



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 5 FEBBRAIO 2026, N. 148

- 2 N.148/2026 - Approvazione dello schema di Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 15 gennaio 2026

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 FEBBRAIO 2026, N. 187

- 98 N.187/2026 - Approvazione dello schema di Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) del 4 aprile 2024

COMUNICATO RESPONSABILE DI SETTORE ASSISTENZA TERRITORIALE

- 125 Comunicato relativo agli allegati, parti integranti e sostanziali, delle deliberazioni della Giunta regionale 5 febbraio 2026, n. 148 e 16 febbraio 2026, n. 187

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 5 FEBBRAIO 2026, N. 148

Approvazione dello schema di Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 15 gennaio 2026

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamato integralmente l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 15 gennaio 2026 (di seguito ACN), con particolare riferimento alle seguenti disposizioni:

- l'art. 3, che individua i contenuti demandati alla negoziazione regionale;
- l'art. 3, co. 4, secondo il quale il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (di seguito AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del SSR e in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto dall'art. 4 dell'ACN, nonché le materie esplicitamente rinviate dal medesimo ACN;
- l'art. 8, a mente del quale le Regioni e le Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'ACN (di seguito OO.SS.) con l'AIR, in coerenza con la programmazione regionale, devono attuare il modello organizzativo assistenziale nazionale all'interno del quale operano i medici di medicina generale; modello che prevede l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali monoprofessionali (c.d. AFT) e delle forme organizzative multiprofessionali (c.d. UCCP) in tutto il territorio regionale, tenuto conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure;
- l'art. 15, co. 3, che individua le OO.SS. legittimate alla trattativa e alla stipula dell'AIR;

Visti:

- il Piano Regionale Prevenzione Vaccinale 2023/2025 approvato con propria deliberazione n. 2138/2023;
- il Piano Regionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza 2022-2025 approvato con propria deliberazione n. 540/2023;
- il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 approvato con propria deliberazione n. 2144/2021;

Richiamate altresì le proprie deliberazioni:

- n. 2068/2004 sul sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta;
- n. 1398/2006 di approvazione dell'accordo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale in attuazione dell'ACN del 23 marzo 2005(AIR 2006);
- n. 221/2015 recante i requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie;
- n. 2128/2016 in materia di Case della Salute e n. 2221/2022 recante il primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale della Regione in attuazione del D.M. n. 77 DEL 23 maggio 2022.
- n. 1240/2022, come prorogata dalla DGR n. 774/2025, recante misure eccezionali e temporanee per la garanzia dell'erogazione dell'assistenza primaria;
- n. 1362/2022, come prorogata dalla DGR n. 774/2025, di approvazione del Verbale di Intesa tra la Regione e le OO.SS. dei medici di medicina generale per Settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale;
- n. 1206/2023 recante le Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la riorganizzazione della rete regionale dell'emergenza urgenza;
- n. 564/2023, come prorogata dalla DGR n. 774/2025, di approvazione del Verbale di Intesa tra la Regione e le OO.SS. dei medici di medicina generale per il Settore dell'Assistenza negli istituti penitenziari;
- n. 459/2024 sull'implementazione del progetto NEA 116117;
- n. 632 del 28/04/2025 e n. 682 del 05/05/2025 recanti l'Atto di programmazione regionale per l'istituzione e attuazione delle nuove forme organizzative della medicina convenzionata: le Aggregazioni Funzionali Territoriali (di seguito AFT) e le Unità Complessa di Cure Primarie (di seguito UCCP), con le quali si è data applicazione di quanto previsto all'art.6, co. 2 del sopracitato ACN;

Rilevato che:

- dalla fine degli anni '90 la Regione Emilia-Romagna ha avviato un percorso di innovazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, per rispondere in maniera appropriata alla evoluzione dei bisogni della popolazione anche mediante l'attività dei medici di medicina generale;
- nell'ambito di tale percorso è stata posta una particolare attenzione alla integrazione tra ambito sanitario, socio-sanitario e sociale e alla implementazione di reti cliniche integrate, tra servizi ospedalieri e territoriali e sociali;

Preso atto che:

- alla trattativa regionale hanno partecipato, in conformità a quanto previsto dall'art. 15 dell'ACN, le OO.SS. firmatarie del sopracitato ACN, e precisamente: FIMMG, FMT, Federazione CISL Medici, SNAMI e SMI, e che le medesime OO.SS. hanno precedentemente provveduto a formalizzare la propria legittimità alla trattativa e alla stipula del medesimo Accordo integrativo regionale con documentazione agli atti del "Settore Assistenza Territoriale", afferente alla "Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare";
- la suddetta trattativa ha portato alla definizione dello schema di Accordo integrativo regionale allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1) così come condiviso con le Organizzazioni Sindacali FIMMG, FMT e Federazione CISL Medici, che rappresentano, complessivamente, la maggioranza delle deleghe sindacali a livello regionale;

Preso altresì atto dell'importanza dei contenuti del nuovo AIR, al fine dell'implementazione dell'innovativo modello assistenziale regionale e del fattivo contributo alla fase negoziale anche delle Organizzazioni Sindacali SNAMI e SMI, nel rispetto del corretto sviluppo e mantenimento delle relazioni sindacali, si auspica l'adesione anche delle Organizzazioni Sindacali testé citate nei congrui termini finalizzati all'immediata attuazione del suddetto modello assistenziale;

Tenuto conto che:

- il nuovo AIR rappresenta un importante passaggio verso un modello di sanità territoriale sempre più accessibile ed integrata;
- il suddetto modello è stato ideato e condiviso nell'interesse e a beneficio delle cittadine e dei cittadini, che potranno avere un punto di accesso certo in risposta ai loro bisogni di salute;
- il nuovo AIR pone particolare attenzione anche alla tutela dei diritti dei medici di medicina generale, con l'obiettivo di rendere il sistema di assistenza primaria e l'esercizio della professione più sostenibili e conciliabili con la vita privata, mediante una migliore distribuzione dei carichi di lavoro;
- si consolida il percorso di evoluzione del ruolo dei medici di assistenza primaria quali gestori della salute, inseriti in una rete professionale (AFT e UCCP) e fisica (Case della Comunità) supportata da strumenti tecnologici e personale dedicato;
- il nuovo AIR definisce il sistema di valutazione degli obiettivi di salute e di attività, indicati dalle Aziende Sanitarie, perseguiti dalle AFT, inclusi i target e i relativi indicatori di processo ed esito;
- i suddetti indicatori, monitorati a livello regionale e misurati a livello di AFT, sono lo strumento di riferimento per l'applicazione di quanto previsto dall'art. 47, lett. B dell'ACN;

Dato atto che presso la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare è conservata agli atti la dichiarazione a verbale rilasciata dal rappresentante dell'organizzazione sindacale FMT in sede di preliminare adesione al suddetto schema di accordo;

Dato altresì atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi rispetto alla spesa sostenuta nel 2025 dalle Aziende Sanitarie per la medicina generale;

Visti:

- il D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna";

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 325 del 7 marzo 2022 "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale";
- n. 1615 del 28 settembre 2022 "Modifica e assestamento degli assetti organizzativi di alcune Direzioni generali/Agenzie della Giunta regionale";
- n. 2077 del 27 novembre 2023 "Nomina del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza";
- n. 876 del 20 maggio 2024 "Modifica dei macro-assetti organizzativi della Giunta regionale";
- n. 2376 del 23 dicembre 2024, recante "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1° gennaio 2025", nonché le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017, relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni;
- n. 279 del 27 febbraio 2025, recante "Conferimento incarico di Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare a dirigente regionale";
- n. 1440 dell'08 settembre 2025, recante "PIAO 2025-2027. Aggiornamento a seguito di approvazione della legge regionale 25 luglio 2025 n. 7 "Assestamento e prima variazione al bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2025-2027";

Richiamate altresì le proprie determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 9 febbraio 2022, recante “Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto Legislativo n. 33/2013. Anno 2022”;
- n. 5541 del 30 dicembre 2025, recante “Proroga incarichi dirigenziali nell’ambito della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare”;

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell’Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

delibera

1. di recepire lo schema di Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell’ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 15 gennaio 2026, così come definito dal Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e dalle Organizzazioni Sindacali FIMMG, FMT, Federazione CISL Medici, allegato al presente provvedimento quale parte integrante (Allegato 1);
2. di dare mandato al Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di sottoscrivere l’Accordo integrativo regionale di cui al precedente punto 1, apportando in sede di sottoscrizione le modifiche non sostanziali che si rendessero necessarie, tra le quali il recepimento dell’eventuale adesione da parte delle OO.SS. SNAMI e SMI nei congrui termini finalizzati all’immediata attuazione dell’innovativo modello assistenziale regionale;
3. di fissare la decorrenza della validità e degli effetti dell’Accordo integrativo regionale, allegato quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, alla data dell’ultima sottoscrizione dello stesso tra i firmatari;
4. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi dell’art. 7-bis, comma 3 del D.lgs. n. 33/2013, così come previsto dalle disposizioni normative ed amministrative richiamate in premessa;
5. di stabilire che si provvederà alla pubblicazione sul BURERT del presente provvedimento.

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI
MEDICINA GENERALE**

Sommario

<i>TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI</i>	6
CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE.....	6
Art. 1 – Il Contesto regionale.....	6
Art. 2 – Aggregazioni Funzionali Territoriali.....	7
CAPO II – CONTESTO ORGANIZZATIVO	8
Art. 3 – Caratteristiche delle AFT	8
Art. 4 – Sede della AFT	9
Art. 5 - Compiti della AFT	10
Art. 6 – Rete informatica di AFT.....	12
Art. 7 – Il referente di AFT	12
Art. 8 – Il coordinatore dell’attività oraria.....	15
Art. 9 – Il regolamento di funzionamento interno dell’AFT	15
Art. 10 – Forma organizzativa multiprofessionale – UCCP.....	16
Art. 11 – Il coordinatore di UCCP.....	16
CAPO III RELAZIONI SINDACALI	16
Art. 12 - Partecipazione a comitati e commissioni.....	16
Art. 13 – Incontri del comitato regionale e dei comitati aziendali.....	17
Art. 14 – Delegazioni trattanti	18
Art. 15 – Partecipazione a gruppi tecnici regionali e aziendali.....	20
CAPO IV TUTELE GENITORIALITÀ E ACCUDIMENTO	20
Art. 16 – Supporto alla genitorialità e all’accudimento.....	20
CAPO V – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE	21
Art. 17 – Graduatorie aziendali per incarichi temporanei provvisori, determinati e sostituzioni.....	21
Art. 18 – Procedimento di contestazione	23
Art. 19 – Formazione continua e attività didattica.....	23
<i>TITOLO II – ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE</i>	26
CAPO I – MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA	26
Art. 20 – Ruolo unico del medico di assistenza primaria	26
Art. 21 – Compiti del medico del ruolo unico di assistenza primaria.....	27
Art. 22 – Fase di transizione	27
Art. 23 – Disciplina dell’attività a ciclo di scelta	29
Art. 24 – Disciplina dell’attività oraria	29
Art. 25 – Attività oraria per i medici con incarico temporaneo	33

Art. 26 – Modalità operative per l’assegnazione delle attività a rapporto orario dei medici RUAP	33
Art. 27 – Partecipazione del medico RUAP alla équipe della UVM	34
Art. 28 – Specifiche tutele del medico RUAP per genitorialità e accudimento	34
Art. 29 – Assistenza medica nelle strutture residenziali accreditate	35
Art. 30 – Requisiti e criteri per il conferimento degli incarichi	35
Art. 31 – Tipologia di attività di assistenza primaria nelle strutture residenziali accreditate	36
Art. 32 – Iscrizione dell’ospite in struttura residenziale accreditata negli elenchi del medico del ruolo unico di assistenza primaria	37
Art. 33 – Verifica delle attività del medico RUAP nelle strutture residenziali accreditate.....	37
Art. 34 – Diagnostica di I° Livello e Telemedicina	38
Art. 35 – Assistenza medica negli Ospedali di Comunità.....	38
Art. 36 – Assistenza ai turisti.....	38
Art. 37 – Visite occasionali	39
Art. 38 – Organizzazione della continuità dell’assistenza	40
Art. 39 – Fase di transizione, revisione e ottimizzazione dei modelli di assistenza territoriale.....	41
Art. 40 – Nuove forme organizzative dei medici a ruolo unico di assistenza primaria - Équipe AFT.	42
Art. 41 – Requisiti degli studi medici	44
Art. 42 – Modalità di contattabilità del medico RUAP con attività a ciclo di scelta	44
Art. 43 – Assistenza primaria nelle aree disagiate o disagiatissime	45
Art. 44 – Rapporto ottimale e carenza assistenziale	46
Art. 45 – Modalità per la determinazione delle carenze assistenziali	47
Art. 46 – Massimale e relative limitazioni.....	48
Art. 47 – Massimali dei medici corsisti incaricati temporanei	49
Art. 48 – Incarichi a tempo determinato e temporanei del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario dei medici corsisti.....	50
Art. 49 – Incarichi a tempo determinato	50
Art. 50 – Incarichi a tempo determinato del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria e a ciclo di scelta.....	51
Art. 51 – Scelte in deroga territoriale	51
<i>TITOLO III – TRATTAMENTO ECONOMICO.....</i>	<i>52</i>
Art. 52 – Trattamento economico del medico RUAP, indicatori di risultato, costituzione e attribuzione dei Fondi.....	52
Art. 53 – Fondo aziendale per la presa in carico delle patologie croniche.....	52
Art. 54 – Fondo aziendale per lo sviluppo delle Case della Comunità	56
Art. 55 – Fondo aziendale per i fattori produttivi.....	57
Art. 56 – Modalità di attribuzione del fondo aziendale.....	58
Art. 57 – Fondo per il riconoscimento economico dei medici RUAP che aderiscono alle Équipe di AFT	58
Art. 58 – Fondo per il supporto informatico.....	60

