvedere, altresì, alla verifica annuale delle attività svolte e della loro coerenza rispetto agli indirizzi programmatici definiti.

Nell'ambito dell'espletamento delle competenze del comitato esecutivo sono previste le seguenti specifiche Aree tematiche di lavoro e precisamente:

- Area della formazione specifica dei medici di medicina generale e della continuità assistenziale;
- Area della formazione continua dei Medici di medicina generale;
- Area della formazione continua dei Pediatri di libera scelta;
- Area della formazione dei medici Specialisti ambulatoriali interni e delle altre professionalità ambulatoriali;
- Area della formazione sulla prevenzione dell'età evolutiva e transizione dell'età adulta;
- Area ricerca e sviluppo;
- Area management.

Alle suddette Aree di lavoro sono preposti i componenti del comitato esecutivo cui è assegnato il relativo budget, destinato alla gestione delle attività formative correlate alle singole aree di riferimento.

In previsione dell'applicazione del DM77/2022 recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, l'attività formativa nei confronti dei medici del ruolo unico di assistenza primaria dovrà dare priorità ai seguenti temi:

- Aspetti relativi al lavoro in team multiprofessionali con particolare riferimento alle figure del referente di AFT e del coordinatore di UCCP
- Sviluppo di ulteriori competenze sulla gestione dei pazienti cronici e complessi anche attraverso la medicina di iniziativa e sul primo livello di cure per i pazienti oncologici
- Utilizzo delle apparecchiature per la diagnostica di primo livello
- Utilizzo della telemedicina con particolare riferimento alla televisita, al teleconsulto e al telemonitoraggio

Le iniziative regionali ed aziendali di formazione che vengono effettuate si svolgono nel limite di 40 ore annue secondo le modalità definite in sede di programmazione dell'attività da parte del comitato di indirizzo del Centro per la formazione in sanità. La partecipazione rientra nei compiti retribuiti e prevede l'eventuale sostituzione del medico a carico dell'Azienda con le modalità stabilite dal Ceformed.

Il Comitato di indirizzo tramite la Direzione di ARCS promuove il confronto con il Consiglio di Facoltà delle Università presenti sul territorio regionale al fine di ricercare criteri condivisi per l'individuazione dei professionisti ai quali affidare la docenza all'interno dei corsi universitari in materia di medicina generale.

Le parti concordano sulla necessità della modifica del decreto della Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia n. 1061/SPS del 25/08/2016 relativo all'assetto organizzativo del Centro entro 120 giorni dalla data di esecutività del presente accordo.

Art. 6 Attività didattica ⁵

Atteso che la Regione si è dotata del Centro per la formazione in sanità di cui all'articolo precedente che ha il compito precipuo di curare l'organizzazione e l'effettuazione dei corsi nonché la gestione dei professionisti coinvolti nell'espletamento di tali attività, il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, per la realizzazione della formazione continua, nonché l'attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto formativo specifico vengono stabiliti dal Comitato di indirizzo paritetico del Centro nell'ambito della programmazione didattica – formativa.

La creazione e gestione dell'elenco regionale di animatori di formazione è affidata all'Azienda cui afferisce il Centro per la formazione in sanità sulla base delle indicazioni fornite dal Comitato di indirizzo.

Art. 7 Referente di AFT ⁶

I medici componenti la AFT individuano al loro interno, con le modalità definite nel regolamento aziendale di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12, dell'ACN un referente ed il suo sostituto/supplente. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista.

Le Aziende adottano il Regolamento di funzionamento delle AFT definito nel Comitato Aziendale entro 3 mesi dall'entrata in vigore del presente AIR.

Il referente di AFT deve essere titolare di rapporto convenzionale e dura in carica tre anni e può essere rieleggibile. L'attribuzione della funzione di coordinatore non incide sull'incarico convenzionale in essere.

I compiti attribuiti al referente di AFT sono svolti al di fuori dell'orario di servizio relazionandosi con i colleghi della propria AFT e il Direttore del Distretto di riferimento e comportano le seguenti attività:

- a) ai fini dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza svolti dall'AFT con gli altri servizi aziendali, il referente di AFT:
 - collabora con il componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) per la programmazione ed il monitoraggio delle attività realizzate nell'ambito delle cure primarie secondo i principi della multi professionalità e dell'interdipendenza fra i servizi e i professionisti dell'area e per la promozione della continuità dell'assistenza e del rapporto tra ospedale e medicina generale, nonché tra quest'ultima e la specialistica ambulatoriale in relazione al rispetto dei percorsi diagnostico – terapeutici condivisi;
 - partecipa, in collaborazione con il componente di diritto dell'UCAD, allo sviluppo dei percorsi aziendali volti ad attuare quanto previsto dall'Allegato 1 dell'ACN in materia di medicina di iniziativa;
 - partecipa alla definizione di procedure di integrazione delle AFT con le UCCP e con gli altri soggetti presenti sul territorio, in attuazione delle indicazioni regionali in materia
- b) il coordinamento dell'attività dei medici a quota oraria e a ciclo di scelta componenti della AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana consiste in:
 - raccordo con tutti i medici del ruolo unico di AP ad attività oraria componenti dell'AFT per

⁵ Art. 27

Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono:

a) il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, per la realizzazione della formazione continua, nonché l'attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto formativo specifico. Gli stessi Accordi possono definire criteri di riconoscimento di attestati di idoneità conseguiti in altri corsi di formazione specifica

b) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;

c) il fabbisogno regionale di docenti di medicina generale per i corsi di formazione continua di cui all'articolo precedente, nonché i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco sulla base del loro curriculum formativo;

d) la promozione di attività di sperimentazione e ricerca, anche in collaborazione con le Università.

⁶ Art. 30

comma 1. I medici componenti la AFT individuano al loro interno, con le modalità definite nel regolamento aziendale di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12, un referente ed il suo sostituto. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista.

Gli Accordi Integrativi Regionali disciplinano la durata del mandato e le modalità di svolgimento. Tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere. Comma 6. Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "referente", il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II decurtata delle risorse necessarie alla remunerazione destinata alla funzione di coordinatore di UCCP

Commi 8 - 9. Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato il rappresentante dei medici di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali con le modalità definite dal regolamento aziendale di funzionamento dell'AFT

concordare mensilmente l'attività programmata e coordinata con flessibilità oraria ed articolazione dei turni funzionale all'assetto organizzativo territoriale, con orario giornaliero minimo di 4 ore e massimo di 12⁷;

- collaborazione con il Direttore di Distretto che predispone i turni di servizio dei medici del ruolo unico di AP ad attività oraria, sentiti i medici interessati. In caso di mancato accordo sull'assegnazione dei turni, i turni vengono assegnati ai medici ad attività oraria dal Direttore di Distretto sulla base del principio di equità distributiva fra tutti i medici incaricati⁸;
- organizzazione delle attività dell'AFT di appartenenza con definizione dell'ordine del giorno delle riunioni, verifica delle presenze e redazione verbali delle riunioni;
- monitoraggio sull'andamento delle attività e dei risultati raggiunti dalla propria AFT secondo quanto stabilito dal Regolamento aziendale di funzionamento dell'AFT;
- collaborazione con il componente di diritto dell'UCAD per la realizzazione di una efficace ed efficiente rete di relazione con tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria dell'AFT condividendo con questi ultimi il monitoraggio e l'analisi sull'utilizzo appropriato, efficace ed efficiente delle risorse, sulla base dei dati forniti dall'Azienda;
- individuazione ed attivazione delle strategie di governo clinico quale la promozione di momenti di verifica e revisione della qualità con l'obiettivo di favorire l'autovalutazione dei medici del ruolo unico di AP attraverso "verifiche tra pari" (*peer review*) e "revisioni cliniche" (*audit clinici*) su problemi rilevanti della popolazione assistita di riferimento al fine di promuovere l'adesione a pratiche cliniche di provata efficacia e appropriatezza;
- coordinamento dell'attività di formazione sul campo prevista per le attività di AFT promuovendo la partecipazione agli eventi formativi dei medici del ruolo unico di AP componenti dell'AFT;

c) la relazione annuale dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi assegnati viene predisposta sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda.

La documentazione relativa alle attività previste dal presente articolo viene inviata al Direttore di Distretto ed al componente di diritto dell'UCAD.

Per la retribuzione delle funzioni dei referenti di AFT le Aziende hanno a disposizione la quota assegnata annualmente ai sensi dell'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II dell'ACN pari a 0,729 € per assistito eventualmente decurtata delle risorse necessarie al finanziamento delle funzioni di coordinatore di UCCP.

Ai referenti sono riconosciuti i compensi stabiliti dal Regolamento aziendale di funzionamento dell'AFT che definisce i criteri di graduazione delle funzioni, i criteri di valutazione dei risultati ottenuti e gli importi dell'indennità nell'ambito delle risorse complessive stabilite dal capoverso precedente.

La graduazione delle funzioni è commisurata alle funzioni assegnate, ivi compresa la funzione di componente di diritto dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

Il 70% del compenso al referente viene corrisposto in quota fissa mensile e il restante 30% in quota variabile, legata al grado di realizzazione degli obiettivi annuali da declinarsi secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale di funzionamento dell'AFT.

La liquidazione della quota variabile del compenso dei referenti di AFT è subordinata al conseguimento di almeno il 60% degli obiettivi di AFT ed è corrisposta in misura proporzionale al grado di raggiungimento degli stessi.

La liquidazione del compenso di parte variabile di cui al presente articolo entro un mese dall'approvazione del bilancio consolidato consuntivo del SSR dell'anno di riferimento.

Art. 8 Componente dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali - UCAD⁹

Ai sensi dell'art 3-sexies del D.L.vo 502/1992, il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali e da rappresentanti della medicina convenzionata.

Il rappresentante dei medici di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali viene individuato tra i referenti di AFT del Distretto con le modalità definite dal regolamento aziendale

⁷ art. 44, comma 10 ACN "L'attività programmata e coordinata all'interno dell'AFT è prestata con flessibilità oraria ed articolazione dei turni funzionale all'assetto organizzativo territoriale, con un orario giornaliero minimo di 4 ore e massimo di 12."

⁸ art. 44, comma 13, ACN "L'Azienda assegna le sedi di attività e predispone i turni di servizio, in collaborazione con i referenti di AFT, sentiti i medici interessati. I turni di servizio sono disposti sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati."

⁹ Art. 30, commi 8 – 9

di funzionamento dell'AFT.

Il componente di diritto dell'UCAD decade dall'incarico al momento della cessazione o sospensione del rapporto convenzionale in essere con l'Azienda.

Il componente di diritto dei MMG svolge funzioni consultive e propositive in tema di:

- rapporti interprofessionali, comprese le modalità di integrazione/interrelazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e su base oraria, PLS, e specialisti ambulatoriali interni con gli operatori assegnati al Distretto, al fine di garantire uniformità di comportamento operativo nelle attività ed interventi delle diverse articolazioni organizzative;
- bisogni e percorsi formativi delle diverse professionalità su tematiche di carattere generale (es. miglioramento continuo della qualità, sistema informativo, management, etc.);
- definizione del Programma delle Attività Territoriali;
- promozione di strategie operative condivise fra i fattori produttivi territoriali finalizzata a soddisfare il reale bisogno di salute, con l'individuazione delle modalità di raccordo fra la rete produttiva territoriale, i servizi socio-assistenziali, i MMG e i PLS, nonché di procedure e di modalità condivise di offerta dei servizi;
- qualsiasi altra materia relativa all'assistenza primaria il Direttore di Distretto ritenga opportuno sottoporre;
- analisi del fabbisogno formativo e conseguente predisposizione del programma annuale.

Il referente di AFT componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali coadiuva il Direttore di Distretto per gli adempimenti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali di cui al comma 7 e 8 dell'art. 45 dell'ACN.

Le Aziende, contestualmente all'adozione del Regolamento aziendale di funzionamento delle AFT, di cui al comma 12 dell'art. 29 dell'ACN, attivano gli Uffici di Coordinamento dell'Attività Distrettuale.

Dalla data di attivazione di tali uffici cessano di avere efficacia i precedenti accordi in materia UCAD e Ufficio Distrettuale per la Medicina Generale (UDMG).

L'indennità aggiuntiva per il componente di diritto dell'UCAD viene prevista nella graduazione delle funzioni di referente di AFT di cui all'articolo precedente.

Art. 9 Rapporto ottimale e carenza assistenziale ¹⁰

In considerazione del fatto che l'assetto organizzativo dell'assistenza primaria e l'attuazione del ruolo unico implicano l'individuazione di nuovi parametri ed un diverso criterio di determinazione del rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio ed abitanti residenti, come definito nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, coerentemente con i modelli organizzativi adottati, le parti concordano di applicare il parametro di un medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300 superiore al 50%, calcolato secondo quanto previsto dall'Allegato 7 dell'ACN stesso riservandosi di valutare successivamente l'impatto che la nuova modulazione tra le attività a ciclo di scelta e attività oraria comporta sull'organizzazione dell'assistenza primaria.

Per la definizione di Ambiti/AFT/Carenza assistenziale viene informato il Comitato Aziendale.

Art. 10 Requisiti degli studi medici ¹¹

I medici devono comunicare all'Azienda e agli assistiti le modalità di organizzazione e l'articolazione oraria di apertura degli studi secondo quanto previsto dall'art. 35, comma 5, dell'ACN al fine di garantire una costante

¹⁰ Art. 32

Comma 2. Gli Accordi Integrativi Regionali determinano per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale i valori del rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, con possibile variazione in aumento fino al 30%, e a rapporto orario, con possibile variazione in diminuzione o in aumento fino al 30%.

Tali Accordi possono indicare per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale rapporti ottimali diversi, tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, anche con riferimento a territori a bassa densità abitativa, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale.

comma 7. Fatto salvo quanto previsto ai commi precedenti, nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali possono essere individuate specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale e previo parere del Comitato aziendale

¹¹ Art. 35

Comma 7. Le modalità di contattabilità del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate dagli Accordi Integrativi Regionali.

Comma 8. Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali possono essere previste le modalità di erogazione di prestazioni medico specialistiche in regime di accreditamento con contratto tra i medici di cure primarie operanti nelle forme organizzative, le Aziende sanitarie e le Aziende erogatrici pubbliche e/o private accreditate del medesimo ambito territoriale. Lo strumento primario di integrazione riguarda la definizione e l'utilizzo di linee guida diagnostico-terapeutiche condivise. Gli Accordi specifici devono far riferimento ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, necessari al funzionamento delle unità di offerta, e derivanti dalla normativa nazionale e regionale in tema di autorizzazione ed accreditamento.

informazione.

L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio con riguardo alle condizioni cliniche e alla possibilità o meno di spostamento in sicurezza degli assistiti (art. 43, comma 6, lett. a) ACN).

È a cura del medico del ruolo unico di assistenza primaria la definizione della modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare anche con l'utilizzo di strumenti informatici e telefonici.

Le visite ambulatoriali sono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione, salvo diversa valutazione del medico, avendo cura di garantire tempi adeguati di erogazione della visita.

Le visite domiciliari debbono essere eseguite di norma nel corso della stessa giornata; quando la richiesta pervenga dopo le ore dieci, la visita potrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo, compreso il sabato. È a cura del medico di assistenza definire primaria la modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare anche con l'uso di strumenti informatici e telefonici.

Le visite domiciliari e ambulatoriali così come le modalità di contattabilità dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, fermo restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, sono organizzate in forma coordinata in ogni AFT tenendo conto del rapporto con l'utenza, delle caratteristiche organizzative locali, dell'offerta di servizi locale, della presenza di UCCP e della necessità di assicurare tempi adeguati di erogazione delle suddette attività.

Gli assistiti sono informati di tali modalità organizzative a cura della Azienda e del medico di assistenza primaria.

Art. 11 Massimale e sue limitazioni ¹²

Al fine di rendere agevole e veloce il percorso di assegnazione del medico a chi ne risulti sprovvisto a causa della crescente carenza di professionisti, dopo aver esperito senza esito tutte le procedure per la copertura degli incarichi vacanti previste dall'ACN, le Aziende possono sollecitare l'innalzamento volontario temporaneo del massimale di scelte fino al limite massimo di 1.800 assistiti per i medici dell'ambito e degli ambiti dei comuni limitrofi in applicazione dell'art. 38, comma 2, dell'ACN.

Il periodo di innalzamento del massimale è concordato tra l'Azienda ed i medici interessati e cessa al momento dell'insediamento di nuovi medici nell'ambito di appartenenza, salvo diversa valutazione della situazione di carenza.

Gli assistiti in deroga interessati sono avvisati a cura dell'Azienda sul carattere temporaneo dell'assegnazione.

Una volta raggiunto il massimale di 1800 assistiti, le scelte in deroga di cui all'art. 38, comma 3, sono acquisibili nel limite massimo del 5% (pari a 75 parametrato ai 1500 pazienti) e per tali scelte in deroga non vi è riconoscimento della quota capitaria aggiuntiva di ingresso.

È conservata l'autolimitazione del massimale già autorizzata dalle aziende con atto formale entro il 03/04/2024 (art. 38, comma 5, ACN).

Art. 12 Scelta in deroga territoriale medico del ruolo unico di assistenza primaria ¹³

Il cittadino o il tutore legale può richiedere l'assegnazione in deroga territoriale di un medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta operante in Comuni limitrofi a quello di residenza appartenente a un ambito di altra Azienda sanitaria sulla base delle seguenti condizioni:

- a) Contiguità degli ambiti interessati
- b) Accettazione da parte del medico interessato
- c) Acquisizione della scelta entro il massimale stabilito dall'ACN

La scelta del medico in deroga territoriale viene effettuata direttamente allo sportello anagrafe del distretto in cui è iscritto il medico interessato presentando la dichiarazione di disponibilità dello stesso.

Casi particolari di richieste di scelta in deroga territoriale non disciplinati dalla normativa vigente e dal presente articolo sono valutati dal comitato aziendale.

Tutti i casi di attribuzione di una scelta in deroga territoriale sono comunicati all'Azienda di residenza.

¹² Art. 38

2. L'AIR può prevedere l'innalzamento del massimale di cui al comma 1 fino al limite massimo di 1.800 in aree disagiate individuate dalla Regione nelle quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza

10. [...] Per l'attività a ciclo di scelta si applica il massimale di 500 assistiti, fatta salva la possibilità per le Regioni, in base alla loro programmazione, di incrementare tale limite fino ad un massimo del 30% secondo modalità da definire nell'AIR.

¹³ Art. 39

Art. 13 Compiti del medico del ruolo unico di assistenza primaria ¹⁴

L'art. 43 dell'ACN per la medicina generale prevede la possibilità di programmare gli interventi domiciliari (presso la casa degli assistiti o presso le strutture residenziali) in favore dell'utenza sulla base di Accordo Integrativo Regionale.

In armonia con la programmazione sanitaria regionale e con specifico riguardo al complesso degli interventi da attuarsi a tutela delle persone anziane, al fine di superare l'accordo in materia di cui alla DGR 3237/1997, con la presente intesa viene disciplinato in via sperimentale un livello ulteriore di assistenza programmata contemplata alla lettera B e C del comma 6 dell'articolo 43 ACN vigente nelle more dell'approvazione di un accordo regionale specifico relativo all'assistenza sanitaria presso le strutture residenziali per anziani.

I. Ambito di applicazione

Il medico del ruolo unico di assistenza primaria garantisce l'assistenza sanitaria a domicilio e all'interno delle strutture residenziali, in adempimento dei compiti previsti per l'attività a ciclo di scelta dall'art. 43 dell'ACN sulla base delle scelte liberamente espresse dall'assistito.