Art. 59 – Fondo per appropriatezza prescrittiva	60
Art. 60 – Trattamento economico del medico RUAP operante a quota oraria	62
Art. 61 – Compensi dei ruoli di Referente di AFT, Referente distrettuale, Coordinatore per l'attività oraria e Coordinatore di UCCP	63
Art. 62 – Compensi per le attività nelle strutture residenziali accreditate	63
Art. 63 – Compenso per gli animatori di formazione	64
Art. 64 – Trattamento economico per l'assistenza domiciliare programmata e integrata.....	64
Art. 65 – Compenso per il turno di reperibilità e Festività di particolare importanza	64
CAPO II – MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI.....	65
ART. 66 – Disciplina della Medicina dei Servizi Territoriali.....	65
CAPO III – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	66
ART. 67 – Disciplina della Emergenza Sanitaria Territoriale	66
CAPO IV – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI	66
Art. 68 – Attribuzione degli Incarichi dei medici di Assistenza Penitenziaria.....	66
Art. 69 – Massimale orario - incarichi provvisori e a tempo determinato	66
Art. 70 – Compiti e partecipazione alle équipes assistenziali di residenzialità penitenziaria	67
Art. 71 – Idoneità delle sedi	68
Art. 72 – Formazione per i medici operanti all'interno delle strutture carcerarie.....	68
Art. 73 – Responsabile/Referente del servizio sanitario penitenziario	69
Art. 74 – Trattamento economico per i medici di assistenza penitenziaria	70
<i>NORME FINALI E TRANSITORIE</i>	70
Norma finale n. 1 - Formazione dei collaboratori di studio	70
Norma finale n. 2 - Attività territoriali programmate (ATP)	70
Norma finale n. 3 – Durata dell'accordo integrativo regionale.....	71
Norma finale n. 4 – Contribuzione ENPAM	71
Norma transitoria n. 1 – Accordi attuativi aziendali	71
Norma transitoria n. 2 – Massimali e rimodulazione fasce di cui art. 38, co. 1 ACN	71
Norma transitoria n. 3 - Attività di tutoraggio	71
<i>ALLEGATI</i>	73
Allegato 1 – Modulo – Costituzione Équipe AFT - ai sensi della DGR (AIR.....)	73
Allegato 2 - Schema di regolamento AFT	74
Allegato 3 - Prestazioni aggiuntive del medico RUAP nelle strutture residenziali accreditate.....	78
Allegato 4 – Prestazioni aggiuntive del medico RUAP	79
Allegato 5 – Partecipazione alla campagna vaccinale dei medici RUAP	81
Allegato 6 – Protocollo d'intesa per la determinazione di contingenti di personale medico	89
Allegato 7 – Assistenza domiciliare programmata e integrata nei confronti dei soggetti non ambulabili	90

Allegato 8 – Applicazione delle misure di deburocratizzazione per attività sostitutive degli obblighi prescrittivi e certificativi spettanti a tutti i medici del SSR.....	91
--	----

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE

Art. 1 – Il Contesto regionale

1. I medici di medicina generale sono professionisti che contribuiscono a preservare e promuovere la salute individuale e collettiva, con un approccio olistico, sia nelle attività preventive che in quelle diagnostiche e terapeutiche della cronicità, come nelle acuzie, fornendo ai cittadini assistiti informazioni complete chiare e comprensibili sulla diagnosi, prognosi, opzioni e scelte terapeutiche e potenziali conseguenze, erogando direttamente le prestazioni di propria competenza.
2. L'assistenza dei medici di medicina generale si articola attraverso tutti i settori della medicina generale:
 - Medici del Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria
 - Medici della Medicina dei Servizi
 - Medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale
 - Medici dell'Assistenza Penitenziaria
3. L'Accordo Integrativo Regionale (di seguito AIR) definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per la loro attuazione, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale e in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto all'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale 15.01.2026 (di seguito ACN).
4. Le Regioni definiscono, ai sensi della normativa vigente, gli atti di programmazione inerenti alle forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali – di seguito AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (di seguito UCCP), osservando i seguenti criteri generali:
 - a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
 - b) istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa;
 - c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi.
5. La programmazione regionale finalizza l'AIR alle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di performance, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini e tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale e regionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:
 - a) Piano nazionale della cronicità (PNC);

- b) Piano nazionale della prevenzione;
 - c) Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV);
 - d) Accesso improprio al pronto soccorso;
 - e) Governo delle liste d'attesa;
 - f) Appropriatazza clinica e prescrittiva;
 - g) Partecipazione all'implementazione di quanto previsto dal DM n. 77/2022.
6. La Regione Emilia-Romagna ha sviluppato e promosso oltre a forme associative di rete e di gruppo fra i medici del ruolo unico di assistenza primaria (di seguito medici RUAP) anche forme di associazionismo multiprofessionale (Nuclei di Cure Primarie – di seguito NCP) come strumento di integrazione professionale e operativa, finalizzato al miglioramento dell'assistenza, all'integrazione delle risorse tecnico-professionali e alla semplificazione dei percorsi di accesso ai servizi.
7. In tutte le AUSL, i medici di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e tutti i professionisti sanitari e sociali collaborano alla programmazione dell'attività per garantire la continuità assistenziale attraverso percorsi diagnostico terapeutici condivisi e attraverso accessi diretti degli specialisti nelle sedi delle forme associative della medicina generale dei NCP per l'erogazione di prestazioni e consulenze.
8. A partire dal 2006 (AIR del 29 settembre 2006) i medici di assistenza primaria hanno aderito ai Nuclei di Cure Primarie quale strumento di miglioramento dell'assistenza territoriale, finalizzato a garantire lo sviluppo del modello di reti integrate, fondato su di un sistema di autonomie e responsabilità. Nel 2011 è stato poi sottoscritto un Accordo Integrativo Regionale con i medici di assistenza primaria che, in attuazione delle forme organizzative di cui all'Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005, come modificato ed integrato dagli AA.CC.NN. 29 luglio 2009 e 8 luglio 2010, ha previsto che il modello organizzativo dei NCP costituisse un'articolazione che, sia pur diversamente strutturata rispetto a quella delineata nell'ACN, era orientata alle medesime finalità di sviluppo e promozione dell'assistenza territoriale, alla realizzazione di adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione tra professionisti e pertanto che, nella Regione, il concetto di Aggregazione Funzionale Territoriale fosse sovrapponibile a quello di Nucleo di Cure Primarie.
9. Con la DGR n. 682 del 05/05/2025, la Regione ha adottato l'Atto di programmazione delle AFT e delle UCCP (Allegato 1 – Schema AFT).

Art. 2 – Aggregazioni Funzionali Territoriali

1. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali perseguono obiettivi di salute e di attività indicati dall'Azienda Unità Sanitaria Locale (di seguito AUSL) nell'ambito della programmazione regionale, coerenti con gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionali previsti nell'ACN attualmente vigente, brevemente di seguito richiamati:
- a) Piano Nazionale della Prevenzione: attiva partecipazione dei medici delle AFT nelle attività di promozione della prevenzione primaria, secondaria e terziaria secondo la programmazione regionale e aziendale;
 - b) Piano Nazionale della Cronicità: partecipazione attiva dei medici delle AFT nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure e individuazione della terapia ritenuta più

- idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente e coinvolgimento nel coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche;
- c) Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale: partecipazione attiva dei medici delle AFT nelle vaccinazioni che, di volta in volta, il piano vaccinale regionale indicherà come prioritarie e nelle relative attività, coerentemente alla programmazione aziendale;
 - d) Accesso improprio al Pronto Soccorso: integrazione delle AFT con i professionisti operanti nelle strutture territoriali e ospedaliere per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche attraverso l'utilizzo di diagnostica generalista di primo livello;
 - e) Governo delle liste di attesa: coinvolgimento e partecipazione dei medici delle AFT ai percorsi regionali e aziendali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni; per l'erogazione delle prestazioni potrà essere previsto il coinvolgimento dei medici delle AFT nei processi di budgeting aziendali;
 - f) Appropriatelyzza clinica e prescrittiva: perseguimento di appropriato utilizzo delle prestazioni di assistenza specialistica e diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché di assistenza farmaceutica, anche a seguito della partecipazione a percorsi finalizzati alla stesura di protocolli e linee d'indirizzo regionali;
2. Il presente Accordo Integrativo Regionale definisce il sistema di valutazione di tali obiettivi, inclusi i target e i relativi indicatori di processo ed esito. Tali indicatori, monitorati a livello regionale e misurati a livello di AFT, sono lo strumento di riferimento per l'applicazione di quanto previsto dall'art. 47, lett. B dell'ACN. Le economie, derivanti dal mancato raggiungimento dei suddetti target, possono essere assegnate, eventualmente integrando le risorse aziendali, sulla base di specifiche progettualità locali.
3. Le AFT vengono formalmente istituite e attivate alla data del 1° ottobre 2026. Da tale data devono essere costituiti i fondi e applicato il trattamento economico di cui agli artt. 51-64 del presente AIR.

CAPO II – CONTESTO ORGANIZZATIVO

Art. 3 – Caratteristiche delle AFT

1. Le AFT sono monoprofessionali, sono prive di personalità giuridica, hanno compiti assistenziali e funzioni di governo clinico della medicina generale. Così come confermato dal vigente ACN esse: condividono strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida e protocolli operativi; svolgono audit organizzativi e clinici; utilizzano cruscotti informativi a supporto dell'attività e dei processi decisionali dei medici in esse operanti, in un continuo rapporto tra pari.
2. Fanno parte delle AFT tutti i medici di assistenza primaria operanti nei modelli organizzativi definiti dalla Regione, a garanzia della continuità dell'assistenza.
3. In linea con l'art. 29, co. 5 dell'ACN, i medici RUAP partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizio, anche cooperative; in ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni mediche proprie del medico di medicina generale regolamentate dal presente accordo e dagli accordi attuativi aziendali (di seguito AAA).

4. Come previsto dall'ACN, i medici RUAP sono tenuti a erogare attività sia a ciclo di scelta che, sulla base del proprio carico assistenziale, attività oraria. Resta inteso che, i medici RUAP a ciclo di scelta e a rapporto orario, i quali non hanno accettato il completamento dell'impegno settimanale ai sensi dell'art. 31, co. 3 dell'ACN, partecipano alle attività dell'AFT per i rispettivi ambiti di attività e concorrono all'assolvimento dei compiti e delle funzioni delle AFT.
5. Di norma, la popolazione di riferimento non è superiore ai 30.000 assistiti dai medici RUAP a ciclo di scelta. Per particolari e motivate esigenze (per esempio: alta densità abitativa, elevata dispersione), la popolazione di riferimento può discostarsi da questo parametro, senza essere inferiore ai 7.000 assistiti oppure superiore a 45.000. Analogamente, per motivate esigenze, le AFT possono essere costituite da medici RUAP operanti in Distretti diversi ancorché adiacenti.
6. L'articolazione organizzativa delle AUSL può prevedere che alcuni servizi di assistenza primaria abbiano un ambito di afferenza sovra-AFT, come: Ospedali di Comunità (di seguito OSCO), Casa della Comunità (di seguito CdC) hub, Unità di Cure Palliative Domiciliari, oppure sovra-distrettuale, come: OSCO (limitatamente alle aree di confine), Centrali telefoniche.
7. Gli ambiti territoriali delle AFT coincidono con quelli per l'individuazione delle zone carenti.
8. Le AFT sono attivate con provvedimento aziendale sulla base del modello organizzativo definito dalla Regione e condiviso con le Aziende sanitarie.

Art. 4 – Sede della AFT

1. Le AFT dispongono di una sede di riferimento riconoscibile presso una delle seguenti strutture:
 - a) Casa della Comunità hub o spoke;
 - b) struttura aziendale;
 - c) struttura proposta dai medici componenti l'AFT, in accordo con l'AUSL, rispondente ai requisiti previsti dalle norme vigenti.
2. I medici componenti l'AFT, nell'ambito delle attività a quota oraria, garantiscono attività ambulatoriale continuativa rivolta a tutta la popolazione di riferimento dell'AFT, almeno dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00, presso le sedi individuate dall'Azienda sanitaria nel rispetto della programmazione regionale e aziendale.
3. Qualora la sede dell'AFT sia collocata presso una CdC hub o spoke, l'attività ambulatoriale di cui sopra può esser accessibile, oltre ai cittadini afferenti a quella AFT, a chiunque ne abbia necessità per prestazioni cliniche indifferibili e concorre alla garanzia della presenza medica di cui all'art. 29, co. 6 dell'ACN e al DM n. 77/2022. In questo caso l'ambulatorio di AFT, che garantisce l'accesso sia ai cittadini dell'AFT che a tutti i cittadini, deve prevedere:
 - a) per i cittadini non afferenti alla AFT, un accesso libero previo preferibile contatto telefonico con il NEA 116117. Resta confermato che l'assistito debba sempre accedere prioritariamente al proprio medico curante o al medico dell'ambulatorio della propria AFT;
 - b) nelle sedi caratterizzate da un volume di accessi periodicamente superiore a quelli osservati in situazioni analoghe (per esempio: stagionalità, sedi logistiche ad alta densità, presenza di cittadini fuori sede), l'AUSL può valutare un potenziamento dell'attività a quota oraria, al quale possono partecipare, su base volontaria, anche i medici RUAP di altra AFT del medesimo Distretto.

4. Qualora sul territorio su cui insiste una AFT siano presenti più CdC, la scelta della sede privilegia in prima battuta le CdC hub.
5. In situazioni di prossimità territoriale e di confine, la sede della AFT può essere individuata in una CdC spoke afferente al territorio della AFT confinante.
6. Le sedi di riferimento della AFT, identificate nell'Atto di programmazione regionale (DGR n. 682 del 05/05/2025), possono essere eventualmente modificate in coerenza con la programmazione distrettuale.

Art. 5 - Compiti della AFT

1. L'AFT, oltre ai compiti essenziali ai sensi dell'art. 29 co. 6 dell'ACN, garantisce per tutti i cittadini di riferimento dell'aggregazione funzionale stessa:
 - a) l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA) con modalità definite dal presente accordo ai successivi artt. 36 e 37;
 - b) la continuità dell'assistenza dell'AFT, estesa all'intero arco della giornata per 7 giorni alla settimana, anche mediante attività di assistenza domiciliare e nelle strutture residenziali e semi-residenziali;
 - c) la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE), il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata nonché l'alimentazione ed invio del patient summary all'FSE come sancito dall'intervento PNRR FSE 2.0: Subinvestimento M6 C2 I1.3.1, fermo restando l'aggiornamento del patient summary con modalità automatizzate e l'informativa ai fruitori sul possibile non aggiornamento in tempo reale. Tali flussi informativi saranno oggetto di confronto in seno al Tavolo di cui al successivo art. 6;
 - d) l'organizzazione delle attività con un approccio proattivo basato sull'analisi dei fabbisogni della popolazione di riferimento, in collaborazione con i servizi aziendali preposti e nell'ambito della programmazione distrettuale, al fine di consentire una programmazione locale dei servizi coerente con le necessità (Population Health Management – DM n. 77/2022); collaborazione alla definizione di Percorsi Preventivi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (di seguito PPDTA) e sviluppo di servizi ad hoc sulla popolazione di riferimento;
 - e) la presa in carico dei pazienti cronici e fragili da parte dell'AFT, aderendo ai percorsi regionali e/o aziendali secondo i più recenti "standard of care", così come normato dal DM n. 77/2022 e disciplinato dall'ACN;
 - f) la distribuzione capillare degli ambulatori anche nei piccoli Comuni o località di almeno 600 abitanti, o negli ambiti individuati dalla programmazione aziendale, anche mediante ore di attività a quota oraria programmate dall'AUSL qualora necessario, disciplinato da apposito regolamento definito in Comitato aziendale. I medici chiamati a svolgere tali attività dovranno sempre operare nell'ambito della propria AFT. In caso di necessità, per mancanza di medici con debito orario, potranno essere conferiti incarichi a tempo determinato;
 - g) la partecipazione alle équipes multidisciplinari di UCCP per la gestione dei casi complessi con i professionisti coinvolti nella medesima UCCP ed elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI) monitorato e aggiornato;
 - h) la partecipazione alla definizione dei percorsi della continuità dell'assistenza, anche mediante la collaborazione con i servizi sociali e le Centrali Operative Territoriali (di

- seguito COT), quale strumento di gestione delle transizioni tra setting assistenziali e di cura;
- i) lo sviluppo di progetti e percorsi volti al miglioramento della continuità dell'assistenza attraverso l'utilizzo di strumenti di diagnostica generalista di primo livello (es. ECG, spirometro, ecografo, dermatoscopia, ecc.) con eventuale integrazione con i medici specialisti, in applicazione dei PPDTA condivisi;
 - j) l'adesione, la programmazione e la partecipazione ai percorsi formativi volti a promuovere l'integrazione multiprofessionale, con modalità innovative di formazione continua, al fine di potenziare la capacità dei professionisti di rispondere ai bisogni degli assistiti e di sviluppare percorsi assistenziali che sfruttino appieno la rete dei servizi presenti sul territorio. L'attività di formazione dei medici di AFT dovrà essere supportata dalle Aziende anche mediante potenziamento degli ambulatori di AFT;
 - k) la partecipazione ad attività finalizzate al governo clinico, in integrazione con le diverse articolazioni aziendali e in coerenza con la programmazione regionale, come ad esempio:
 - I. adesione e monitoraggio ai percorsi di presa in carico dei pazienti cronici (PAI e PDTA) in particolare PDTA diabete, BPCO, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica post-IMA, insufficienza renale cronica e ad altri percorsi che vengano successivamente definiti;
 - II. stratificazione del rischio di tutta la popolazione assistita;
 - III. governo e gestione delle prestazioni indifferibili territoriali;
 - IV. utilizzo degli strumenti di telemedicina (teleconsulto, telecontrollo, ecc.) per favorire la qualità e prossimità dell'assistenza in particolare a favore dei pazienti fragili e cronici.
 - l) la partecipazione ad attività concordate in accordi aziendali finalizzate al rispetto dei livelli di spesa programmati, in integrazione con le diverse articolazioni aziendali e in coerenza con la programmazione regionale, come ad esempio:
 - I. appropriatezza della prescrizione e del consumo di prestazioni specialistiche e governo dei tempi di attesa;
 - II. appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche.
2. In coerenza con l'atto di programmazione regionale (D.G.R. n. 682/2025), l'attività di AFT è organizzata per garantire:
- a) presso la sede di AFT dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20:
 - I. accessibilità ambulatoriale diretta, eventualmente previo contatto telefonico, anche integrato da altra modalità di accesso definita nel regolamento di AFT;
 - II. accessibilità telefonica anche con strumenti telematici;
 - III. relativamente l'attività a ciclo di scelta nelle giornate prefestive valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per chi in quel giorno la svolge ordinariamente il mattino.
 - b) nelle ore notturne (dalle 20 alle 8), il sabato e nei giorni festivi:
 - I. continuità dell'assistenza partecipando ai modelli organizzativi aziendali e regionali, anche in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. 459/2024 sull'implementazione del progetto NEA 116117;

- c) attività domiciliari anche in coordinamento con forme organizzative multiprofessionali per la presa in carico delle condizioni più complesse.
3. Ai sensi dell'art. 44, co. 11 e 13 dell'ACN:
- I. le sedi di svolgimento dell'attività assistenziale a prestazione oraria dei medici RUAP sono individuate dall'AUSL in ambito distrettuale, anche presso le sedi di AFT, le sedi di UCCP, le CdC hub e spoke;
 - II. l'Azienda USL assegna le sedi di attività e predispone, su base distrettuale, i turni di servizio, in collaborazione con i referenti di AFT e con i coordinatori dell'attività oraria, sentiti i medici interessati, come declinato dal presente comma. I turni di servizio sono assegnati sulla base del principio dell'equità distributiva tra tutti i medici incaricati.
4. Quanto sopra comporterà una progressiva ottimizzazione delle attuali sedi di Continuità Assistenziale, al fine di garantire quanto previsto dall'ACN, dagli standard del DM n. 77/2022, tenendo comunque conto della tutela di eventuali specifiche esigenze connesse alle condizioni demografiche (residenti, domiciliati o comunque presenti) e oro-geografiche.

Art. 6 – Rete informatica di AFT

1. Ai sensi dell'art. 29, co. 9 dell'ACN, i medici RUAP sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni medico della AFT a informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure.
2. Nelle more dell'attuazione del modello organizzativo previsto dal presente accordo, le parti concordano di rinviare la trattativa del presente articolo ad apposito Tavolo della Delegazione regionale. Gli accordi stipulati dal predetto Tavolo confluiscono in un addendum all'AIR e sono parte integrante e sostanziale dell'AIR stesso.

Art. 7 – Il referente di AFT

1. Ogni AFT è coordinata da un referente, individuato, unitamente a un sostituto, dai medici dell'AFT, con requisiti, modalità di individuazione e remunerazione definite nel presente AIR.
2. Il Referente di AFT opera ai sensi dell'art. 30 dell'ACN, come integrato dal presente Accordo Regionale e dal regolamento di AFT, di cui all'art. 29, co. 12 dell'ACN, definito dal Comitato aziendale. E precisamente:
 - a) collabora con i referenti e dirigenti aziendali di cure primarie per garantire la continuità organizzativa dell'assistenza, fungendo da riferimento per la turnazione dei medici della AFT. Nei casi in cui siano presenti nodi erogativi sovra-AFT (es. OSCO) si coordina con i referenti delle AFT coinvolte;
 - b) monitora le attività dell'assistenza primaria in collaborazione con i servizi aziendali e partecipa attivamente ai momenti di discussione fra pari e con i referenti aziendali in relazione ai risultati di appropriatezza di utilizzo delle risorse;
 - c) contribuisce ai momenti di comunicazione nei confronti dei cittadini e delle istituzioni preventivamente condivisi e approvati dai medici di AFT di pertinenza;

- d) identifica i percorsi formativi ed informativi a favore dei componenti delle AFT rilevando i bisogni di conoscenza dei professionisti, di empowerment della popolazione afferente alla AFT, veicolando mandati regionali ed aziendali ai singoli componenti;
 - e) ha accesso a dati di attività, in forma aggregata e anonima, per la valutazione complessiva e la programmazione di percorsi assistenziali da garantire agli assistiti di riferimento della AFT, nonché agli strumenti di monitoraggio resi disponibili dalla Regione e dalle AUSL;
 - f) promuove il raggiungimento degli obiettivi assegnati alla AFT attraverso il coordinamento delle attività di medicina di iniziativa, di gestione della cronicità, di diagnostica di primo livello e ogni progettualità di AFT anche mediante incontri periodici strutturati e presentazione di un piano annuale di azioni di miglioramento;
 - g) partecipa personalmente, o tramite un suo delegato, al board della CdC di riferimento e alla successiva condivisione delle informazioni con i medici afferenti la propria AFT;
 - h) collabora alla valutazione del raggiungimento dei risultati dell'AFT per l'attribuzione della quota variabile di cui all'art. 47, co. 2, lett. B dell'ACN;
 - i) coordina l'attività assistenziale dell'AFT, ai sensi dell'art. 30, co. 3 dell'ACN, e l'estensione di apertura oraria dell'attività nelle CdC hub e spoke o altra sede dell'AFT prive di CdC, monitorando il piano di continuità dell'assistenza dei medici componenti della AFT. In caso di necessità, informa l'AUSL per l'eventuale reclutamento di nuovi medici a tempo determinato, seguendo le specifiche procedure aziendali;
 - j) promuove e coordina le attività dei medici di AFT che riguardano le attività vaccinali e di screening delle AFT;
 - k) coordina i medici della AFT attraverso le attività di monitoraggio previste dalla piattaforma di AFT, facilitando l'implementazione delle attività relative all'utilizzo dei sistemi informativi aziendali e regionali;
 - l) cura l'applicazione a livello di AFT degli accordi e dei relativi obiettivi concordati dall'AUSL con le OO.SS. ed il Comitato aziendale;
 - m) indice, organizza, convoca, conduce e coordina le riunioni periodiche (almeno trimestrali) di AFT, sia a carattere organizzativo che clinico, rivolte a tutti i medici afferenti alla AFT, redigendo e inviando il relativo verbale al Direttore del Dipartimento di cure primarie;
 - n) predispose annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi assegnati sia in relazione agli accordi attuativi aziendali che a quanto previsto dall'art. 47, co. 2, lett. B dell'ACN;
 - o) si coordina con i Referenti delle AFT della Pediatria e della Specialistica ambulatoriale, in particolare per definire percorsi di transizione verso l'età adulta e la gestione dei casi complessi;
 - p) collabora con l'AUSL nella diffusione delle informazioni, nelle iniziative formative, nelle necessità organizzative correlate a specifiche iniziative aziendali.
3. I medici componenti le AFT individuano il referente di AFT e il suo sostituto, entro 60 giorni dall'istituzione formale delle AFT, tenendo conto delle modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'art. 29, co. 12 dell'ACN e di quanto previsto dallo schema di regolamento allegato al presente AIR (Allegato 2).

4. Considerato il ruolo cardine del Referente di AFT, lo stesso ha diritto all' autolimitazione del massimale di scelte in misura non inferiore al rapporto ottimale.
5. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista; per tale motivo, non sono candidabili medici per i quali sia prevedibile il collocamento in quiescenza prima della decadenza naturale dall'incarico di referente.
6. La durata del mandato del referente di AFT è triennale, fatto salvo quanto previsto dall'art. 30, co. 7 ACN, con possibilità di soli due mandati consecutivi e valutazione annuale da parte del Direttore Generale dell'AUSL, o suo delegato, in base all'organizzazione aziendale, in relazione ai compiti e agli obiettivi allo stesso assegnati, sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'AUSL stessa.
7. Il referente di AFT decade dall'incarico nei casi richiamati dalle vigenti norme in materia di diritto penale, dall'ACN, in caso di sfiducia da parte di almeno i 2/3 dei medici componenti la AFT e in caso di sanzione disciplinare.
8. L'incarico di referente di AFT è incompatibile con l'incarico di coordinatore di UCCP e con qualsiasi altro incarico di natura organizzativa aziendale.
9. I referenti di AFT sono tenuti a perseguire gli obbiettivi di efficientamento organizzativo e di governo clinico definiti nel presente accordo attraverso gli incontri di audit clinico-organizzativo.
10. L'incarico di referente di AFT non incide sull'incarico convenzionale in essere.
11. In caso di sostituzione del referente di AFT, per periodi di assenza del titolare superiori alla metà del mese, il sostituto percepisce la quota fissa mensile sopra prevista. Per assenze inferiori alla metà del mese, gli stessi medici della AFT sono tenuti ad accordarsi fra di loro sulle modalità di riconoscimento economico dell'impegno del sostituto.
12. Il referente di AFT che intenda dimettersi dall'incarico è tenuto a comunicarlo per iscritto all'AUSL con un preavviso minimo di 60 gg. Nelle more della nomina di un nuovo referente di AFT, la funzione è garantita dal suo sostituto.
13. Entro 180 giorni dall'approvazione dell'AIR, la Regione organizza un corso di formazione obbligatorio il cui programma è concordato in Comitato regionale.
14. Il referente di AFT non è responsabile del venire meno della continuità dell'assistenza dovuta alla condotta del singolo medico o alla carenza di personale disponibile.
15. Il referente di AFT non è titolato attraverso tale ruolo alla firma di Accordi con l'AUSL o con il Distretto.
16. Tra i referenti di AFT del Distretto, l'AUSL, sentiti i referenti di AFT del Distretto, designa il referente di Distretto che, inoltre, partecipa in qualità di componente in rappresentanza dei medici di assistenza primaria all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, o agli Uffici aziendali ad esso equivalenti.
17. Al referente di Distretto sono attribuite le seguenti funzioni:
 - a) collabora alla definizione e al successivo monitoraggio dei documenti di programmazione distrettuali;
 - b) partecipa al Comitato del Dipartimento di Cure Primarie secondo quanto previsto dagli atti aziendali;

- c) concorre alla definizione del piano delle azioni e alla implementazione di raccomandazioni professionali (note AIFA, linee guida) con particolare riguardo nei confronti dei medici RUAP;
- d) supporta il Direttore del Dipartimento o le Unità operative di Cure Primarie per quanto attiene la diffusione, la stesura operativa e l'attuazione omogenea a livello aziendale delle indicazioni normative e organizzative in materia di assistenza sanitaria (primaria, specialistica e farmaceutica) in particolare di competenza dei medici convenzionati;
- e) collabora col Direttore di Distretto ai momenti di comunicazione nei confronti dei cittadini e delle istituzioni predisponendo comunicazioni informative richieste dal Direttore del Distretto e/o fornendo il proprio supporto tecnico ai documenti predisposti dal Direttore del Distretto;
- f) fornisce supporto tecnico all'Ufficio di Direzione distrettuale e al Comitato di Dipartimento garantendo i necessari collegamenti con gli altri servizi del territorio e con il presidio ospedaliero.