Il presente accordo disciplina tale tipologia di assistenza integrativa sulla base di due diversi modelli per gli assistiti che si trovano a domicilio o in struttura residenziale:

- a) ADP: assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti fragili che si trovano a casa e con difficoltà a raggiungere autonomamente l'ambulatorio del proprio medico di medicina generale (art.43, comma 6, lettera b) dell'ACN);
- b) ADR: assistenza nei confronti di pazienti ospiti in strutture residenziali, convenzionate e non convenzionate (art. 43, comma 6, lettera c) dell'ACN);

Nei confronti delle persone ospiti di strutture residenziali il medico garantisce l'assistenza di base che sarebbe dovuta nella propria residenza. Le strutture residenziali segnalano al Direttore di Distretto di riferimento eventuali carenze assistenziali nei confronti dei propri ospiti.

Le parti concordano che è necessario rivedere le modalità di assistenza medica nelle strutture residenziali anche in attuazione della Legge regionale n. 10 del 1998 art. 28 comma 3 come sostituito dalla Legge regionale n. 12 del 2025 art. 8 comma 117.

Nelle more di tale revisione e in particolare di quella dell'Intesa del 1997 riferito all'ADR, e a integrazione della relativa tipologia di attività, l'assistenza di base può essere temporaneamente integrata e potenziata – previa autorizzazione del Distretto di riferimento – attraverso l'attivazione di una forma programmata e coordinata di assistenza proattiva da parte del medico di medicina generale.

Tale misura è finalizzata a garantire un adeguato livello assistenziale agli assistiti in temporaneo aggravamento, ma comunque gestibili all'interno della struttura residenziale di ospitalità, con particolare attenzione alla prevenzione di accessi impropri al pronto soccorso.

Per questa finalità temporanea e sperimentale, negli atti di programmazione regionale è definito annualmente un apposito budget a partire dell'esercizio 2026 con decorrenza stabilita dai medesimi atti.

II. Compiti del Medico di Medicina Generale e organizzazione dell'assistenza

Nei confronti degli assistiti per i quali viene attivata l'assistenza oggetto del presente accordo il medico, con attività proattiva, ha la responsabilità, per quanto di sua competenza, in ordine alla tutela della salute dei propri assistiti, che si estrinseca in compiti di medicina d'iniziativa a fini diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi individuali e di educazione sanitaria, con l'obiettivo di:

- c) tutelare e promuovere la salute della persona anziana e/o fragile;
- d) mantenere la salute e la residua autonomia della persona a domicilio od ospite della struttura;
- e) limitare l'accesso improprio al Pronto Soccorso ed il ricovero ospedaliero.

Il medico assume anche il compito di essere parte attiva nel coordinamento dell'assistenza nell'ambito dei programmi terapeutico-riabilitativi in integrazione con il Distretto di riferimento, il personale sanitario e dei servizi

¹⁴ Art. 43

6. Rientrano nei compiti ed obblighi del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta:

b) l'assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli Allegati 6 e 8 ovvero secondo gli Accordi Integrativi Regionali;

c) ospiti di strutture residenziali, disciplinata da protocolli definiti dagli Accordi Integrativi Regionali;

[...]

g) il rilascio delle seguenti certificazioni obbligatorie:

VI) valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle strutture residenziali, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali;

sociali (ove attivati) ed i caregiver formali ed informali.

L'assistenza di cui alla presente intesa può essere resa solo nei confronti dei propri assistiti (fatti salvi i casi in cui possono essere attivate forme di associazionismo medico).

Tale assistenza deve essere erogata a domicilio o all'interno della struttura residenziale, con esclusione quindi di qualsiasi trasferimento del paziente presso l'ambulatorio territoriale del medico, ed in orario aggiuntivo rispetto a quanto già previsto da ACN per l'attività ambulatoriale sulla base del numero degli assistiti.

Il medico di medicina generale che svolge la funzione di Direttore Sanitario nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti, può chiedere l'attivazione di una ADR per i suoi assistiti con le modalità di cui al presente accordo, in qualità di medico curante, anche se presenti nella medesima struttura per anziani nella quale svolge il ruolo di Direttore sanitario.

III. Organizzazione dell'assistenza

Il medico propone l'attivazione dei modelli delle tipologie assistenza disciplinati nel presente accordo tramite l'invio del modulo in allegato (ALL. 2) al responsabile indicato dal Distretto di riferimento.

Il Distretto entro 15 giorni autorizzerà o meno l'attivazione dandone comunicazione al medico di medicina generale proponente.

Il medico indica nel modulo allegato il motivo della proposta di assistenza ed il numero di accessi mensili previsti. La durata della assistenza autorizzata non prevede scadenza a meno di diversa indicazione del Distretto che può indicare una scadenza della autorizzazione e, in ogni momento, revisionare l'autorizzazione (rinnovandola o meno) dandone preventiva informazione al medico curante.

L'organizzazione dell'assistenza a domicilio o presso la struttura residenziale è responsabilità del medico e viene definita dal medico stesso in accordo con l'assistito e i caregiver o con il personale della struttura residenziale.

Il medico curante inoltrerà al servizio di riferimento indicato dal Distretto entro il giorno 5 del mese successivo, tramite apposito modulo riepilogativo (ALL. 3), i dati necessari all'individuazione dei pazienti e l'indicazione delle giornate di accesso sulla base di quanto concordato oppure inserirà le prestazioni eseguite nel portale informatico predisposto quando sarà attivato. Non potranno essere inserite in pagamento prestazioni in numero maggiore di quelle richieste ed autorizzate. La corresponsione economica potrà essere autorizzata per un massimo di 4 prestazioni al mese in relazione alle esigenze del paziente.

Verificato dagli uffici competenti aziendali l'importo liquidabile al medico, la liquidazione del corrispettivo dovrà avvenire entro il mese successivo all'inoltro agli uffici competenti del modulo riepilogativo previsto.

Entro due mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, tale modulistica viene informatizzata e resa disponibile sul portale Continuità della cura così da garantire la trasmissione e la rendicontazione da parte dei medici in modalità totalmente digitale, senza la necessità di ricorrere a formato cartaceo.

IV. Aspetti economici

Per l'espletamento delle attività previste dalla presente intesa, al MMG viene corrisposto mensilmente, oltre al all'ordinario trattamento economico, un compenso omnicomprensivo di 30,00 € per ogni accesso autorizzato, espletato e correttamente documentato secondo le modalità del precedente punto III del presente accordo.

Per l'attuazione del presente articolo le aziende non possono superare per questa finalità sperimentale il budget stabilito annualmente negli atti di programmazione regionale.

V. Controversie

Eventuali controversie interpretative insorte in sede di applicazione della presente intesa vanno sottoposte alla valutazione del Comitato d'Azienda.

VI. Aumento del massimale per assistiti nelle residenze

Tramite AAA può essere consentito ai medici che si rendono volontariamente disponibili di aumentare il proprio massimale individuale fino a 1800 assistiti a favore degli ospiti delle strutture residenziali individuate dal medico stesso, fermo restando la libertà di scelta dell'assistito.

VII. Norma di chiusura.

Per quanto non espressamente previsto dal presente accordo, si applicano, in quanto compatibili, le norme dell'allegato 8 dell'ACN relativo all'assistenza domiciliare programmata.

VIII. Monitoraggio della progettualità

Le Aziende monitorano trimestralmente l'andamento della progettualità e comunicano alla Direzione centrale Salute e alle organizzazioni sindacali i risultati della sperimentazione del nuovo modello assistenziale con particolare riferimento alla riduzione degli accessi al pronto soccorso.

Art. 14 Attività assistenziale a prestazione oraria ¹⁵

Le modalità organizzative dell'attività assistenziale a prestazione oraria da parte dell'Azienda sono adottate sentito il Comitato aziendale.

Reperibilità domiciliare

Ai sensi dei commi 6 e 7 dell'art. 44 dell'ACN, le Aziende organizzano la reperibilità domiciliare secondo le seguenti modalità:

- a) Turni di reperibilità domiciliare per garantire l'entrata in servizio e lo svolgimento dell'intero turno in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno per l'attività oraria.

Il medico assegnatario del turno di reperibilità deve essere rintracciabile sessanta minuti prima dell'inizio del turno e fino a trenta minuti dopo l'inizio dello stesso per essere avvisato ai fini della necessaria entrata in servizio.

Il medico originariamente assegnatario del turno ad attività oraria è tenuto a giustificare all'Azienda i motivi oggettivi che hanno causato la sua assenza o impedimento ed hanno reso necessario attivare la reperibilità domiciliare.

Il reiterato ricorso all'istituto della reperibilità domiciliare da parte del medico assegnatario del turno è oggetto di contestazione ai sensi dell'art. 25 dell'ACN per inadempimento contrattuale.

- b) Turni di reperibilità domiciliare per garantire la continuità dell'assistenza con medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia ad attività oraria che a ciclo di scelta.

Tale modalità di erogazione del servizio di continuità dell'assistenza va considerata di particolare interesse nei casi di difficoltà nell'organizzazione del servizio, in specifiche aree territoriali disagiate, in caso di gravidanza e per le madri e i padri fino al compimento del terzo anno di età del bambino.

Le attivazioni del medico reperibile avvengono esclusivamente da parte della centrale operativa contattata dall'utente mediante chiamata al NUE 116/117.

Il medico in turno di reperibilità domiciliare per garantire la continuità dell'assistenza non può essere attivato per richieste proprie del servizio di emergenza/urgenza.

I turni di reperibilità di cui alle lettere a) e b) sono svolti dai medici su base volontaria.

L'Azienda predispone, su base distrettuale, i turni di reperibilità domiciliare di cui al presente articolo, 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 in particolare con riferimento ai turni festivi.

La reperibilità domiciliare di cui alle lettere a) e b) dà diritto ad una indennità oraria per la pronta disponibilità è commisurata al compenso aziendale riconosciuto per la reperibilità della dirigenza medica.

In caso di chiamata in servizio per sostituzione del medico assente o per prestazioni di continuità assistenziale, l'attività è compensata con l'importo previsto per quota oraria negoziata a livello nazionale di cui all'art. 47, comma 3, lett. A, dell'ACN attualmente pari a 24,25 € per ogni ora o frazione di ora effettuata.