Art. 8 – Il coordinatore dell'attività oraria

- 1. È istituito il coordinatore dell'attività oraria che ha il compito di supportare i referenti di AFT ed i dirigenti aziendali, nella programmazione e organizzazione dell'attività oraria esercitata all'interno di strutture sovra-AFT e sovra-distrettuali.
- 2. L'attività ambulatoriale dei medici RUAP dovrà essere tenuta in considerazione dal coordinatore dell'attività oraria per l'organizzazione e la pianificazione delle attività a quota oraria.
- 3. Il coordinatore dell'attività oraria è individuato dai medici RUAP che svolgono attività oraria sia a tempo determinato che indeterminato e comunicato dal Referente di AFT all'azienda.
- 4. Possono candidarsi alla funzione di coordinatore dell'attività oraria i medici RUAP che svolgono attività oraria, a tempo indeterminato o determinato, purché questi ultimi abbiano una durata residua non inferiore a sei mesi dalla data di presentazione della candidatura.

Art. 9 – Il regolamento di funzionamento interno dell'AFT

- 1. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale sulla base delle linee di indirizzo regionali, da adottarsi non oltre 90 giorni dalla data di adozione dell'AIR.
- 2. Il regolamento deve dettagliare almeno i seguenti elementi:
 - a) azioni di governo clinico interne alla AFT, ossia modalità di incontro dei medici, tempistiche, regolamentazione degli incontri;
 - b) organizzazione della AFT;
 - c) piano di coordinamento dell'apertura degli studi;
 - d) modalità di contattabilità della AFT.
- 3. Il Dipartimento di Cure Primarie supporta i referenti delle AFT nelle azioni per il perseguimento degli obiettivi.
- 4. Si allega uno schema di regolamento di AFT al presente accordo quale modello (Allegato 2- Schema di regolamento AFT).

Art. 10 – Forma organizzativa multiprofessionale – UCCP

1. In linea con quanto previsto dall'Atto di programmazione regionale (DGR n. 682/2025) la UCCP opera in forma integrata all'interno di Case della Comunità, strutture e/o presidi individuati dalle Aziende USL, con una sede di riferimento di riferimento nella CdC, di norma hub, anche nel rispetto di quanto previsto dalle DGR n. 2128/2016 e n. 2221/2022.
2. La UCCP persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria, operando in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo ai bisogni di salute complessi dei cittadini.

Art. 11 – Il coordinatore di UCCP

1. Per l'individuazione del coordinatore dell'UCCP fra i medici RUAP, l'Azienda USL pubblica un avviso di selezione per titoli e colloquio con la costituzione di una commissione valutatrice. Nel caso in cui il coordinatore dell'UCCP individuato sia un medico RUAP, si rinvia all'applicazione di quanto previsto dall'art. 10, co. 1 dell'ACN per la procedura di designazione e i criteri di scelta. La durata del mandato del coordinatore di UCCP, in linea con l'ACN, è triennale, con possibilità di un solo rinnovo.
2. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista; pertanto, non sono candidabili medici per i quali sia prevedibile il collocamento in quiescenza prima della decadenza naturale dall'incarico di coordinatore. La durata del mandato del coordinatore di UCCP è triennale, con possibilità di soli due mandati consecutivi e valutazione annuale da parte del Direttore Generale o suo delegato in base all'organizzazione aziendale, in relazione ai compiti e agli obiettivi allo stesso assegnati, sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda USL.
3. Le attività e gli obiettivi delle UCCP possono essere valutate a livello aziendale definendo delle incentivazioni specifiche volte a misurare il grado di integrazione multiprofessionale e intersettoriale con i Servizi Sociali e Terzo Settore, a esempio: partecipazione strutturata alle valutazioni multidimensionali (di seguito UVM), partecipazione agli incontri periodici di UCCP sugli audit organizzativi, costruzione dei PAI dei casi complessi.

CAPO III RELAZIONI SINDACALI**Art. 12 - Partecipazione a comitati e commissioni**

1. I medici RUAP, che partecipano ai comitati, regionale e aziendali, di cui agli artt. 11 e 12 dell'ACN devono essere operanti in Regione Emilia-Romagna in rappresentanza delle Organizzazioni Sindacali (di seguito OO.SS.) firmatarie del presente accordo e dotate di un terminale associativo.
2. Ai medici RUAP a ciclo di scelta che partecipano alle riunioni dei comitati di cui al precedente comma e ai medici che partecipano alle riunioni delle commissioni o degli organismi previsti da norme nazionali o regionali, come da art. 17 dell'ACN sono rimborsate dall'Azienda, che amministra la posizione del titolare, la spesa per le sostituzioni e le spese di viaggio, nella misura di euro 60/ora, cifra onnicomprensiva, eventualmente frazionabile alla durata effettiva delle sedute (ad esempio: euro 30 per ogni mezz'ora successiva alla prima ora). La partecipazione dei medici ad attività oraria

è considerata attività di servizio. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria si applicano le medesime previsioni dei medici con attività a ciclo di scelta. La partecipazione alle suddette riunioni deve essere debitamente comprovata da attestazioni ufficiali. Le assenze dal servizio per le attività sono comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera. I sopracitati compensi sono erogati nel mese successivo a quello di svolgimento degli incontri dei comitati, delle commissioni o degli organismi.

Art. 13 – Incontri del comitato regionale e dei comitati aziendali

1. Gli incontri del comitato regionale si tengono in presenza, presso la sede dell'Assessorato delle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, fatte salve condizioni contingibili o emergenziali che richiedano la necessità di attivare modalità di partecipazione da remoto.
2. Le regole di cui al precedente comma valgono altresì per gli incontri dei comitati aziendali, i quali si tengono di norma in presenza, presso le sedi individuate dalle AUSL.
3. In caso di impossibilità a partecipare da parte del componente titolare, la presenza ai comitati di cui al presente articolo è assicurata dal sostituto per tutta la durata della seduta. È responsabilità del componente titolare dare comunicazione alla Regione o alla AUSL della impossibilità a partecipare, assicurando la presenza del sostituto.
4. La componente sindacale del comitato regionale è costituita dal rappresentante legale pro tempore di ciascuna Organizzazione Sindacale in possesso dei requisiti di cui all'art. 11, co. 1 dell'ACN, o suo delegato da accreditarsi presso la Regione prima di ogni incontro. I componenti di parte pubblica del comitato regionale, titolari e sostituti, sono individuati nel provvedimento istitutivo del comitato in numero pari al totale dei rappresentanti di parte sindacale.
5. La componente di parte sindacale del comitato aziendale è costituita da un rappresentante di ciascuna Organizzazione Sindacale, in possesso dei requisiti di cui all'art. 12, co. 1 dell'ACN, indicato dal rappresentante legale pro tempore, o suo delegato (da accreditarsi presso l'azienda prima di ogni incontro). I componenti di parte pubblica del Comitato aziendale, titolari e sostituti, sono individuati nel provvedimento istitutivo del Comitato in numero pari al totale dei rappresentanti di parte sindacale.
6. A seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno, di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto del comitato. L'opportunità della presenza dell'esperto è preliminarmente valutata dal presidente del Comitato e, in ogni caso, la partecipazione dello stesso non comporta oneri gravanti sul bilancio regionale.
7. Alle riunioni dei comitati non è prevista la presenza di uditori.
8. Le determinazioni dei comitati hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle OO.SS. che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe. Per ogni seduta dovrà essere redatto apposito verbale, secondo le modalità stabilite in sede regionale e/o aziendale.
9. Le AUSL, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, devono adottare un regolamento di funzionamento e organizzazione del Comitato in modo coerente con quanto previsto dallo schema di regolamento di cui all'Allegato 2 del presente AIR.

Art. 14 – Delegazioni trattanti

1. Le delegazioni trattanti devono essere costituite sia a livello regionale che aziendale.
2. Ai medici che partecipano alle riunioni delle suddette delegazioni trattanti, per l'attività a ciclo di scelta è rimborsata dall'Azienda, che amministra la posizione del titolare, è riconosciuta una tariffa pari a 60 euro/ora onnicomprensiva, eventualmente frazionabile alla durata effettiva delle sedute (ad esempio: euro 30 per ogni mezz'ora successiva alla prima ora) per la partecipazione alle trattative negoziali a livello regionale e aziendale, per la durata effettiva delle sedute. La partecipazione dei medici ad attività oraria è considerata attività di servizio. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria si applicano le medesime previsioni dei medici con attività a ciclo di scelta. La partecipazione alle suddette riunioni deve essere debitamente comprovata da attestazioni ufficiali. Le assenze dal servizio per le attività sono comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera. I sopracitati compensi sono erogati nel mese successivo a quello di svolgimento degli incontri dei comitati, delle commissioni o degli organismi.
3. Per il medico di medicina generale convenzionato, in qualità di rappresentante sindacale di una delle Organizzazioni Sindacali formalmente accreditate, viene a configurarsi un «tetto» di ore annue per lo svolgimento delle attività sindacali a livello regionale o aziendale, certificato dal sistema di rilevazione SISAC, ai sensi dell'articolo 16, commi 2 e 3 dell'ACN. All'interno di tale «tetto» le ore di sostituzione, per i medici del ruolo unico di assistenza primaria e per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, sia per assicurare l'apertura dello studio medico che per altre attività assistenziali debitamente dimostrate, verranno pagate al sostituto direttamente dall'AUSL di convenzionamento. Il medico titolare del ruolo unico di assistenza primaria e il medico titolare del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che si assenti per ragioni di mandato sindacale a livello regionale o aziendale è assente giustificato dal servizio nel limite del tetto di ore annue sopra previsto e, pertanto, non è previsto il rimborso delle spese per il sostituto da parte delle Ausl.
4. Concorrono al suddetto tetto le ore di seguito identificate:
 - a) orario di apertura dello studio, così come formalmente comunicato alle Aziende USL di convenzionamento;
 - b) ore di attività per l'erogazione di tutte le ulteriori prestazioni istituzionali di cui all'articolo 43 dell'ACN, espletate al di fuori dell'orario di apertura di cui al punto a), debitamente comprovate con autocertificazione, del medico titolare, ai sensi della normativa vigente in materia.
5. Il diritto di essere sostituiti va garantito secondo le previsioni dell'ACN vigente e quindi deve essere necessariamente confinato nel limite delle ore per cui è prestata l'attività di sostituzione comunicata a norma dell'art. 16, co. 6 dell'ACN, direttamente sul cedolino ovvero a fronte di fatturazione elettronica.
6. Il massimale orario mensile, secondo il quale medico titolare del ruolo unico di assistenza primaria e il medico titolare del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta può autocertificare l'assenza e, di conseguenza la sostituzione, per la partecipazione alle delegazioni trattanti, è calcolato in base al numero di scelte in capo al medico secondo il rapporto previsto al comma 7 dell'articolo 38 dell'ACN, ossia il rapporto di 40 assistiti/ora per settimana. Ad esempio, il medico massimalista con n. 1.500 assistiti in carico potrà autocertificare, ai fini della sostituzione per agibilità

- sindacale, massimo 162 ore mensili (calcolate come 37,50 ore medie settimanali moltiplicate per 4,3 settimane medie al mese). Ciò potrà avvenire sempre nel limite massimo a norma dell'art. 16, co. 5 dell'ACN. Per ogni medico di medicina generale convenzionato a rapporto orario l'Azienda provvede al pagamento sulla base del suo orario di incarico. Le assenze per attività sindacale sono considerate attività di servizio.
7. Gli incontri delle delegazioni trattanti si tengono in presenza, fatte salve condizioni contingibili o emergenziali, che richiedano la necessità di attivare modalità di partecipazione da remoto, presso la sede dell'Assessorato delle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, in caso di delegazione trattante regionale e presso le sedi individuate dalle AUSL, in caso di delegazione trattante aziendale. In caso di impossibilità a partecipare da parte del componente titolare la presenza è assicurata dal sostituto per tutta la durata della seduta. È responsabilità del componente titolare dare comunicazione alla Regione o alla AUSL della impossibilità a partecipare, assicurando la presenza del sostituto.
 8. Gli incontri delle delegazioni trattanti devono essere convocati, di norma, con almeno 10 giorni di anticipo rispetto alla data dell'incontro stesso, in modo da consentire la copertura del turno dell'attività oraria del medico impegnato nelle attività sindacali.
 9. I rappresentanti sindacali devono essere formalmente accreditati quali componenti delle delegazioni trattanti. Per la delegazione trattante sindacale, calcolata secondo il criterio della consistenza associativa, a livello regionale, la rappresentanza è pari a n. 11 componenti. La rappresentanza di parte pubblica, a livello regionale, è pari a n. 11 componenti. I nominativi degli 11 componenti titolari delle citate delegazioni dovranno essere formalizzati così come i nominativi dei rispettivi 11 sostituti.
 10. Per la delegazione trattante sindacale, calcolata secondo il criterio della consistenza associativa, a livello aziendale, la rappresentanza varia dai 6 agli 8 componenti in base alle esigenze aziendali. La rappresentanza di parte pubblica, a livello aziendale, varia dai 6 agli 8 componenti in base alle esigenze aziendali. I nominativi dei componenti titolari delle citate delegazioni dovranno essere formalizzati così come i nominativi dei rispettivi sostituti.
 11. A seconda della specificità degli argomenti all'ordine del giorno di ciascuna riunione, i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi di esperti che a nessun titolo risultano componenti della delegazione trattante. L'opportunità della presenza dell'esperto è preliminarmente valutata dal coordinatore del tavolo trattante e, in ogni caso, la partecipazione dello stesso non comporta oneri gravanti sul bilancio regionale.
 12. Alle riunioni delle delegazioni trattanti non è prevista la presenza di uditori.
 13. La composizione della delegazione trattante di parte sindacale – sia regionale che aziendale – è eventualmente aggiornata annualmente, sulla base della rilevazione delle deleghe sindacali da parte di SISAC al primo gennaio dell'anno precedente.
 14. I coordinatori delle delegazioni trattanti di cui al presente punto sono individuati dalla parte pubblica.
 15. Per le delegazioni trattanti di livello regionale non è prevista la funzione verbalizzante di ogni singolo incontro. Per le delegazioni trattanti di livello aziendale, viene lasciata ad ogni singola Azienda USL la decisione in merito alle modalità e alle tempistiche relative alla funzione verbalizzante dei tavoli in oggetto.

16. In caso di trattative separate, non sono riconosciute indennità oltre il numero della delegazione trattante ordinaria ed il numero dei partecipanti di parte sindacale è fissato e comunicato a cura della Organizzazione sindacale.

Art. 15 – Partecipazione a gruppi tecnici regionali e aziendali

1. La Regione, sentite le OO.SS., individua i partecipanti ai gruppi tecnici regionali, e le Aziende USL, sentite le OO.SS., individuano i partecipanti ai gruppi tecnici aziendali, sulla base delle competenze riconosciute dalle Ausl dei singoli componenti dagli stessi proposti.
2. Gli esiti dei gruppi tecnici regionali e aziendali, supportati da adeguati verbali, sono condivisi in Comitato regionale e aziendale preliminarmente alla loro implementazione.
3. Il compenso per la partecipazione ai suddetti gruppi di lavoro è attribuito solo ai medici che non rivestono cariche di coordinamento ed è erogato dalla Ausl che amministra la posizione del componente nella misura di euro 40/ora, cifra onnicomprensiva, eventualmente frazionabile alla durata effettiva delle sedute (ad esempio: euro 20 per ogni mezz'ora successiva alla prima ora). Il compenso è riconosciuto anche ai referenti di AFT in caso di partecipazione ai tavoli.

CAPO IV TUTELE GENITORIALITÀ E ACCUDIMENTO

Art. 16 – Supporto alla genitorialità e all'accudimento

1. Nella logica della massima tutela e sostegno, ai medici di medicina generale sono riconosciute, per quanto compatibili con il rapporto convenzionale con il SSN e con la normativa vigente, tutte le tutele in materia di genitorialità e accudimento previste dall'ordinamento.
2. L'Azienda USL, in collaborazione con i rispettivi referenti/coordinatori della turnistica, si impegna ad agevolare i medici di medicina generale, mettendo in atto condizioni utili per facilitare lo svolgimento delle loro attività istituzionali, nelle situazioni sottoelencate, oltre a quanto già previsto dall'art. 22, co. 3 dell'ACN:
 - a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
 - b) adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dall'adozione o affido;
 - c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti con le comprovate disabilità previste dall'art. 3, co. 3 della L. n. 104/1992 e s.m.i. e, in ogni caso, fino al permanere della condizione di disabilità;
 - d) assistenza a familiari, anche temporaneamente conviventi, entro il secondo grado di parentela, con le comprovate disabilità previste dall'art. 3, co. 3 della L. n. 104/1992 e s.m.i. e, in ogni caso, fino al permanere della condizione di disabilità.
3. Le medesime condizioni sono altresì riconosciute nei casi seguenti:
 - a) medici con figli sotto responsabilità genitoriale di età inferiore a 6 anni e, in ogni caso, fino al compimento del sesto anno di età;

- b) ai medici con le comprovate disabilità, proprie o di familiari entro il secondo grado di parentela, previste dall'art. 3, co. 3 della L. n. 104/1992 e s.m.i. e, in ogni caso, fino al permanere della condizione di disabilità.
4. Nei casi sopra descritti, le Aziende USL si impegnano ad agevolare i medici di medicina generale per lo svolgimento delle attività correlate alla continuità dell'assistenza con modalità di reperibilità domiciliare, da concordare a livello di AAA, eventualmente con progetti in cui si favorisce l'utilizzo della telemedicina.
5. Nelle situazioni elencate dall'art. 22, co. 3, lett. a) e b) dell'ACN, i medici di medicina generale non sono tenuti a svolgere attività orarie notturne (20:00 - 8:00), salvo loro esplicita richiesta. L'Azienda USL si impegna a favorire condizioni organizzative utili a garantire il periodo di allattamento e accudimento, ivi compresa una agevole allocazione lavorativa.
6. Per garantire una flessibilità organizzativa e l'ottimizzazione dei servizi/offerta anche attraverso sistemi digitali e telemedicina, in particolare in specifiche aree territoriali disagiate in caso di gravidanza, per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino, ovvero in caso di adozione o di affidamento fino al compimento del terzo anno di età, o in alternativa il padre convivente, la continuità dell'assistenza è garantita con modalità di reperibilità domiciliare, in particolare nelle ore notturne e mediante, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina in tutte le sue fattispecie.
7. I medici di medicina generale in stato di gravidanza, fin dall'inizio della stessa, e in allattamento fino al 7° mese, nell'ambito delle attività a quota oraria, sono ricollocati in funzioni nelle quali non siano esposti a rischio biologico/infettivo.

CAPO V – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Art. 17 – Graduatorie aziendali per incarichi temporanei provvisori, determinati e sostituzioni

1. Ai sensi dell'art. 19, co. 6 dell'ACN, la Regione entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria regionale definitiva, valida per l'anno successivo, pubblica sul BURERT un avviso per la predisposizione delle graduatorie aziendali dei medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:
- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
 - b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
 - c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni;
 - d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
 - e) medici iscritti ai corsi di specializzazione;

- f) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale entro il 31.12.1994 (titolo equipollente per l'iscrizione in graduatoria regionale) non iscritti in graduatoria regionale.
2. I medici di cui alle lettere dalla b) alla f) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.
 3. Per la categoria c) (medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella Regione Emilia-Romagna), i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 sono interpellati in subordine rispetto ai medici già iscritti al suddetto corso ai sensi dell'art. 9, comma 1 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, convertito con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, nonché ai medici già iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi del D.lgs. n. 368/1999.
 4. La priorità di interpello, all'interno di ciascuna delle categorie dalla a) alla e), sarà la residenza nell'ambito AFT e, successivamente, nell'Azienda, nella Regione e, infine, fuori Regione.
 5. Per la parte oraria, per la categoria d) (medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994) la priorità di interpello sarà per i medici che abbiano svolto attività a rapporto orario nella stessa Azienda USL per almeno 6 mesi e, a seguire, minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea, anzianità di laurea.
 6. Per la parte oraria, per la categoria c) (medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella Regione Emilia-Romagna), l'Azienda USL può conferire incarichi ad attività oraria come di seguito riportato:
 - I. per i medici iscritti al primo anno di corso conferimento di incarichi pari a 12 o 24 ore/settimana;
 - II. per i medici iscritti al secondo e al terzo anno di corso conferimento di incarichi fino a 38 ore/settimana.
 7. Nel caso di medici già iscritti in graduatoria regionale e, contemporaneamente, iscritti anche al corso di formazione specifica in medicina generale oppure ad un corso di specializzazione, essi vanno inseriti, rispettivamente, nella categoria "medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale", oppure nella categoria "medici iscritti ai corsi di specializzazione".
 8. Gli incarichi all'interno degli Istituti penitenziari possono essere conferiti per 24 ore settimanali fino ad un massimo, su base volontaria, di 38 ore settimanali. L'incarico a 38 ore settimanali comporta un rapporto di esclusività. Infine, potranno essere previsti, sulla base di esigenze aziendali, anche incarichi per 12 ore/settimana, agevolando in tal modo la copertura dei turni da parte delle AUSL. La priorità di interpello sarà per i medici che già operano in AUSL e a seguire in Regione sulla base della maggiore anzianità di servizio.
 9. Ogni Azienda USL predispone una graduatoria unica per l'eventuale conferimento di incarico a tempo determinato o di sostituzione e la durata massima di tali incarichi è fissata in mesi 12.
 10. Le graduatorie saranno valide fino alla approvazione di nuove graduatorie ai sensi dell'art. 19, co. 6 dell'ACN.

11. Una volta scaduti i termini per la presentazione delle domande di inserimento nella graduatoria aziendale annuale i medici potranno inviare, successivamente, una dichiarazione di disponibilità a eventuali incarichi provvisori, determinati e sostituzione; di tali dichiarazioni verrà formato un elenco, per ordine temporale di arrivo, al quale attingere a seguito dell'esaurimento delle disponibilità da graduatoria aziendale.
12. I medici disponibili per incarichi a tempo determinato nel settore dell'emergenza sanitaria territoriale devono essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale rilasciato ai sensi della normativa vigente. I medici interessati possono presentare domanda ad una o più Aziende USL e possono essere interpellati solo dalle Aziende USL a cui è presentata domanda. La domanda di partecipazione, in bollo, deve essere trasmessa entro 30 (trenta) giorni. La presentazione della domanda da parte dei medici interessati ai fini dell'inclusione nelle graduatorie aziendali per il conferimento di incarichi a tempo determinato nei settori della medicina generale, la compilazione e l'invio delle domande stesse dovrà avvenire esclusivamente in modalità "on line", mediante l'utilizzo del programma informatico appositamente sviluppato, che consente la ricezione e la gestione delle domande in via telematica. Altre modalità di trasmissione saranno ritenute causa di esclusione della domanda.
13. La Regione si impegna a implementare sulla piattaforma già esistente la possibilità di presentare un'unica domanda con opzione contestuale su più AUSL.

Art. 18 – Procedimento di contestazione

1. Nei procedimenti di contestazione di cui all'art. 25 ACN, nelle procedure da adottare, il Direttore di Distretto può essere sostituito dal Direttore di Dipartimento Cure Primarie secondo le modalità decise all'interno dell'Azienda USL di convenzionamento del medico.

Art. 19 – Formazione continua e attività didattica

1. La formazione continua dei medici di medicina generale rappresenta quel processo attraverso il quale gli stessi si mantengono aggiornati e in grado di rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze organizzative e clinico-assistenziali del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, nonché ai propri sviluppi professionali in termini di competenze possedute.
2. La formazione dei medici di cui al comma precedente, nei limiti delle ore necessarie a conseguire i crediti ECM di cui al comma 6 dell'art. 26 dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente, è considerata orario di servizio e concorre al rispettivo orario convenzionale da svolgersi per i medici a rapporto orario. La retribuzione oraria è determinata dal profilo di attività che supera il 50% delle ore di incarico.
3. Una adeguata formazione di questi professionisti si fonda su differenti tipologie di interventi formativi, quindi non solo su corsi frontali di tipo accademico, ma anche su acquisizione di competenze rispetto ad approcci innovativi con strumenti digitali o di diagnostica ambulatoriale di primo livello (definibile come generalista). Quest'ultimo tipo di formazione è meglio agibile con percorsi di formazione sul campo, formazione in simulazione, blended o attivando percorsi di ricerca nello specifico in medicina territoriale. Da valutare anche percorsi di confronto inter pares su protocolli e linee guida e sulla loro applicabilità nel contesto locale e anche sull'organizzazione del lavoro ambulatoriale e domiciliare.

4. Nuovi contenuti formativi devono essere sviluppati nell'acquisizione di competenze di lavoro in team monoprofessionale o multiprofessionale. Fanno parte di questa formazione i momenti di confronto interprofessionale all'interno di AFT e UCCP.
5. Nel caso in cui eventi formativi vengano organizzati con formazione residenziale di norma vengono effettuati di sabato mattina; nel caso vengano organizzati con modalità più innovative gli orari di espletamento possono anche essere altri. In ogni caso, il monte ore di formazione specifica/anno è di almeno 40 ore, la partecipazione agli eventi formativi rientra nei compiti retribuiti e la sostituzione del professionista avviene con risorse a carico dell'Azienda USL.
6. Gli ambulatori di AFT possono vicariare l'attività dei medici RUAP occupati nei processi di formazione, attraverso modalità da declinare in AAA.
7. La Regione deve svolgere funzioni di indirizzo, coordinamento e valutazione della attività formativa ed è anche in parte garante del sistema ECM regionale. Infatti, fra i suoi compiti sta la validazione dei piani formativi pluriennali e annuali delle AUSL, ivi compresi quelli della medicina generale.
8. Le AUSL, tramite i Medici RUAP animatori di formazione, in collaborazione con i Referenti di AFT e di Distretto, realizzano l'analisi dei bisogni formativi dei medici RUAP, elaborano, e inoltrano alla Regione il Piano Formativo Aziendale (di seguito PFA) per la medicina generale, da condividere annualmente in Comitato aziendale, lo adottano e lo trasmettono anche alla Regione. Gli eventi del PFA verranno regolarmente accreditati al fine del conseguimento di parte dei crediti ECM previsti per il triennio.
9. Le AUSL, inoltre, pubblicano sui propri siti istituzionali il PFA della medicina generale entro il 30 giugno di ogni anno e gli eventi ECM che intendono organizzare nell'anno in corso in modo che i professionisti possano integrare e raggiungere la totalità dei crediti anche accedendo all'offerta aziendale. Fra tali eventi le AUSL si impegnano ad organizzare anche eventi facoltativi su argomenti di particolare interesse per problematiche contingenti di rilievo.
10. Le AUSL possono definire eventi, all'interno del PFA, come non sostituibili perché di particolare e specifico interesse per il raggiungimento di obiettivi di assistenza e cura considerati prioritari e coerenti con gli indirizzi di politica sanitaria nazionale e regionale. Eventi formativi non sostituibili possono altresì essere rappresentati da attività di audit organizzativo anche alla luce dei nuovi modelli assistenziali introdotti dalle norme nazionali e regionali.
11. Gli obiettivi strategici e definiti come non sostituibili devono essere corredati di indicatori e strumenti di valutazione che consentano di verificare la propria efficacia. In sintesi, per ogni singolo obiettivo strategico aziendale individuato deve essere riportato lo specifico indicatore per la misurazione del grado di raggiungimento dell'obiettivo stesso da parte del singolo professionista. L'indicatore può variare in relazione alle caratteristiche dell'obiettivo proposto.
12. Gli strumenti di verifica del piano formativo possono essere quantitativi o qualitativi e devono essere formalmente esplicitati nel format di ogni evento.
13. Il medico che non frequenta per due anni consecutivi le iniziative di formazione obbligatoria almeno al 75% del monte ore, e/o risulti non aver assolto per due trienni consecutivi il debito formativo nazionale dei crediti ECM, è soggetto alle procedure disciplinari di cui all'art. 25, co. 9 dell'ACN.