Art. 15 Assistenza ai turisti e visite occasionali ¹⁶

Nelle località a forte flusso turistico individuate con provvedimento della Regione, le Aziende sanitarie organizzano l'assistenza sanitaria di base ricorrendo, sentito il Comitato aziendale, preliminarmente ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria per l'attivazione del servizio di assistenza sanitaria turistica rivolto alle persone non residenti che si trovano occasionalmente al di fuori della propria AFT di riferimento.

¹⁵ art. 44 [...]

6. 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.

7. La continuità dell'assistenza può essere garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia ad attività oraria che a ciclo di scelta, con modalità di reperibilità domiciliare definite con Accordi regionali e prevedendo, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina. Tale modalità di erogazione del servizio va considerata di particolare interesse nei casi di difficoltà nell'organizzazione del servizio, in specifiche aree territoriali disagiate, in caso di gravidanza e per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino.

9. Gli Accordi regionali ed aziendali possono individuare ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del medico a rapporto orario alle attività previste nelle nuove forme organizzative.

13. Le Aziende possono organizzare turni di reperibilità domiciliare per garantire il servizio in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno secondo modalità di attuazione e retribuzione definite con Accordi regionali.

¹⁶ Art. 46

1. Con apposite determinazioni regionali sono individuate le località a forte flusso turistico nelle quali organizzare un servizio di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti, sulla base di indirizzi definiti negli Accordi Integrativi Regionali.

Le modalità organizzative del servizio ed il numero dei medici da utilizzare per garantire il Servizio Assistenza Turistica sono definiti dall'Azienda sanitaria competente per territorio sentito il comitato aziendale tenendo conto delle esigenze delle singole località turistiche, dei periodi di maggiore afflusso e della presenza sul territorio dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria che possono assicurare l'assistenza ai turisti in sede di AFT secondo quanto previsto dall'art. 29, comma 6, lett. a) dell'ACN.

Le aziende attribuiscono prioritariamente gli incarichi di assistenza sanitaria turistica avvalendosi dei medici inseriti nella graduatoria aziendale annuale di cui all'art. 19, comma 6, dell'ACN.

Le prestazioni rese dai medici del ruolo unico di assistenza primaria incaricati nell'ambito del Servizio Assistenza Turistica e per le visite occasionali prevedono la corresponsione da parte dei cittadini al medico, che le trattiene integralmente, delle tariffe di seguito stabilite, ai sensi dell'ACN art. 46 comma 6:

- Visita domiciliare: 50 euro
- Visita ambulatoriale: 30 euro
- Altre prestazioni: 20 euro.

Per le prestazioni erogate il medico è tenuto a utilizzare la ricetta del S.S.N. secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza del paziente.

Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria che svolgono la propria attività nel servizio di assistenza sanitaria turistica spetta il compenso orario pari alla quota negoziata a livello nazionale di cui all'art. 47, comma 3, lett. A, dell'ACN,

L'Azienda provvede alla disponibilità di mezzi di servizio, per l'effettuazione delle visite domiciliari. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato, spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su richiesta della Azienda, un rimborso forfetario pari al costo di un litro di benzina verde per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa dell'automezzo, come previsto per i medici incaricati per lo svolgimento di attività oraria.

PARTE II – ISTITUTI ECONOMICI

Art. 16 Ripartizione quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie¹⁷

Le Aziende liquidano mensilmente in dodicesimi ai medici di assistenza primaria a ciclo di scelta la quota di €3,08/assistito/anno del fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie costituito secondo quanto previsto dall'art. 47, comma 2, lett. A, punto v) dell'ACN.

I residui del fondo accertati annualmente in sede di chiusura di bilancio consuntivo vengono interamente ripartiti e liquidati ai medici aventi diritto in rapporto al periodo di attività convenzionale effettivamente svolta ogni anno presso ciascuna Azienda da ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta sulla base della seguente proporzione: (importo residuo) / (numero totale di quote mensili di assistiti corrisposte relativi a tutti i medici) X (numero totale di quote mensili corrisposte al singolo medico). Le quote vengono liquidate agli aventi diritto entro il mese di giugno dell'anno di accertamento del residuo.

Art. 17 Modalità per la corresponsione della quota variabile derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico¹⁸

I. Ripartizione del fondo

Ai sensi dell'art. 47, comma 2, lett. B dell'ACN punto I), si destinano le risorse aziendali relative alla quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico pari a 4,74 euro/anno per assistito come da ACN, incrementata dall'ACN 2024 di 1,90 euro per obiettivi di miglioramento della

¹⁷ Art. 47, COMMA 2, lett. A, punto VI) quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali.

¹⁸ ART. 47, COMMA 2, lett. B, punto I) quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari ad Euro 4,74 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali sulla base degli obiettivi raggiunti e nel rispetto dei livelli programmati di spesa.

Le risorse della quota variabile di cui alla presente lettera sono ripartite tra le AFT in ragione degli obiettivi assegnati ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico.

Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali vengono definite le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori.

presa in carico dei pazienti cronici ed integrata dalla Regione con la quota di 4,92 euro/anno per assistito, L'importo complessivo della quota pari a 11,56 euro/anno per assistito viene destinato all'attuazione delle seguenti linee strategiche regionali da declinare negli accordi attuativi Aziendali:

- a) definizione del ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura, coincidente con la partecipazione alla formulazione di un PAI, Piano Assistenziale Individuale, in sede di UVM; il contributo alla formulazione del PAI può essere anche asincrono e può consistere in una relazione clinica inoltrata al Distretto e nell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dell'assistito mediante compilazione del profilo sanitario sintetico) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini;
- b) partecipazione dei medici nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate al fine di garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale. Per ciascuna vaccinazione inserita nei programmi aziendali viene corrisposto un compenso lordo di € 10,00 per singola somministrazione.
- c) integrazione nelle reti territoriali dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate;
- d) coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio al pronto soccorso;
- e) coinvolgimento e partecipazione dei medici nell'attività a ciclo di scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti per il governo delle liste d'attesa;
- f) collaborazione per tendere a raggiungere i valori di vaccinazione previsti dai Piani nazionali;
- g) appropriatezza richiesta prestazioni ambulatoriali (prime visite);
- h) appropriatezza richiesta prestazioni ambulatoriali (risonanze magnetiche);
- i) appropriatezza priorità clinica delle prescrizioni;

Si specifica che nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva di cui alla lettera i, e in ottemperanza a quanto già previsto dalle delibere della Giunta regionale (D.G.R. n. 48 del 19.01.2024, al punto D.3-Tempi di attesa del documento Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2024 approvato, e precedente D.G.R. n. 1815 del 25.10.2019, al punto 4.4-Raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) del documento Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021 approvato) gli Enti sono tenuti a far rispettare l'obbligo di operare la corretta attribuzione dei codici di priorità per le prestazioni specialistiche nel rispetto dei criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario definiti nei RAO elaborati da AGENAS. Al fine di favorire l'utilizzo dei RAO Insiel mette a disposizione il supporto dei servizi informatici per l'inserimento dell'indicazione clinica anche tramite i gestionali di terze parti in uso ai MMG.

A seguito dell'attivazione del supporto informatico, gli Accordi Attuativi Aziendali (AAA) stabiliscono specifici obiettivi in merito all'utilizzo del sistema RAO per mezzo di supporto informatico al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva (attuazione della previsione di cui all'art. 45 ACN) per mezzo di una corretta attribuzione dei codici di priorità per le prestazioni specialistiche da operarsi nel rispetto dei criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario contenuti nel Manuale RAO.

- j) L'incremento del fondo annuale pari a Euro 1,90 per assistito previsto dall'ACN 2024 a partire dal 4.4.2024 è finalizzato ad obiettivi di miglioramento della presa in carico di pazienti cronici e obiettivi di prevenzione e riduzione del rischio di cronicità in attuazione del Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.).

Per gli obiettivi dell'anno 2025 la suddetta quota del fondo viene incrementata con il residuo non utilizzato dell'anno 2024.

Gli Accordi Attuativi Aziendali declinano gli obiettivi nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) prevedendo l'attiva partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria alla presa in carico degli assistiti affetti da malattie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Le Aziende specificano nell'AAA i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione delle linee strategiche individuate dal presente paragrafo e si impegnano a coordinare tali progetti ed attività con i compiti

assegnati agli specialisti.

L'Azienda si impegna a coinvolgere gli specialisti rispetto a questi obiettivi, a fornire indicazioni condivise sul ricorso agli accertamenti diagnostici e a incentivare l'uso del ricettario SSR da parte degli specialisti operanti sia nelle strutture pubbliche che private convenzionate.

Nel caso in cui il raggiungimento degli obiettivi, sulla base dei dati a disposizione, sia manifestamente non dipendente dalla sola attività del MMG, l'Azienda si impegna a rivedere e ridiscutere le progettualità di comune accordo con le organizzazioni sindacali componenti il Comitato aziendale.

II. Accordo attuativo aziendale (AAA)

Le Aziende sanitarie determinano ogni anno entro il 30 aprile con proprio provvedimento l'ammontare del fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico sulla base del numero degli assistiti in carico ai medici del ruolo unico di assistenza primaria che risultano convenzionati con incarico a tempo indeterminato e determinato/temporaneo alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

Entro il 30 aprile di ogni anno con Accordo Attuativo Aziendale (AAA) le risorse del fondo di cui al precedente capoverso sono interamente ripartite tra le AFT, in ragione degli obiettivi assegnati ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e con la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico. Le risorse del fondo sono finalizzate al pagamento della quota variabile del compenso ai medici del ruolo unico in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno di riferimento.

Per l'anno 2025 gli AAA devono essere adottati entro 1 mese dall'entrata in vigore del presente accordo.

Il suddetto AAA definisce tre obiettivi per l'anno di riferimento in attuazione delle linee strategiche regionali indicate nel punto I) del presente articolo dalla lettera "a" alla lettera "j" stabilendo la ripartizione del fondo tra i progetti individuati e indicando obiettivi specifici e misurabili in termini concreti e chiari nonché i loro indicatori di processo e/o di risultato utilizzando, ove possibile, gli indicatori LEA-CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) introdotti con il DM 12 marzo 2019.

Gli AAA possono stabilire che i progetti abbiano uno sviluppo pluriennale purché coerenti con le linee di gestione annuali del servizio sanitario regionale.

I medici che dichiarano di non partecipare agli obiettivi non hanno diritto alla liquidazione della parte variabile del compenso collegata ai risultati ottenuti dall'AFT di appartenenza e non vengono considerati ai fini del raggiungimento degli obiettivi da parte dei restanti medici di AFT.

Le risorse del fondo devono essere integralmente utilizzate nell'anno di riferimento. Ove ciò non sia possibile, le eventuali risorse del fondo specifici programmi non ripartite con AAA confluiscono nel fondo dell'anno successivo, in aggiunta alla quota annuale ordinariamente disponibile. Tali risorse non si storicizzano. Il loro ammontare definito a consuntivo va comunicato alle OO SS in tempo utile per integrare il fondo per il AAA/anno successivo.

III. Valutazione e monitoraggio delle progettualità

I medici partecipano volontariamente agli obiettivi e sono valorizzati sulla base delle specifiche progettualità definite a livello aziendale a valere sull'anno in corso.

La parte variabile del compenso da corrispondere ai medici per l'attività a ciclo di scelta è collegata per il 70% alla valutazione del risultato individuale e il rimanente 30% al risultato complessivo ottenuto dall'AFT di appartenenza riferiti ad ogni singolo progetto.

Gli obiettivi aziendali devono essere definiti tenendo conto che l'adesione è volontaria e il risultato di AFT deve poter essere potenzialmente raggiunto anche in caso di mancata partecipazione di alcuni componenti della stessa. Il grado di raggiungimento degli obiettivi esita dal processo di valutazione aziendale ed è effettuato a cura della Direzione Distrettuale con il componente di diritto dei medici di medicina generale dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) entro il mese di febbraio dell'anno successivo. In caso di contestazione della valutazione, la valutazione di seconda istanza si svolge in sede di comitato aziendale.

La liquidazione del compenso di parte variabile di cui al presente articolo entro un mese dall'approvazione del bilancio consolidato consuntivo del SSR dell'anno di riferimento.

Al fine di garantire la supervisione e il coordinamento dell'attuazione del presente AIR ed effettuare il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali, le Aziende trasmettono tempestivamente, oltre che a SISAC, al Comitato regionale per tramite della Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità gli Accordi Attuativi Aziendali adottati.

Entro il primo semestre dell'anno successivo a quello di riferimento, le Aziende trasmettono al Comitato regionale per tramite della Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità, una relazione sull'attività annuale svolta dai medici in sede di AFT, sulla partecipazione agli obiettivi prefissati nonché sul grado di raggiungimento di detti

obiettivi.

Art. 18 Quota per servizi ¹⁹

Le parti concordano di riservare la disciplina dello svolgimento di prestazioni aggiuntive retribuite di cui all'allegato 6, lett. C) dell'ACN nell'ambito di un progetto sperimentale per l'utilizzo di apparecchiature ai fini diagnostici corrispondenti alla tecnologia di primo livello quali ausili nella diagnosi differenziale.

Art. 19 Fondo aziendale dei fattori produttivi ²⁰

I. Le regole dell'ACN 2024

L'ACN 2024 stabilisce che, alla istituzione delle nuove AFT, le indennità e gli incentivi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico del fondo di cui all'articolo 46 dell'ACN 2005 e s.m.i. per lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'attività dei medici a ciclo di scelta, costituiscono il fondo aziendale dei fattori produttivi.

Costituiscono tale fondo i compensi, come determinati dall'articolo 59, lettera B dell'ACN 2005 e s.m.i. già erogati ai medici alla data di costituzione del fondo stesso. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda e gli importi integrativi regionali erogati ai medici per le medesime finalità anche ai sensi del presente accordo.

Le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che percepiscono i suddetti incentivi e indennità purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici.

La modifica e/o il mancato rispetto dello standard organizzativo, la cessazione del rapporto di lavoro con il personale di studio, regolamentati sia a livello nazionale che regionale, comportano la sospensione delle relative indennità corrisposte, che restano a disposizione del fondo aziendale dei fattori produttivi.

In caso di cessazione del rapporto convenzionale di medici componenti le AFT, le eventuali indennità corrisposte in relazione ai fattori produttivi confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi e sono così destinate:

- a) Le previgenti indennità informatiche sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei medici che entrano nelle AFT;
- b) Le indennità corrisposte per il personale di studio restano a disposizione per il finanziamento dei fattori produttivi destinati alle medesime finalità;
- c) Le previgenti indennità per la partecipazione a forme associative restano a disposizione per il finanziamento del nuovo modello organizzativo definito dalla Regione per qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali come disciplinato dal presente accordo.

Al termine dell'esercizio le eventuali risorse del fondo aziendale dei fattori produttivi che residuano confluiscono annualmente nei fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico di cui al precedente art. 17.

II. Nuovo modello organizzativo definito dalla Regione

Le parti danno atto che con la L.R. n. 22 del 12 dicembre 2019 recante la Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria, l'art. 20 sull'organizzazione dell'assistenza medica primaria della L.R. 17/2014 è stato abrogato dall'art. 71, comma 2, a decorrere dall'1/1/2020, stabilendo al contempo, però, con l'art. 16 sulla stessa materia, che le forme organizzative

¹⁹ Art. 47, comma 2, lett. E)

I) quota per prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6;

II) quota per assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8;

III) quota per assistenza domiciliare integrata (ADI) di cui all'Allegato 9.

È demandata agli AAIIRR la definizione delle ulteriori quote variabili per servizi non definite dagli Allegati 6, 8 e 9.

L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui ai punti II e III della presente lettera viene definita annualmente dalla programmazione regionale. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8 non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili. Sono fatti salvi diversi Accordi regionali.

²⁰ ART. 47, COMMA 2, lett. D

comunque denominate in essere alla data di entrata in vigore della legge di riforma mantenessero la loro operatività potendo confluire progressivamente nelle nuove forme organizzative nell'ambito delle risorse disponibili del Servizio sanitario regionale.

In adempimento di quanto previsto dai nuovi AACCN 2024 della medicina convenzionata, con la DGR 1864 del 6 dicembre 2024 è stato approvato il documento "Atto di programmazione sull'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) ai sensi degli Accordi Collettivi Nazionali della medicina convenzionata triennio 2019 – 2021" che ha sostituito il precedente approvato con la DGR 1597/2022.

Scopo dichiarato del nuovo atto di programmazione è quello di integrare il nuovo modello dell'assistenza territoriale disciplinato dal DM 77/2022 ed implementato in regione dalla DGR 2042 del 29.12.2022 con le forme organizzative della medicina convenzionata secondo i criteri previsti dai nuovi accordi collettivi nazionali e, in particolare, programmare l'utilizzo medici per lo svolgimento dell'attività oraria presso le sedi delle AFT, UCCP, Case della Comunità hub e spoke.

In particolare, per quanto riguarda le AFT dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, l'atto di programmazione individua per ogni AFT le forme organizzative multiprofessionali – UCCP di riferimento prevedendone la loro collocazione fisica anche nelle Case di Comunità HUB che sono in corso di realizzazione secondo il cronoprogramma compreso nel Piano operativo regionale in attuazione del PNRR.

III. Indennità per la partecipazione a forme associative

L'ACN 2024 del MMG prevede espressamente all'art. 47, comma 2, lett. D), punto VI, la possibilità da parte della Regione di modificare il modello organizzativo riferito alle preesistenti forme associative al fine di qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali con salvaguardia del trattamento economico individuale dei medici che percepiscono le indennità per la partecipazione a forme associative come determinate dall'articolo 59, lettera B dell'ACN 2005.

Le parti stabiliscono quindi i seguenti criteri di destinazione delle risorse del fondo aziendale dei fattori produttivi già erogate per la partecipazione alle precedenti forme associative.

A far data dalla costituzione delle nuove AFT disciplinate ai sensi del presente AIR, tutte le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) esistenti confluiscono nelle nuove AFT individuate dalla programmazione regionale.

Ai sensi dell'art. 29, comma 10, dell'ACN, i compiti e funzioni delle AFT vengono integrati come segue:

- formazione sul campo prevista per le attività di AFT;
- supporto professionale nei confronti dei medici con incarico a tempo determinato e temporaneo e dei medici neo convenzionati;
- condivisione in sede di AFT e partecipazione alla realizzazione dei programmi regionali di promozione della salute e di prevenzione e degli screening;
- condivisione in sede di AFT e adesione alle indicazioni destinate ai MMG contenute nei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) adottati a livello regionale. Il processo viene coordinato a livello di Distretto, con l'individuazione di quote target di pazienti per patologia (stratificazione) e criteri chiari, in linea con la capacità di assistenza specialistica disponibile;
- contattabilità come gruppo di 8 ore giornaliere.

Per tali compiti e funzioni aggiuntive viene riconosciuto il compenso omnicomprensivo annuo di 12 euro per assistito.

Lo svolgimento dei suddetti compiti viene verificato a cura del Direttore di Distretto e del componente di diritto dell'UCAD.

In caso di mancato o parziale svolgimento dei compiti aggiuntivi sopra indicati, la corresponsione dell'indennità aggiuntiva viene sospesa o rideterminata secondo le modalità indicate nel regolamento aziendale di AFT.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 29, comma 4, dell'ACN, le Aziende individuano la sede di riferimento ove svolgere l'attività di AFT preferibilmente nelle Case di Comunità.

Nella sede dell'AFT come sopra individuata, l'Azienda mette a disposizione dei medici in turno la strumentazione tecnologica (computer e stampante) ed il collegamento alla rete informatica e favorisce l'integrazione con i servizi delle case della comunità.

Le AFT garantiscono la copertura continuativa diurna dell'attività a ciclo di scelta nei confronti della popolazione di

riferimento nella sede di AFT o mediante l'apertura coordinata degli studi dal lunedì al venerdì nei giorni feriali, dalle ore 8 alle ore 20.

La AFT comunica adeguatamente agli assistiti gli orari dell'apertura coordinata degli studi dei medici.