14. Di seguito si elencano gli eventi formativi rispondenti ad obiettivi ritenuti particolarmente rilevanti per il SSR:

- I. fragilità e cronicità (anziani, minori, dipendenze patologiche, salute mentale, multipatologici, non autosufficienti, migranti) con specifico focus su aspetti assistenziali, sociosanitari e socio assistenziali (anche assieme ad altri profili professionali);
- II. presa in carico delle patologie croniche, tramite sviluppo di PDTA, e delle cure palliative
- III. innovazione tecnologica (valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle nuove tecnologie biomediche, dei dispositivi, degli strumenti di telemedicina, FSE 2.0, patient summary);
- IV. diagnostica di I livello (ecografia, elettrocardiogramma, spirometria);
- V. gestione sistemi informativi relativi a: PPDTA, assistenza domiciliare e residenziale, hospice, OSCO;
- VI. appropriatezza prestazioni sanitarie sistemi di valutazione, verifica miglioramento efficienza ed efficacia del sistema all'interno delle nuove forme organizzative, audit clinici, audit organizzativi, rispetto dei LEA, percorsi di analisi di over treatment e under treatment (ricognizione e riconciliazione terapeutica), sovra utilizzo e sotto utilizzo della diagnostica e della consulenza specialistica;
- VII. aspetti relazionali e umanizzazione delle cure gestione del conflitto nel setting ambulatoriale e domiciliare con elementi di de-escalation e negoziazione, organizzazione logistica e di personale dello studio medico, comunicazione efficace con l'utente e medicina narrativa, strumenti di valutazione del livello di soddisfazione dell'utenza, relazioni interprofessionali deontologicamente corrette;
- VIII. acquisizione di competenze e metodologia in ambito di ricerca e sperimentazione, anche in collaborazione con le Università.

15. Di seguito si elencano eventi formativi rispondenti a tematiche ritenute particolarmente rilevanti per SSN:

- I. area tematica vaccini e strategie vaccinali;
- II. area tematica prevenzione primaria, secondaria e promozione della salute;
- III. area tematica "One health" e clima;
- IV. area responsabilità professionale eventualmente in collaborazione con gli Ordini Professionali comprensiva anche di adempimenti certificativi e obblighi normativi e deontologici;
- V. area antimicrobico resistenza con la gestione delle verifiche di diagnostica di primo e secondo livello e gestione adeguata della terapia;
- VI. area tematica medicina di genere;
- VII. area tematica fertilità (NIPT, contraccezione);
- VIII. area privacy e utilizzo corretto della documentazione;
- IX. area rischio clinico (infettivo, diagnostico, terapeutico).

16. Nella predisposizione dell'evento formativo le AUSL si avvalgono della collaborazione di un gruppo di professionisti esperti detti "animatori di formazione". Il fabbisogno

regionale e per ogni singola AUSL di animatori di formazione viene definito dalla Regione, previa condivisione con le Aziende. A seguito della pianificazione, le AUSL, anche con modalità interaziendali, predispongono percorsi dedicati alla formazione degli stessi anche avvalendosi del contributo degli organi aziendali preposti e dei Comitati di cui all'art 12, con l'utilizzo di format specificamente codificati dalla Regione di almeno 40 ore e con produzione da parte dei discenti di un project work. Le ore di formazione per i professionisti che si candidano al ruolo di animatore di formazione sono parte delle ore di aggiornamento obbligatorio.

17. Alla luce della istituzione dei nuovi modelli organizzativi della assistenza primaria, è compito della Regione garantire la predisposizione del percorso formativo destinato ai referenti di AFT e UCCP (qualora sia un medico di ruolo unico di assistenza primaria) destinati ad affinare competenze organizzativo-gestionali e di governo dei candidati al ruolo, è compito delle AUSL recepirne e svilupparne operativamente i contenuti.
18. Il percorso formativo di cui al comma precedente deve comprendere esperienze di formazione sul campo, study tour, eventi di partecipazione ad attività congiunte multiprofessionali presso le Case di Comunità o Ospedali di Comunità, elementi di lean management e utilizzo ottimale delle risorse.

TITOLO II – ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE

CAPO I – MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Art. 20 – Ruolo unico del medico di assistenza primaria

1. Fin dall'entrata in vigore dell'ACN 28.04.2022, i medici già titolari di incarico di assistenza primaria e di continuità assistenziale hanno assunto la denominazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria che svolgono attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria.
2. Fanno parte delle AFT tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti in modelli organizzativi definiti dalla Regione a garanzia della continuità dell'assistenza.
3. Come previsto dall'ACN i medici del ruolo unico di assistenza primaria sono tenuti, in funzione del proprio carico assistenziale, ad erogare attività sia a ciclo di scelta che a rapporto orario.
4. Resta inteso che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e a quota oraria che non hanno esercitato, ai sensi dell'ACN 2024, l'opzione di passaggio al ruolo unico partecipano alle attività dell'AFT per i rispettivi ambiti di attività e concorrono all'assorbimento dei compiti e delle funzioni delle AFT.
5. Con l'ACN 04.04.2024, a partire dall'anno 2025, tutti i nuovi incarichi sono pubblicati ed assegnati a ruolo unico, con obbligo per il medico di svolgere un numero di ore di attività commisurate al numero di scelte con un massimo di 38 ore (con progressiva riduzione del monte ore al crescere del numero delle scelte degli assistiti), a favore di tutta la popolazione in sedi aziendali (come la Casa della Comunità Hub e Spoke) definite a livello distrettuale e con la contemporanea apertura dello studio per acquisire assistiti se non effettua unicamente attività oraria.

6. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria è tenuto a svolgere la propria attività partecipando alla realizzazione e al conseguimento degli obiettivi di assistenza e cura della propria AFT.
7. Al fine della pubblicazione, la base di calcolo degli incarichi vacanti deve, di norma, coincidere con la AFT.
8. Dalla stessa data i medici già titolari di convenzione, inclusi i titolari di incarico temporaneo, ogni volta che verranno determinati e indetti gli incarichi vacanti, potranno optare per il passaggio al ruolo unico nel limite delle necessità di carenza assistenziale determinate sulla base del fabbisogno individuato dall'Azienda.
9. In linea con quanto previsto dall'art. 33, co. 4 dell'ACN, il medico del ruolo unico di assistenza primaria è assegnato a una AFT e alla forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) di riferimento, all'interno delle quali opera rispettando le modalità organizzative concordate all'interno delle stesse secondo il modello previsto dalla Regione.

Art. 21 – Compiti del medico del ruolo unico di assistenza primaria

1. Il medico RUAP:
 - a) concorre obbligatoriamente al perseguimento degli obiettivi di salute dei cittadini di cui all'art. 4 dell'ACN, con il miglior impiego delle risorse, in particolare per la realizzazione del PNC e del PNPV, così come declinati negli accordi regionali e locali per i PPDTA; tale attività è monitorata e rendicontata per mezzo di indicatori di processo e di esito, a livello di AFT, individuati nell'ambito dell'AIR e degli accordi attuativi aziendali;
 - b) cura la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata di ciascun assistito, a uso del medico, dell'assistito stesso e del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito SSN), anche attraverso la consultazione del fascicolo sanitario elettronico (di seguito FSE), condividendola con gli altri medici attraverso una piattaforma orizzontale dell'AFT, connessa verticalmente agli altri servizi aziendali mediante il sistema informatico SOLE, secondo le vigenti norme sulla tutela in materia di protezione dei dati personali;
 - c) opera nell'ambito delle AFT e delle forme organizzative multiprofessionali, rispettando le modalità organizzative concordate all'interno delle stesse, ai sensi dell'art. 43, co. 5, lett. e) dell'ACN, svolgendo eventualmente anche l'attività oraria convenuta;
 - d) partecipa alle attività di audit previste all'interno dell'AFT e, se necessario, a livello distrettuale;
 - e) concorre a progetti e programmi di attività finalizzati alla razionalizzazione della spesa, alla promozione di corretti stili di vita e all'uso appropriato dei farmaci e delle indagini funzionali e strumentali nonché delle consulenze specialistiche;
 - f) partecipa alle attività formative programmate dall'Azienda nell'ambito del Piano di Formazione Aziendale (PFA), inclusi i corsi obbligatori di cui all'art. 26 dell'ACN.

Art. 22 – Fase di transizione

1. Nella fase di transizione, fino al pieno compimento del ruolo unico, i RUAP sono di tre tipologie:
 - a) medici del ruolo unico di assistenza primaria titolari di incarico a tempo

indeterminato al 31.12.2024 ad esclusiva attività a ciclo di scelta (M A P – C S) , che non abbiano optato anche per l'attività a Quota Oraria (QO), che svolgono:

- I. attività fiduciaria presso i rispettivi studi;
- II. visite presso il domicilio dei propri assistiti secondo quanto previsto da ACN;
- III. assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali;
- IV. continuità dell'assistenza rivolta agli assistiti della AFT di appartenenza dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 attraverso l'apertura coordinata degli studi e integrata con l'attività di ambulatorio di AFT.

b) medici del ruolo unico di assistenza primaria ad esclusiva attività oraria titolari di incarico a tempo indeterminato al 31.12.2024 che non abbiano optato anche per l'attività a CS (MAP – QO), che svolgono:

- I. attività a quota oraria a favore di tutta la popolazione in sedi definite a livello distrettuale e aziendale, anche in orario diurno;
- II. visite domiciliari a favore di tutta la popolazione dalle 20 alle 8 di sabato e nei giorni festivi;
- III. prestazioni presso la centrale unica, Numero Europeo Armonizzato 116117.

c) medici del ruolo unico di assistenza primaria titolari di incarico a tempo indeterminato al 31.12.2024 (MAP CS/QO) che, a partire dal 1 gennaio 2025 hanno optato per il ruolo unico e svolgono:

- I. attività fiduciaria presso i rispettivi studi;
- II. visite presso il domicilio dei propri assistiti secondo quanto previsto da ACN;
- III. assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali;
- IV. continuità dell'assistenza rivolta agli assistiti della AFT di appartenenza dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 attraverso l'apertura coordinata degli studi e integrata con l'attività di ambulatorio di AFT;
- V. attività a quota oraria a favore di tutta la popolazione in sedi definite a livello distrettuale e aziendale, anche in orario diurno, se con debito orario;
- VI. prestazioni presso la Centrale Unica, Numero Europeo Armonizzato 116117, di un definito ambito territoriale;

d) medici del ruolo unico di assistenza primaria titolari di incarico a tempo indeterminato dal 01.01.2025 (MAP-post 2025), compresi gli incaricati temporanei con completamento del percorso formativo in data successiva al 1° gennaio 2025, che svolgono:

- I. attività fiduciaria presso i rispettivi studi;
- II. visite presso il domicilio dei propri assistiti secondo quanto previsto da ACN;
- III. assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali;
- IV. continuità dell'assistenza rivolta agli assistiti della AFT di appartenenza dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 attraverso l'apertura coordinata degli studi e integrata con l'attività di ambulatorio di AFT;

- V. attività a quota oraria a favore di tutta la popolazione in sedi definite a livello distrettuale e aziendale, anche in orario diurno, se con debito orario;
 - VI. prestazioni presso la Centrale Unica, Numero Europeo Armonizzato 116117, di un definito ambito territoriale.
2. I medici RUAP operanti in zone disagiate e disagiatissime possono, a domanda, essere esonerati dalla attività a quota oraria oppure autolimitarla con una garanzia minima di 6 ore, a parte quella per formazione di AFT e PFA, perché gestiscono più studi ed effettuano visite domiciliari a lungo chilometraggio.

Art. 23 – Disciplina dell'attività a ciclo di scelta

1. Nella sua attività a ciclo di scelta, il medico RUAP assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun assistito che abbia liberamente scelto il rapporto di fiducia, come previsto dall'ACN.
2. Nell'ambito dell'attività ambulatoriale, il medico:
 - a) effettua visite ambulatoriali, possibilmente su appuntamento, nell'ambito degli orari di apertura dello studio medico secondo quanto previsto dall'art. 35 dell'ACN;
 - b) partecipa attivamente alla continuità dell'assistenza in forma integrata rivolta agli assistiti della AFT di appartenenza dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 20:00, anche mediante l'apertura coordinata degli studi, in quanto la AFT costituisce il modello organizzativo entro il quale opera, di fatto, la rete assistenziale composta dai medici del ruolo unico di assistenza primaria;
 - c) ai sensi dell'art. 47, co. 2, lett. B), punto IV) dell'ACN 15.01.2026, i medici RUAP nell'attività a ciclo di scelta che non hanno optato per il passaggio al ruolo unico non saranno tenuti alla effettuazione di attività a quota oraria presso la sede di AFT o presso altre sedi aziendali, ma potranno contribuire su base volontaria per almeno 4 ore a settimana (v. par. 4.4). Tale attività contribuisce alla presa in carico e gestione complessiva dell'assistito con patologie croniche, al fine di evitare e prevenire episodi di riacutizzazione, ricoveri ospedalieri e accessi al PS.
3. Nell'ambito dell'attività domiciliare, il medico:
 - a) effettua le visite domiciliari richieste dai propri assistiti, tenendo conto delle condizioni cliniche e della conseguente impossibilità di spostamento in sicurezza. La visita per prestazioni indifferibili è eseguita nel più breve tempo possibile e, se differibile indicativamente entro la stessa giornata se recepita entro le ore 10 oppure entro il giorno successivo (incluso il sabato) se recepita dopo le 10, fatti salvi gli accordi aziendali previgenti;
 - b) fornisce l'assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, e in raccordo concordemente normato con l'assistenza sociale, secondo la normativa vigente;
 - c) eroga l'assistenza programmata per i pazienti ospiti di strutture residenziali.