Per la realizzazione della copertura continuativa diurna dell'attività a ciclo di scelta prevista dal presente paragrafo i medici sono incentivati con un compenso annuo onnicomprensivo di € 3,00 per assistito.

Per l'espletamento delle attività di coordinamento dell'apertura degli studi prevista dal presente paragrafo, al Coordinatore di AFT spetta il compenso mensile aggiuntivo onnicomprensivo lordo di € 500,00.

IV. Integrazione delle AFT nelle Case di Comunità hub spoke

Le parti concordano sulla necessità di avvalersi della stretta collaborazione con i Medici del ruolo unico di assistenza primaria al fine di consentire l'avvio delle Case della Comunità previste dal nuovo modello dell'assistenza territoriale disciplinato dal DM 77/2022 che verranno realizzate secondo il cronoprogramma stabilito dalla Regione in attuazione del PNRR.

A tale scopo si incentiva, in via sperimentale e sulla base di specifica norma regionale, lo svolgimento di attività assistenziale a prestazione oraria straordinaria aggiuntiva volontaria dei medici convenzionati rispetto a quanto previsto dal comma 5 dell'art. 35 in merito all'orario minimo di apertura degli studi e dall'art. 38, comma 1, dell'ACN vigente e l'effettuazione di ore aggiuntive straordinarie da parte dei medici titolari di incarico ad attività oraria.

Le ore aggiuntive straordinarie da rendersi negli ambulatori di cure primarie e negli ambulatori per la presa in carico della cronicità e della fragilità che verranno attivati presso le Case della Comunità vengono remunerate con il compenso lordo di 60,00 euro all'ora sulla base di specifica intesa tra il medico e l'Azienda.

Per l'attuazione del presente paragrafo vengono destinate le risorse regionali definite negli atti di programmazione regionale con apposito budget a partire dall'esercizio 2026

L'accesso agli ambulatori delle CdC è disciplinato dalle linee guida regionali.

V. Indennità per collaboratore di studio/personale infermieristico

Viene riconosciuta l'indennità annua per ciascun assistito in carico calcolato sulla media annuale pari a € 12,00 per l'impiego del collaboratore di studio/personale infermieristico assunto secondo il contratto nazionale di categoria, e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, in libera professione o altrimenti utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali.

L'orario di lavoro è stabilito dal medico e comunicato alla azienda sanitaria di riferimento.

L'indennità viene riconosciuta per un orario di lavoro parametrato al numero degli assistiti e viene così determinato:

per un numero di assistiti minore uguale a 1000: fino a 15 ore/settimana

per un numero di assistiti maggiore a 1000 e minore uguale a 1300: fino a 20 ore/settimana

per un numero di assistiti maggiore di 1300 e minore uguale a 1500 assistiti: fino a 25 ore/settimana

per un numero di assistiti maggiore di 1500 e minore uguale a 1800 assistiti: fino a 30 ore/settimana

Il medico può avvalersi contestualmente di entrambe delle figure professionali del collaboratore di studio e del personale infermieristico nel limite dell'indennità complessiva riconoscibile in base al numero di assistiti in carico.

In caso di cessazione a qualunque titolo del rapporto convenzionale, le eventuali indennità corrisposte per il collaboratore di studio/infermiere confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi e restano a disposizione per il finanziamento destinato alle medesime finalità.

Al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse destinate annualmente allo scopo, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato/temporaneo presentano all'azienda le nuove domande di concessione. I medici che all'entrata in vigore del presente accordo hanno già fatto richiesta e sono in attesa di concessione dell'incentivo non devono formalizzare nuova domanda.

Le Aziende Sanitarie effettuano entro il 30 gennaio di ogni anno la ricognizione delle cessazioni intervenute e la quantificazione delle risorse risultanti disponibili alla data del 31/12 dell'anno precedente per il finanziamento dei collaboratori di studio/infermieri.

Le indennità vengono assegnate con provvedimento aziendale ai medici richiedenti che non usufruiscono dell'incentivo in base al maggior numero di assistiti risultanti in carico agli stessi alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

L'indennità viene successivamente erogata a partire dalla data di effettiva instaurazione del rapporto di lavoro in seguito al provvedimento di concessione dell'incentivo per il personale assunto con contratto nazionale di categoria e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, o altrimenti utilizzato secondo specifiche

autorizzazioni aziendali.

Il rimborso delle spese effettivamente sostenute per la retribuzione del collaboratore di studio/infermiere è corrisposto sulla base di idonea documentazione giustificativa.

Entro il 30 giugno di ogni anno, l'Azienda competente procede al conguaglio verificando che la somma totale delle indennità percepite nel corso dell'anno solare precedente non superi le spese effettive dimostrate che comprendono: la retribuzione lorda per le ore effettivamente prestate, i contributi sociali, gli onorari di eventuali consulenti del lavoro e/o commercialista.

Se la somma degli incentivi erogati supera la spesa sostenuta per il collaboratore, l'Azienda recupera dai medici la differenza.

Le Aziende Sanitarie comunicano alla DCS con frequenza annuale entro il mese di marzo l'esito delle verifiche e dell'assegnazione dei contributi per l'impiego dei collaboratori di studio/infermiere.

Per l'attuazione del presente paragrafo, in aggiunta ai fondi attualmente stanziati per l'incentivazione dei medici del ruolo unico che svolgono attività a ciclo di scelta che decidono di avvalersi del collaboratore di studio/infermiere, vengono destinate ulteriori risorse regionali definite negli atti di programmazione regionale con apposito budget a partire dall'esercizio 2026.

Le Aziende attribuiscono gli incentivi nel limite della quota annuale del fondo fattori produttivi destinata al finanziamento dei collaboratori di studio/infermiere

VI. Indennità per la funzione informativo-informatica

Si confermano le indennità informatiche previste dall'ACN 2005 e s.m.i. per tutti i medici che svolgono attività a ciclo di scelta.

Art. 20 Zone disagiate e disagiatissime²¹

La misura del compenso accessorio annuo spettante ai medici di assistenza primaria per l'attività svolta nelle zone disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa viene fissata come segue:

Zone disagiatissime

a) MMG con meno di 700 scelte:

- per i primi 400 assistiti € 24,65 (pari a € 9.860,00)
- da 401 a 700 assistiti € 4,10 (pari a € 1.200,00)

b) MMG con numero scelte superiore a 700

- per i primi 400 assistiti € 12,32 (pari a € 4.928,00)
- da 401 a 700 assistiti € 4,10 (pari a € 1.200,00)
- oltre 700 assistiti € 1,63 (pari a € 1.300,00)

Zone disagiate a popolazione sparsa

- per i primi 400 assistiti € 5,34 (pari a € 2.136,00)
- da 401 a 700 assistiti € 3,28 (pari a € 984,00)
- oltre 700 assistiti € 1,63 (pari a € 1.304,00)

Per l'incremento dei compensi per lo svolgimento dell'attività nelle suddette zone viene attribuito il finanziamento regionale pari ad € 120.000,00 così suddiviso:

ASFO	ASUGI	ASUFC	REGIONE
24.000,00	500,00	95.500,00	120.000,00

PARTE III – INCENTIVI REGIONALI

Per far fronte alla carenza di MMG, le parti ritengono fondamentale avviare precise iniziative per migliorare l'organizzazione dell'assistenza primaria e favorire l'integrazione delle AFT nelle Case della Comunità e con gli altri servizi presenti sul territorio.

²¹ Art. 47, comma 2, lett. E)

Gli Accordi regionali possono prevedere eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalla assistenza primaria ed a queste complementari, nonché per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate

La Regione e le OO.SS. ritengono inoltre indispensabile ricondurre la risposta alle difficoltà assistenziali all'interno di ogni AFT, incentivando i nuovi inserimenti ed evitando risposte organizzative estemporanee non rispondenti alla necessità di presa in carico dell'assistito.

Per le suddette finalità, la Regione mette a disposizione dei medici titolari di rapporto convenzionale a tempo indeterminato/temporaneo/determinato/provisorio le risorse annuali finalizzate specificate nell'art. 21.

Art. 21 Quota capitaria integrativa

L'incremento dei massimali oltre le 1.500 scelte di cui all'art.11 del presente accordo comporta il riconoscimento ai medici interessati della quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso di cui all'art. 47, comma 2, lett A) punto VII) dell'ACN vigente - attualmente pari ad Euro 13,46 - fino al limite massimo di 1.800 assistiti.

La presente disposizione non deve comportare oneri aggiuntivi rispetto agli importi che dovrebbero essere erogati a titolo di quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso se tutti gli incarichi del ruolo unico di assistenza primaria fossero coperti.

Art. 22 Contributo d'ingresso una tantum

Al fine di incentivare la copertura degli incarichi a tempo determinato che rimangono vacanti a seguito dell'espletamento delle procedure previste dall'art. 37 dell'ACN e/o la copertura di zone che presentino grave carenza strutturale di medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o obiettive e impegnative condizioni di erogazione dell'attività assistenziale, le Aziende riconoscono un contributo di ingresso una tantum pari a 6.000,00 € lordi da restituire proporzionalmente in caso di recesso anticipato rispetto alla durata di dodici mesi.

A tale scopo, la Regione mette a disposizione delle Aziende l'importo complessivo annuale pari a 570.000,00 € (corrispondenti a n. 95 quote) così suddiviso:

	ASUFC	ASUGI	ASFO	REGIONALE
contributo d'ingresso	240.000,00	180.000,00	150.000,00	570.000,00
N. quote	40	30	25	95

Eventuali quote non spese possono essere utilizzate l'anno successivo in aggiunta alle quote annuali ordinariamente disponibili. Tali risorse non si storicizzano.

Art. 23 Indennità per giorni "superfestivi"

Sono considerate "superfestive" le seguenti giornate:

- 1° gennaio
- 6 gennaio
- Pasqua e Lunedì dell'Angelo
- 25 aprile
- 1° maggio
- 2 giugno
- 15 agosto
- 1° novembre
- 8 dicembre
- 25 e 26 dicembre
- 31 dicembre
- Santo Patrono

Nelle suddette giornate e nei turni dei prefestivi collegati alle anzidette giornate, ad eccezione di quella del Santo Patrono (5 gennaio, sabato Santo, 24 aprile, 30 aprile, 1° giugno, 14 agosto, 31 ottobre, 7 dicembre e 24 dicembre, 30 dicembre), viene corrisposta ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria incaricati ai sensi dell'ACN l'indennità di € 100,00 per l'effettiva copertura dei turni di continuità dell'assistenza ai sensi dell'art. 44, comma 4, lett. c) e dei turni di reperibilità domiciliare ai sensi dell'art. 44, comma 7, dell'ACN.

Art. 24 Quote di incentivazione per l'attività oraria

Viene destinata una quota di incentivazione aggiuntiva, pari a complessivi € 3,234/ora, al raggiungimento da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria titolari di rapporto convenzionale ai sensi dell'ACN, dei seguenti obiettivi:

- erogazione del servizio verso tutti i cittadini residenti o con domicilio sanitario in regione che si trovano occasionalmente al di fuori del proprio ambito territoriale di riferimento ad eccezione delle località a forte flusso turistico come definite dalla regione;
- erogazione del servizio verso i cittadini non assistiti dai medici afferenti alla AFT di riferimento del medico ad attività oraria in servizio.

L'obiettivo si intende raggiunto qualora nel mese considerato non vi siano segnalazioni all'Azienda sanitaria di rifiuto da parte del medico di erogare il servizio ai cittadini nelle condizioni riportate dal presente articolo.

La verifica del conseguimento degli obiettivi compete al Direttore di Distretto che si avvale del componente di diritto dell'UCAD. In caso di valutazioni divergenti, la valutazione di seconda istanza si svolge in comitato aziendale. I compensi relativi al raggiungimento degli obiettivi sono erogati mensilmente, salvo conguaglio.

Onde garantire l'erogazione dei servizi ad attività oraria, nei casi in cui non fosse possibile ricorrere all'istituto della reperibilità, per eventi eccezionali e non previsti, l'Azienda, sentiti i medici in turno, può disporre la copertura del servizio da parte di sede limitrofa e/o in sottorganico presso la stessa sede. A fronte del carico di lavoro aggiuntivo, al medico incaricato della copertura straordinaria, è riconosciuta un'indennità oraria pari al 100% del compenso totale dovuto al medico assente per le ore di effettiva copertura straordinaria della postazione limitrofa e/o del turno svolto in sottorganico. In nessun caso un singolo medico può essere incaricato di coprire più di un medico assente.

Art. 25 Ulteriori compiti dei medici ad attività oraria ²²

Al fine di migliorare la risposta ai bisogni di salute, si prevede il coinvolgimento dei medici ad attività oraria convenzionati a tempo indeterminato, determinato o temporaneo, su base volontaria, nella gestione di attività distrettuali/aziendali, diverse dai compiti assistenziali previsti dagli articoli 43, comma 7, e 44 dell'ACN. A titolo esemplificativo: interventi incarichi e/o interventi su chiamata presso strutture di cure intermedie (hospice, ospedali di comunità, rsa, ecc.), istituti penitenziari, centri di assistenza per immigrati, ecc. insistenti sul territorio del Distretto di appartenenza del medico presente in turno ad attività oraria.

Sono demandate alla contrattazione attuativa aziendale le modalità di assegnazione degli incarichi correlati a specifiche progettualità, nonché la disciplina delle attività previste dal presente articolo.

Per tali tipologie di attività, gli incarichi assegnati, oltre alla quota oraria negoziata a livello nazionale di cui all'art. 47, comma 3, lett. A, dell'ACN, prevedono una remunerazione oraria aggiuntiva, di entità commisurata al carico di lavoro e alla responsabilità dell'incarico, pari € 20,75/ora + oneri riflessi.

Eventuali attività su chiamata prevedono la corresponsione per ogni accesso dell'importo previsto per le visite occasionali domiciliari dall'ACN e AIR vigente nel tempo.

Le Aziende finanziano gli Accordi Attuativi Aziendali stipulati ai sensi del presente articolo attingendo dal proprio bilancio le necessarie risorse che sarebbero altrimenti impiegate in altre soluzioni organizzative adottate per garantire le medesime attività, nel rispetto del principio di invarianza annuale della spesa. Le Aziende sono tenute a illustrare nel provvedimento di approvazione dell'AAA il razionale e la sostenibilità economica dell'Accordo.

Art. 26 Trattamento economici incarichi a tempo determinato

Al fine di incentivare la copertura degli incarichi vacanti, i medici ai quali viene conferito un incarico a tempo determinato ai sensi dell'art. 37 dell'ACN partecipano alla corresponsione dei medesimi incentivi previsti per i medici con incarico a tempo indeterminato con le medesime modalità stabilite dal presente accordo.

Art. 27 Sostegno alla genitorialità e tutela della disabilità

Qualora, ai sensi del D.LGS 81/2008, il Medico Competente, nei limiti delle prescrizioni da esso indicate, ritenga che un medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria - in stato di gravidanza o al quale sia stato riconosciuto lo stato di inidoneità psico-fisica parziale alla mansione - non possa essere adibito a svolgere turni

²² art. 44, comma 9, ACN

notturni, viene adibito, previa accettazione da parte dell'interessata/o e senza ulteriori oneri a carico dell'Azienda, ad altre attività diurne del medesimo ambito territoriale.

In caso di gravidanza e per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino, a domanda dell'interessata ed in accordo con il direttore del distretto, le ore prestate per coprire i turni di reperibilità domiciliare di cui alla lett. b) dell'art. 14 del presente accordo concorrono all'assolvimento del debito orario.

Salvo successive disposizioni legislative regionali in materia e di successivo accordo integrativo che stabilirà le modalità di attuazione dell'autolimitazione.

Art. 28 Risorse economiche

Ai fini del finanziamento del presente Accordo Regionale vengono utilizzate le seguenti risorse:

a) somme già stanziare per la copertura dei costi dei precedenti Accordi Integrativi Regionali dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale quantificati dalla DGR n. 1862 del 11.12.2020 "LR 22/2019. Piano attuativo e bilancio preventivo economico annuale consolidato degli Enti del SSR – anno 2020. Variazione" nell'allegato sub "B" come ripartite dalla nota DCS prot. 30269/2020 che vengono confermate con il presente Accordo:

	ASUGI	ASUFC	ASFO	REGIONE
AP	6.945.826,00	12.135.456,00	7.450.674,00	26.531.956,00
SCA	397.188,00	730.422,00	402.390,00	1.530.000,00

b) risorse stanziate con DGR 286/2022 per l'incremento dell'indennità per collaboratori di studio ripartite in ciascuna Azienda tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta in proporzione al numero dei rispettivi professionisti convenzionati a tempo indeterminato alla data del 1 gennaio 2022;

c) ulteriore quota di risorse aggiuntive regionali a copertura e definizione dei budget complessivi annuali del livello ulteriore di assistenza programmata presso le strutture residenziali per anziani di cui all'art. 13, dell'onere relativo alle ore aggiuntive straordinarie di cui all'art. 19, punto IV e delle indennità per collaboratore di studio/infermiere di cui all'art. 19, punto V del presente accordo da definirsi nell'ambito dei documenti di pianificazione e programmazione regionali.

PARTE IV. NORME FINALI E TRANSITORIE

Art. 29 Assistenza negli istituti penitenziari

Il Capo IV dell'ACN regola l'attività svolta dai medici in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti all'interno degli Istituti penitenziari, a seguito del trasferimento delle funzioni sanitarie ai sensi dell'articolo 2, comma 283, lettera a) della L. 24 dicembre 2007, n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008 e disciplina il rapporto di convenzionamento instaurato tra le Aziende sanitarie ed i medici del servizio di assistenza penitenziaria, per l'espletamento delle attività afferenti alla medicina generale.

Secondo l'ACN, l'attività assistenziale presso gli Istituti penitenziari è assicurata dal servizio medico di base secondo il modello organizzativo definito dalla Regione con riferimento all'Accordo 22 gennaio 2015 della Conferenza Unificata, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali". I suddetti modelli organizzativi tengono conto anche dei rapporti di lavoro trasferiti al Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'articolo 2, comma 283, lettera b) della L. 24 dicembre 2007, n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008.

Nella Regione Friuli Venezia Giulia, le suddette linee guida sono state recepite con DGR n. 820 del 13 maggio 2016 che ha definito l'articolazione regionale della rete dei servizi sanitari penitenziari, attraverso la quale viene assicurata l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta negli istituti penitenziari, attualmente in fase di revisione da parte della Direzione Centrale salute.

Nelle more dell'aggiornamento del modello organizzativo da parte della Regione che consentirà di procedere a regolamentare con Accordo regionale le attività di cui al capo IV dell'ACN, in relazione alla complessità della struttura penitenziaria e nell'ambito delle risorse determinate a livello regionale, le parti concordano di disciplinare in via transitoria il conferimento degli incarichi di assistenza penitenziaria, sulla base del fabbisogno valutato dalle Aziende, come di seguito indicato.

Le Aziende, nelle more dell'attivazione del conferimento degli incarichi a tempo indeterminato di cui all'articolo 71 dell'ACN, possono conferire incarichi provvisori, secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui

all'articolo 19, comma 6 dell'ACN, per un periodo non superiore a dodici mesi, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda, in Regione e da ultimo fuori Regione.

Le Aziende possono pubblicare avvisi specifici per la predisposizione di una graduatoria aziendale di medici disponibili all'eventuale conferimento di un incarico di assistenza penitenziaria provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione.

Gli incarichi sono conferiti, di norma, presso una sola Azienda per 24 ore settimanali fino ad un massimo di 38 con indicazione dell'orario di attività che il medico è tenuto ad osservare.

Per lo svolgimento dell'attività di cui al presente articolo al medico spetta la quota oraria negoziata a livello nazionale pari ad Euro 24,25, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

È inoltre corrisposta una ulteriore quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, definita a livello nazionale.