Art. 24 – Disciplina dell'attività oraria

1. In applicazione dell'ACN, i medici impegnati a svolgere attività oraria sono:

- a) i medici attualmente in servizio che optano volontariamente per il completamento dell'impegno settimanale secondo le procedure previste dall'ACN (attività oraria e attività a ciclo di scelta);
 - b) i medici con incarico temporaneo che conseguono il diploma del corso di formazione specifica in medicina generale (di seguito CFSMG), a partire dall'anno 2025;
 - c) i medici incaricati a seguito delle procedure a tempo determinato, indeterminato e temporaneo, a partire dall'anno 2025;
 - d) i medici con incarico a tempo indeterminato ad attività oraria prima dell'anno 2025 (con attività notturna per tutto l'arco della settimana e diurna il sabato e i festivi).
2. L'attività oraria svolta dai medici RUAP è coordinata funzionalmente e organizzativamente a livello distrettuale, per garantire l'integrazione organizzativa e professionale e agevolare l'accesso dei cittadini alle cure.
 3. L'AUSL definisce periodicamente l'articolazione dei servizi a quota oraria distrettuali e di AFT, lo comunica rispettivamente al Coordinatore dell'attività oraria del Distretto e al Referente di AFT i quali collaborano a predisporre, su base distrettuale, i turni di servizio, sentiti i medici interessati, comunicando mensilmente tali turni all'Azienda USL.
 4. I turni di servizio sono assegnati sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati.
 5. Le modalità di organizzazione per il riassorbimento del riposo compensativo per i medici che svolgono attività notturna sono definite nel regolamento di AFT.
 6. L'attività in quota oraria, remunerata ai sensi dell'ACN, è prioritariamente rivolta alla garanzia della continuità dell'assistenza nell'ambito dell'AFT e viene resa a favore di tutta la popolazione secondo la programmazione nazionale, regionale e aziendale con l'intento di introdurre servizi aggiuntivi ed innovativi, forniti in maniera uniforme e omogenea, al fine di garantire più agevolmente l'accesso alle cure. Tale attività è inoltre svolta per garantire alla popolazione i servizi di continuità dell'assistenza, riorganizzati secondo una logica di copertura di fasce orarie a maggiore accesso (v. art. 44 dell'ACN e DM n. 77/2022).
 7. Le sedi per l'attività in quota oraria devono essere stabili, identificabili dalla popolazione e collocate di norma nel territorio dell'AFT, in Case della Comunità hub o spoke, o locali messi a disposizione dall'AUSL, ovvero in altre sedi individuate in accordo con l'AFT, compresi locali in cui sono presenti più medici nella stessa sede con adeguata dotazione informatica per registrare le prestazioni, prescrivere farmaci e accertamenti urgenti, accedere al FSE e rilasciare certificazioni. Tutte le sedi di servizio individuate devono essere dotate di idonei locali, anche per il riposo, servizi igienici nonché di adeguate misure di sicurezza sia strutturali che per il personale in servizio (v. art. 44, co. 12 ACN).
 8. I Referenti di AFT e il Distretto, nel rispetto delle risorse orarie disponibili, si coordinano al fine di garantire le attività previste.
 9. L'attività in quota oraria, finalizzata a potenziare la disponibilità delle strutture territoriali, sarà svolta in una o più delle seguenti macroaree, nelle sedi definite secondo le priorità identificate dall'Azienda USL in collaborazione con i referenti di AFT, sentiti i medici interessati (v. art. 44, co. 13 ACN):

- a) prestazioni assistenziali non differibili presso le CdC e/o le altre sedi individuate dalle AUSL (tra cui sono comprese quelle volte a garantire la continuità dell'assistenza in zone disagiate, gli ambulatori di AFT della medicina generale, le strutture di assistenza primaria attivate per emergenze ambientali o epidemiologiche), rivolte a tutta la popolazione e per ogni fascia d'età, secondo le indicazioni aziendali di organizzazione e in raccordo con il Numero Europeo Armonizzato (di seguito NEA) 116117, come previsto dall'art. 44 dell'ACN, comprese le visite domiciliari. Se clinicamente necessario, il medico attiva direttamente il servizio di emergenza-urgenza 118. L'attività diurna feriale (8:00-20:00) è realizzata in modo capillare nelle sedi ambulatoriali di AFT, anche presso le CdC. L'attività notturna e festiva sarà erogata e coordinata nelle strutture territoriali individuate dal processo di progressiva ottimizzazione e concentrazione delle attuali sedi di continuità assistenziale prevista dalla DGR n. 682/2025, in particolare integrandole nelle CdC hub, per garantire la presenza medica H24 come previsto dal DM n. 77/2022. Per migliorare i tempi di risposta, erogare il consulto telefonico o la televisita, la Regione supporta la sperimentazione e lo sviluppo di forme innovative di utilizzo di sistemi e algoritmi di gestione delle chiamate;
- b) erogare il consulto telefonico o la televisita, mediante l'utilizzo di sistemi che consentano la gestione delle richieste indifferibili sia in presenza presso una centrale telefonica che da remoto. La Regione supporta lo sviluppo di forme innovative di utilizzo di centrali telefoniche aziendali, provinciali o sovrazionali, di sistemi e algoritmi concordati di gestione delle chiamate, nelle more della creazione e avvio delle Centrali Uniche 116117;
- c) prestazioni rivolte a soggiornanti temporanei non assistiti (quali, per esempio, partecipanti a manifestazioni prolungate, aree ricettive e/o turistiche). Tali prestazioni sono di norma svolte sia in CdC, sia presso altre sedi definite e concordate con le AUSL; la remunerazione delle prestazioni erogate presso sedi di AFT non identificate come CdC hub e spoke avviene secondo quanto previsto per le visite occasionali
- d) assistenza residenziale nelle strutture assistenziali di seguito elencate, con modalità e modelli retributivi definiti nella sezione del trattamento economico:
 - I. strutture intermedie (es. Ospedali di Comunità);
 - II. rete delle cure palliative;
 - III. strutture residenziali e semi residenziali sociosanitarie;
- e) assistenza a domicilio, ad integrazione e supporto del RUAP a ciclo di scelta, in collaborazione con infermieri e/o specialisti, anche sulla base di protocolli aziendali concordati con il Referente di Distretto, per la presa in carico di pazienti in condizioni di particolare complessità clinico-assistenziale (per esempio, trasfusioni, gestione di terapie domiciliari complesse che richiedono supervisione medica), anche a seguito di contatto/invio da parte delle COT e del NEA 116117, nonché partecipazione alle attività assistenziali della rete locale di cure palliative, in coerenza con gli standard previsti dal D.M. n. 77/2022; la modalità e i modelli retributivi sono definiti nella sezione del trattamento economico;

- f) attività oraria in COT aziendale o NEA 116117, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza da erogare attraverso le attività di AFT descritte nei punti precedenti; si ribadisce l'importanza, nelle centrali NEA116117, del contributo (anche con modalità di lavoro agile) di medici RUAP come riferimento per quesiti medici da parte dell'utenza, nel rispetto di quanto previsto dalla DGR 459/2024; la modalità e i modelli retributivi sono definiti nella sezione del trattamento economico;
 - g) attività prevista dall'articolo 36, comma 2, con modalità definite nell'ambito del regolamento di AFT;
 - h) attività territoriali programmate secondo quanto declinato alla norma transitoria n. 2 del presente AIR.
10. Nell'ambito dell'attività a quota oraria per i medici RUAP, 6 ore di attività previste dagli incarichi a ruolo unico di cui all'art. 31 dell'ACN sono finalizzate, di norma, a garantire l'erogazione delle prestazioni assistenziali non differibili oppure per altre attività cliniche o di governo clinico di AFT o sovra-AFT in ambito distrettuale (incluso audit di AFT), dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00.
11. La registrazione delle prestazioni eseguite, delle prescrizioni di farmaci e/o accertamenti e delle eventuali certificazioni, in particolare nell'ambito delle attività di cui al primo e al quarto punto sopra descritti, deve essere rilasciata nella scheda sanitaria o mediante referto da trasmettere al medico RUAP di fiducia (e agli altri medici dell'AFT), per garantire la continuità dell'assistenza.
12. Posto quanto previsto al comma 1 dell'art. 38 dell'ACN, l'AUSL provvede all'adeguamento dell'attività oraria entro i 3 mesi successivi al raggiungimento del limite numerico di assistiti di ciascuna fascia. Tuttavia, al fine di evitare un sovraccarico al medico che acquisisce un numero di scelte di assistiti elevato in breve tempo, si ritiene che l'assegnazione delle attività orarie debba avvenire entro un mese dalla variazione del numero di assistiti, anche su tempestiva segnalazione del singolo medico.
13. L'attività a quota oraria deve essere documentata dal medico RUAP, ad inizio e fine turno, attraverso il sistema informatico aziendale di rilevazione dell'attività.
14. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività oraria contribuisce al mantenimento al domicilio dei pazienti in assistenza domiciliare e partecipa per quota parte ai programmi di medicina di iniziativa.
15. Qualora l'attività programmata di accesso al domicilio del paziente sia previsto in orario notturno o diurno festivo, il compenso orario sarà maggiorato dalla relativa quota di accesso, a seconda del livello di assistenza.
16. Le Aziende USL, valutato il contesto organizzativo e le caratteristiche delle specifiche attività, possono predisporre modalità di reperibilità dei medici RUAP a quota oraria, finalizzate a garantire, in via prioritaria, la continuità dell'assistenza presso le CdC hub. L'individuazione della reperibilità ha come riferimento il livello distrettuale. Il medico reperibile può essere attivato da un'ora prima ad un'ora dopo l'inizio del turno previsto.
17. Le parti condividono di strutturare ed avviare, a livello aziendale, percorsi di formazione con contenuti e modalità organizzative relative alla attività clinica erogata in quota oraria negli ambulatori di AFT. I contenuti della formazione sono definiti fra le aziende e le OO.SS. secondo linee di indirizzo definite congiuntamente insieme ai medici RUAP. I docenti possono essere inquadrati fra medici RUAP. Per lo svolgimento dell'attività di

docenza ai fini della formazione viene riconosciuto un importo concordato in sede di trattativa aziendale.

Art. 25 – Attività oraria per i medici con incarico temporaneo

1. Alla luce dei massimali previsti dal presente AIR, dal verbale d'Intesa di cui alla DGR n. 1240/2022, come prorogata dalla DGR n. 774/2025, l'incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria è modulato come di seguito indicato:
 - I. dal conferimento dell'incarico fino a 650 assistiti, 24 ore;
 - II. da 651 a 1.000 assistiti, 12 ore;
 - III. da 1.001 a 1.200 assistiti, 6 ore;
 - IV. da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore su base volontaria.
2. L'assenza per garantire la frequenza alle lezioni del CFSMG va programmata e comunicata dal medico in formazione, una volta conosciuta la programmazione dei seminari e la frequenza concordata col Tutor, al Referente di AFT, per la programmazione dell'attività a quota oraria.
3. Qualora il medico iscritto al CFSMG si assenti dalle attività a ciclo di scelta per la frequenza delle attività formative, i componenti della stessa AFT che ne diano disponibilità garantiranno la continuità dell'assistenza attraverso cambi di orario ambulatoriale o sostituzione reciproca, analogamente a quanto previsto dall'art. 36, co. 2 dell'ACN.

Art. 26 – Modalità operative per l'assegnazione delle attività a rapporto orario dei medici RUAP

1. Al fine di garantire i servizi attivi, le Aziende USL definiscono annualmente un atto di programmazione per definire il fabbisogno orario complessivo delle attività delle AFT. Tale fabbisogno orario può variare nel corso del tempo in ragione della dinamicità che l'evoluzione del contesto reca con sé, a garanzia dell'assistenza ai cittadini.
2. Così come previsto dall'art. 44, co. 13 dell'ACN, l'AUSL, nel rispetto dell'atto di programmazione di cui sopra, verifica e aggiorna mensilmente il fabbisogno orario di AFT e lo comunica ai Referenti di AFT che predispongono i turni di servizio dell'AFT e collaborano tra loro per predisporre i turni relativi alle attività sovra-AFT o distrettuali, sentiti i medici interessati e tenuto conto delle rispettive competenze. I turni vengono successivamente comunicati all'Azienda USL, che provvederà alla pubblicazione e assegnazione. L'impossibilità, da parte di uno o più referenti di AFT a soddisfare il fabbisogno orario richiesto, deve essere comunicata all'Azienda USL che provvederà a definire quali servizi garantire in via prioritaria.
3. Qualora l'AUSL ravvisi la necessità di effettuare un interpello per l'assegnazione della parte oraria dell'incarico RUAP, in particolare a seguito dei conferimenti in applicazione dell'art. 34 dell'ACN, si applicano le seguenti modalità operative:
 - I. l'AUSL raccoglie le opzioni in ordine di preferenza da parte dei medici assegnatari degli incarichi vacanti in riferimento alle attività orarie definite per la AFT di assegnazione, o sovra AFT, e attribuisce le attività orarie, tenendo conto delle opzioni espresse dai medici, sulla base della graduatoria – già in essere – utilizzata per le

assegnazioni degli incarichi vacanti di cui all'art. 34 dell'ACN (procedure per l'assegnazione di incarichi vacanti di medico RUAP);

- II. qualora non sia possibile attribuire il primo incarico opzionato, o nel caso in cui il medico non abbia espresso la propria volontà tra le diverse opzioni possibili, le attività a rapporto orario verranno attribuite dall'AUSL sempre sulla base della posizione del medico inserito nelle graduatorie formate in base ai criteri di cui all'art. 34 dell'ACN;
- III. qualora non vi sia necessità di provvedere all'interpello, le attività a rapporto orario dei medici RUAP vengono conferite in base all'opzione espressa dal medico.

Art. 27 – Partecipazione del medico RUAP alla équipe della UVM

1. Ai sensi dell'articolo 43, comma 6, lettera g), punto VI, il medico RUAP predispone le certificazioni necessarie alla programmazione delle UVM e partecipa effettivamente alla équipe della UVM per l'attivazione dei servizi e la costruzione del progetto di vita del paziente.

Art. 28 – Specifiche tutele del medico RUAP per genitorialità e accudimento

1. Nei casi descritti al precedente art. 16, co. 1 e co. 2, le Aziende USL si impegnano inoltre ad agevolare i medici RUAP, per i periodi in cui non si decide di optare per la sospensione dell'attività oraria di cui all'art. 38 ACN, mettendo in atto condizioni quali a titolo esemplificativo:
 - a) svolgimento delle attività correlate alla continuità dell'assistenza con modalità di reperibilità domiciliare, da concordare a livello di AAA, eventualmente anche con progetti in cui si favorisce l'utilizzo della telemedicina;
 - b) l'autolimitazione delle attività a ciclo di scelta in misura non inferiore al rapporto ottimale di cui all'ACN vigente;
 - c) la possibilità di limitare il massimale orario, su richiesta del medico RUAP, come segue:
 - I. dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti fino a 24 ore;
 - II. da 401 a 1000 assistiti fino a 12 ore;
 - III. da 1001 a 1200 assistiti fino a 6 ore;
 - IV. nessun debito orario è dovuto oltre le 1200 scelte.
2. Nei casi di cui al comma precedente, i medici RUAP già autolimitati ai sensi dei previgenti AA.CC.NN. possono richiedere che non sia applicato al massimale autolimitato il 20% delle scelte di cui all'art. 38, co. 3 dell'ACN.
3. Oltre alla possibilità di essere ricollocati in funzioni proprie del ruolo, che siano coerenti con la valutazione dei rischi dell'attività svolta, si prevede anche la possibilità di ricollocamento dei medici RUAP a rapporto orario in attività organizzative a supporto dell'assistenza primaria, del referente di AFT e della U.O. delle Cure Primarie.

Art. 29 – Assistenza medica nelle strutture residenziali accreditate

1. Il percorso regionale di accreditamento dei servizi socio-sanitari disciplina i criteri, i requisiti, gli ambiti di applicazione con l'obiettivo di promuovere la qualità del sistema integrato dei servizi e di garantire la trasparenza dei soggetti gestori, la tutela del lavoro e la qualità sociale e professionale dei servizi e delle prestazioni erogate.
2. Le residenze protette e per la collettività di cui al presente accordo sono rappresentate dalle Case Residenza per Anziani Non Autosufficienti (di seguito CRA), dai Centri Socio Riabilitativi Residenziali (di seguito CSRR) e dai Nuclei residenziali dedicati alle persone con gravissima disabilità acquisita nell'ambito dei contratti di servizio stipulati tra AUSL, Ente Locale e gestore.
3. Il requisito specifico per l'accreditamento di una CRA prevede quale standard di assistenza: un medico con presenza programmata da un minimo di 5 ore settimanali a un massimo di 15 ore ogni 25 anziani in relazione alle condizioni e necessità sanitarie degli ospiti.
4. Per quanto riguarda invece gli inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR n. 2068/2004 in strutture residenziali per anziani e disabili, deve essere garantita la presenza quotidiana di personale medico su 5 giorni feriali, con un parametro aggiuntivo rispetto a quanto previsto per gli altri ospiti, di 1 ora settimanale per ogni persona con grave disabilità acquisita.
5. Per le strutture e i Nuclei residenziali dedicati alle persone con gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR n. 2068/2004 deve essere garantita la presenza quotidiana di personale medico (di norma medico RUAP) in un rapporto di 5 ore settimanali ogni 5 ospiti, su 5 giorni feriali; mentre, in caso di nuclei con più di 10 ospiti, in rapporto di 3 ore aggiuntive ogni 5 ospiti superiori ai 10. Nel caso in cui il medico non possieda un'esperienza consolidata nel campo, dovrà essere adeguatamente formato attraverso percorsi formativi accreditati ECM concordati in ambito aziendale.
6. L'assistenza medica nelle CRA accreditate è garantita di norma dai medici RUAP, intesi come tutti gli incaricati già al 31.12.2024 e dal 01.01.2025, nell'ambito dell'attività a ciclo di scelta oppure, in subordine, nell'ambito dell'attività a rapporto orario.
7. Fermo restando quanto definito dai requisiti specifici di accreditamento, l'AUSL di riferimento territoriale, in accordo con il soggetto gestore, per ciascun incarico di assistenza primaria definisce il numero di incarichi e di ore necessario a garantire gli standard assistenziali. Le ore di attività di diagnosi e cura, nella misura prevista dai requisiti del sistema di accreditamento socio-sanitario, concorrono ad assolvere il debito orario del medico RUAP, previa valutazione del fabbisogno assistenziale della AFT di appartenenza.
8. In caso di necessità l'AUSL, mediante le consuete modalità di comunicazione (albo online), rende noto un avviso per il conferimento degli incarichi di assistenza nelle strutture residenziali sopra indicate sia per anziani che per disabili.

Art. 30 – Requisiti e criteri per il conferimento degli incarichi

1. Gli aspiranti al conferimento di un incarico di assistenza primaria in struttura residenziale accreditata devono essere iscritti nell'elenco dei titolari di incarichi RUAP a tempo indeterminato o temporaneo nell'ambito dell'Azienda USL.

2. Gli incarichi sono conferiti ai medici RUAP sulla base di una graduatoria predisposta dall'Azienda USL secondo le seguenti priorità:
 - I. medici RUAP convenzionati nell'ambito della AFT dove è ubicata la struttura;
 - II. medici RUAP convenzionati nell'ambito distrettuale dove è ubicata la struttura;
 - III. medici RUAP convenzionati nell'Azienda USL dove è ubicata la struttura.
3. Criteri per la graduazione:
 - I. pregressa esperienza presso strutture residenziali per non autosufficienti accreditate: 0,5 punti anno fino ad un massimo di 6 punti;
 - II. anzianità di convenzionamento: 0,5 punti anno fino ad un massimo di 6 punti.
4. Titoli:
 - I. attestato di formazione specifica in medicina generale: 4 punti;
 - II. specializzazione in geriatria, medicina interna o specialità equipollenti: 3 punti;
 - III. altre specializzazioni di area medica: 2 punti;
 - IV. master di II livello in ambito di assistenza geriatrica: 0,5 punti.
5. I titoli sono valutati complessivamente fino ad un massimo di 6 punti. Il punteggio complessivo massimo è pari a 12 punti.
6. In caso di parità di punteggio, precede il medico RUAP con minor numero di scelte.

Art. 31 – Tipologia di attività di assistenza primaria nelle strutture residenziali accreditate

1. I medici a cui viene conferito l'incarico di assistenza primaria nelle strutture residenziali accreditate garantiscono le seguenti attività:
 - a) assumere il governo complessivo in ordine alla tutela della salute degli ospiti, che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
 - b) assicurare l'attività medica di diagnosi e cura all'interno della struttura residenziale con un numero di accessi settimanali adeguato alle condizioni e necessità sanitarie degli ospiti;
 - c) assicurare le visite richieste in via d'urgenza per prestazioni indifferibili tra le 8:00 e le 20:00 nei giorni feriali secondo le norme convenzionali, anche al di fuori degli accessi previsti; qualora l'ente gestore richieda prestazioni non differibili in favore di ospiti non in carico al medico RUAP di struttura, le visite sono retribuite dall'ente gestore secondo la tariffa della visita occasionale domiciliare;
 - d) porre attenzione a qualsiasi segnale che potrebbe celare abuso o maltrattamento dell'ospite;
 - e) assicurare il raccordo con il Dipartimento di Sanità Pubblica per i provvedimenti da adottare nella gestione di ospiti con sospetta patologia infettiva e dei loro contatti, garantendo, in caso di positività, la sorveglianza clinica a tutti i casi che non necessitano di ospedalizzazione e verificando che sia monitorata nel tempo l'evoluzione del quadro clinico;
 - f) assicurare il raccordo con i presidi ospedalieri in caso di ricovero dell'ospite e per le prestazioni ambulatoriali specialistiche, anche collaborando mediante teleconsulto;

- g) partecipare agli incontri di programmazione e coordinamento con gli altri operatori della struttura residenziale al fine di assicurare la valutazione multidimensionale dell'ospite, programmare, attuare e verificare periodicamente i PAI con l'équipe multi-professionale;
- h) partecipare alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza agli ospiti, nell'ambito dei programmi promossi annualmente dall'AUSL;
- i) partecipare agli incontri periodici per la verifica dei programmi di attività dell'intera struttura di norma semestrali all'interno dell'orario di permanenza nella struttura;
- j) partecipare all'attività di informazione, formazione e consulenza nei confronti dei familiari degli ospiti con orari dichiarati e anche su appuntamento;
- k) provvedere, per ciascuno degli ospiti, alla tenuta ed aggiornamento, per la parte di competenza, di una cartella socio-sanitaria individuale informatizzata, orientata per problemi, concordata a livello aziendale, da cui risultino comunque gli elementi necessari alla classificazione annuale degli ospiti secondo le indicazioni regionali in materia;
- l) garantire la riconciliazione farmacologica;
- m) redigere le eventuali certificazioni concernenti l'esercizio dell'attività di assistenza primaria, a norma convenzionale, comprensivo della constatazione del decesso e della scheda ISTAT;
- n) collaborare al monitoraggio della qualità dell'assistenza nella struttura presso la quale è stato conferito l'incarico secondo quanto previsto dai criteri e dai requisiti in materia di accreditamento.

Art. 32 – Iscrizione dell'ospite in struttura residenziale accreditata negli elenchi del medico del ruolo unico di assistenza primaria

1. Alla persona non autosufficiente definitivamente ospitata nelle strutture residenziali viene revocata la scelta del medico RUAP di fiducia e trasferita al medico di struttura incaricato quando si tratta di un medico RUAP, salvo diversa volontà espressa dall'interessato all'atto dell'ammissione.
2. In caso di ricovero temporaneo in residenza, al medico RUAP che ha in carico l'assistito viene mantenuta la scelta, al fine di assicurare il necessario collegamento per un adeguato rientro dell'ospite al proprio domicilio.
3. Per le persone stabilmente ospitate in residenza accreditata su posti non previsti nel contratto di servizio non si opera l'automatica revoca della scelta nei confronti del medico RUAP di fiducia.

Art. 33 – Verifica delle attività del medico RUAP nelle strutture residenziali accreditate

1. Le attività realizzate dal medico RUAP nelle strutture residenziali accreditate sono verificate dal Direttore di Distretto in ragione della sua funzione di committenza e controllo. Tale verifica riguarda tutti i medici RUAP incaricati anche anteriormente alla data del presente accordo ed è effettuata ogni 3 anni (dalla data di incarico) dall'Azienda USL che, se del caso, adotta le necessarie modifiche, con riferimento al perseguimento degli obiettivi sotto indicati.

2. Per quanto riguarda gli obiettivi clinici, la verifica delle attività è la medesima di quella dei medici RUAP prevista dal presente accordo e, inoltre, date le caratteristiche dell'incarico di diagnosi e cura, è valutata anche l'ottemperanza dei parametri previsti dall'accreditamento, quali, ad esempio: il rispetto degli orari di presenza in struttura, la partecipazione alla équipe per i PAI e ai colloqui con i familiari degli ospiti.

Art. 34 – Diagnostica di I° Livello e Telemedicina

1. Nelle more dell'attuazione del DM 29 luglio 2022 e considerato quanto in esso previsto dall'art. 3, co. 3, le parti concordano di rinviare la trattativa del presente argomento ad apposito Tavolo di confronto della Delegazione regionale i cui accordi confluiscono in un Addendum all'AIR e sono parte integrante e sostanziale dell'AIR stesso. Le parti si impegnano a raggiungere l'accordo entro mesi 6 dalla sottoscrizione del presente AIR.

Art. 35 – Assistenza medica negli Ospedali di Comunità

1. Ai sensi del DM n. 77/2022 e della DGR n. 221/2015, la gestione e l'attività negli Ospedali di Comunità (OSCO) sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.
2. L'assistenza medica è assicurata di norma dai medici RUAP, nel turno diurno (8-20) per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7, mentre nel turno notturno (20-8), diurno festivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita di norma dai medici RUAP ad attività oraria, come definito da specifici accordi locali.
3. In fase di accesso e di dimissione presso gli OSCO il medico e l'infermiere Case Manager effettuano la valutazione multidimensionale per individuare gli obiettivi assistenziali e terapeutici conseguibili, il tempo previsto per il raggiungimento dei risultati attesi e il team per la costruzione del PAI.
4. I medici incaricati si rendono disponibili, al di fuori della presenza presso la struttura, ad essere contattabili (anche con modalità di telemedicina) per la gestione di eventi clinici non differibili e per le ammissioni presso la medesima struttura. Qualora sia richiesto, sempre al di fuori degli orari di presenza, l'intervento del medico presso la struttura viene riconosciuto un compenso forfettario aggiuntivo rispetto alla quota oraria.

Art. 36 – Assistenza ai turisti

1. La Regione individua annualmente le località a forte afflusso turistico, nelle quali risulti necessario organizzare un servizio di assistenza sanitaria destinato alle persone non residenti (art. 46, co. 1 dell'ACN). Ciò consente di attivare ambulatori di assistenza primaria diffusi, integrativi di quelli già presenti nella/e AFT locale/i, e di garantire attività domiciliare diurna.
2. Tale fabbisogno stagionale, aggiuntivo rispetto alla programmazione ordinaria delle AFT, è volto a rafforzare la rete di offerta delle cure primarie e a supportare l'attività dei medici RUAP operanti nei territori interessati.

3. L'attività di assistenza turistica estiva è rivolta, nel periodo definito da ciascuna Azienda, a turisti italiani e stranieri e a lavoratori stagionali.
4. Le Aziende nel cui territorio si trovano le località ad alto impatto turistico, organizzano il servizio di assistenza ai turisti utilizzando, in via prioritaria e su base volontaria, tutti medici RUAP nell'ambito della loro attività a ciclo di scelta, garantendo in tal modo l'assistenza turistica all'interno delle AFT.
5. Le prestazioni rese dai suddetti medici RUAP nell'ambito dell'attività di assistenza turistica sono compensate direttamente dall'utente, a fronte di rilascio di ricevuta fiscale da parte del professionista.
6. Le tariffe onnicomprensive, previste dall'art. 46, co. 3 dell'ACN, per tale attività sono:
 - I. visita ambulatoriale: 25,00€;
 - II. visita domiciliare: 40,00€.
7. Nessun altro emolumento si intende dovuto dall'Azienda USL organizzatrice del Servizio.
8. Qualora si renda necessario reperire ulteriori risorse per garantire l'operatività del Servizio possono essere interpellati, in ordine di priorità, ed utilizzati con adesione su base volontaria:
 - a) i medici RUAP ad attività oraria (incaricati fino al 31.12.2024);
 - b) i medici RUAP (incaricati dal 01.01.2025) utilizzandone l'attività in quota oraria.
9. Laddove le adesioni dei medici RUAP aziendali, sia nell'ambito dell'attività a ciclo di scelta che nell'ambito dell'attività a quota oraria non siano sufficienti per far fronte al fabbisogno assistenziale individuato dall'AUSL per garantire l'attività di assistenza ai turisti, sia ambulatoriale, che domiciliare, le Aziende USL potranno procedere al reclutamento di ulteriori medici, mediante apposite graduatorie aziendali, conferendo incarichi RUAP ad attività oraria a tempo determinato.
10. L'attività a quota oraria di cui sopra è retribuita con compenso orario onnicomprensivo pari a 25,36€.
11. Ulteriori modalità di erogazione dell'assistenza in situazioni caratterizzate da peculiarità oro-geografiche e sociali potranno essere definite nell'ambito degli accordi attuativi aziendali.

Art. 37 – Visite occasionali

1. I medici RUAP nell'ambito dell'attività a ciclo di scelta prestano la propria opera anche a favore di cittadini