Per tutto quanto non espressamente previsto, si applicano, in quanto compatibili, le norme del Capo IV dell'ACN.

La presente parte dell'accordo ha natura transitoria e sarà soggetta a nuovo separato nuovo accordo a seguito della ridefinizione del modello regionale di assistenza presso gli istituti penitenziari.

Art. 30 Ultrattività accordi integrativi regionali

Le parti concordano che continuano ad avere efficacia fino a nuovo AIR i seguenti Accordi integrativi regionali:

- Accordo Integrativo Regionale quadro in attuazione del Capo V sull'emergenza sanitaria territoriale approvato con DGR 1991/2019, per le parti non in contrasto con il vigente ACN;
- Intesa resa esecutiva con DGR 418/2021 per il coinvolgimento dei medici di medicina generale nella campagna di vaccinazione nazionale anti covid-19. L'Accordo rimane collegato all'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione vaccinale al tempo vigente e resta in vigore fino a quando la vaccinazione anti COVID-19 è inserita nel Calendario Nazionale Vaccinale secondo quanto previsto dalle relative circolari ministeriali;
- Accordo Integrativo Regionale reso esecutivo con DGR 1552/2021 sull'individuazione degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria che si rendono disponibili nel corso dell'anno in applicazione dell'art. 34, comma 1, ACN;
- Accordo regionale attuativo dell'ACN reso esecutivo con DPR 270/2000 di cui alla DGR 323/2003 solo per quanto riguarda i compensi relativi agli accessi domiciliari ADI pari a 25,82 € e relative UVD ricompresi nei progetti per la presa in carico dei pazienti multiproblematici.

Art. 31 Norma transitoria

Tutti gli istituti del presente accordo collegati all'istituzione delle nuove organizzative (AFT/UCCP) entrano in vigore al momento della loro effettiva attivazione da parte delle Aziende. Fino a quel momento continuano ad applicarsi gli Accordi integrativi regionali vigenti in materia.

Art. 32 Norma finale.

Le Aziende sanitarie non possono sottoscrivere accordi aziendali in contrasto con i vincoli e con i limiti risultanti dall'ACN e dal presente AIR o che disciplinano materie non espressamente delegate a tale livello negoziale ovvero che comportano oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna Azienda. Nei casi di violazione dei vincoli e dei limiti di competenza imposti dalla contrattazione nazionale o dalle norme di legge, le clausole sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del codice civile.

Dichiarazione congiunta 1

Le parti sono concordi nel ritenere che l'utilizzo della figura del collaboratore di studio concorre a realizzare l'incremento della qualità dell'assistenza primaria, consentendo al medico, singolo o associato, di aumentare la disponibilità nei confronti dei propri pazienti mediante l'affidamento della gestione degli aspetti non medici e di natura amministrativa a personale di supporto. La Regione concorda sull'opportunità di arrivare ad incentivare tutti i medici del ruolo unico che svolgono attività a ciclo di scelta per l'utilizzo di personale di studio.

Dichiarazione congiunta 2

Le parti condividono la necessità di prevedere a livello regionale delle sperimentazioni riguardanti modalità e

procedure, compresa la multiprescrizione, per la “sburocratizzazione” degli adempimenti prescrittivi dei medici, la digitalizzazione della modulistica, alleviare i disagi dei cittadini e consentire una migliore raccolta dei dati.

In tale prospettiva si inserisce la recente DGR n. 1111 d.d. 08/07/2025 che stabilisce nuove modalità di erogazione dei presidi per persone affette da malattia diabetica attraverso strumenti volti ad ottimizzare l'intero percorso, dalla prescrizione alla dispensazione, promuovendo nel contempo la semplificazione e la digitalizzazione dei singoli processi anche attraverso la prescrizione informatizzata dei dispositivi medici (A.F.I.R.).

Le parti concordano sull'opportunità di continuare a lavorare sulla semplificazione delle prescrizioni prevedendo che, ove possibile, l'erogazione di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio compreso nell'assistenza farmaceutica integrativa regionale (A.F.I.R.), venga proposta dal MMG all'Azienda una sola volta all'anno per gli assistiti aventi diritto. L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento sono disposti dalla Azienda secondo le modalità organizzative fissate dalla regione.

Dichiarazione congiunta 3

Le parti concordano sulla necessità del coinvolgimento dei medici di medicina generale nello sviluppo di sistemi di governo delle liste di attesa prevedendone la partecipazione all'interno dei gruppi tecnici regionali e aziendali istituiti dalle linee di gestione e dai programmi di governo clinico.

Dichiarazione congiunta 4

La Regione si impegna a disciplinare con propria norma la possibilità di autolimitazione degli assistiti da parte dei medici a ciclo di scelta al fine di agevolare la ricerca di un equilibrio tra gli impegni professionali e le responsabilità familiari, soprattutto legate alla cura dei figli, senza pregiudizio per l'erogazione delle cure primarie.

Dichiarazione congiunta 5

Le parti concordano di avviare entro un anno dalla data di esecutività del presente accordo la costituzione di un tavolo tecnico per revisionare e implementare le norme attuative e le modalità di attuazione dei percorsi di medicina di iniziativa anche in considerazione del nuovo modello organizzativo regionale della medicina convenzionata.

Dichiarazione a verbale

Le parti danno atto che le integrazioni economiche previste dal presente Accordo sono letterale attuazione della potestà di integrazione aggiuntiva dei livelli assistenziali prevista dall'art.14 dell'ACN vigente per la medicina generale convenzionata e dell'art.8, comma 1, del D.Lgs 502/92 e s.m.i. nella parte in cui alla lettera oa) consente alle Regioni di intervenire sui livelli di assistenza con “relativa copertura economica a carico del bilancio regionale”.

PARTE V. REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE

Le clausole dell'Accordo di cui all'Allegato 4 (di seguito Accordo) dell'Accordo Collettivo Nazionale (di seguito ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo il 04.04.2024 attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, per l'insieme delle prestazioni individuate come indispensabili e fissano i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli.

Le parti concordano di approvare specificamente i seguenti contenuti demandati alla contrattazione regionale dalle disposizioni sopra richiamate dell'ACN 2024

Protocolli d'intesa aziendali

Ai fini di cui all'articolo 3 dell'Accordo, i protocolli d'intesa sono stipulati in sede di negoziazione decentrata, tra le aziende e le organizzazioni sindacali legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali secondo l'art. 15, comma 4, dell'ACN.

I protocolli d'intesa aziendali, relativamente ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, di medicina dei servizi territoriali, di emergenza sanitaria territoriale ed i medici operanti negli istituti penitenziari, stabiliscono i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui all'articolo 2 dell'Accordo, nonché per la loro distribuzione territoriale.

Nel caso in cui non si raggiunga l'intesa sui protocolli aziendali, viene attivata da parte delle organizzazioni sindacali la procedura di conciliazione prevista dall'art. 5 dell'Accordo presso il Prefetto del Capoluogo di (ex) Provincia competente.

Prestazioni definite indispensabili per i medici a ciclo di scelta

Ai fini di cui all'articolo 4, comma 9, dell'Accordo, è riconosciuta ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta una percentuale del 50% della quota capitaria prevista dall'articolo 47 dell'ACN per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) dell'Accordo.

Le ulteriori prestazioni definite indispensabili da erogarsi da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta sono individuate a livello aziendale mediante il protocollo d'intesa adottato a livello decentrato. In tale caso, il protocollo d'intesa stabilisce un incremento della percentuale del compenso prevista per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui al primo capoverso.

Le prestazioni minime indispensabili vengono erogate da ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta in riferimento ai propri assistiti in carico

Modalità di comunicazione dell'adesione allo sciopero

Ai fini di cui all'articolo 6, comma 2, dell'Accordo, le modalità con cui deve essere effettuata la comunicazione per iscritto dell'adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti da parte del medico sono stabilite dai protocolli d'intesa stipulati in sede aziendale.

RINVIO

Per quanto non diversamente previsto, si rinvia alle disposizioni della legge n. 146/1990 e s. m. e i. e dell'Accordo di cui all'Allegato 4) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – triennio 2019-2021 reso esecutivo il 04.04.2024.

All. 1 – Dichiarazione partecipazione a comitati e commissioni

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

Via _____ n° _____

Ai fini del rimborso spese per la partecipazione a comitati e commissioni previsto dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARO

- 1) di aver partecipato in data ____/____/____
- 2) dalle ore _____ alle ore _____
- 3) alla riunione _____
(indicare comitato/commissione/organismo)
- 4) amministrazione organizzatrice _____
- 5) indirizzo di residenza _____
- 6) indirizzo sede riunione _____
- 7) di essermi avvalso per la sostituzione a titolo oneroso del/la dott./ssa _____

(luogo, data)

Il dichiarante

Si richiede il rimborso delle spese di viaggio sostenute e di quelle documentate col presente atto.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto;
- sottoscritta e inviata (all'ufficio competente) allegando la fotocopia non autenticata di un valido documento di identità.

All. 2 – Proposta motivata di intervento ADP-ADR

AZIENDA SANITARIA _____

DISTRETTO DI APPARTENENZA DELL'ASSISTITO _____

Io sottoscritto dott. _____ CRM _____

Propongo attivazione ADP-ADR per l'assistito sig./sig.ra _____

C.F. _____ CRA _____

nato/a _____ il _____

con domicilio in _____ provincia _____

via/p.zza _____

ospite della struttura residenziale _____

in condizione di fragilità e affetto da: _____

per le seguenti esigenze assistenziali di tipo sanitario _____

DATA _____

Firma e timbro del medico

PARTE RISERVATA AL DISTRETTO:

si autorizza l'attivazione di ADP _____ o ADR _____

a decorrere dal _____

Data,

Firma e timbro del medico di Distretto

All. 3 – Riepilogo degli accessi e delle prestazioni per ADP – ADR autorizzate

Effettuate dal dott. _____ CRM _____

per i pazienti afferenti al Distretto _____

nel mese di _____ anno _____

C.R.A.	COD. FISCALE	COGNOME	NOME	data di nascita	Date accessi

Data, _____

Firma e timbro del medico _____

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE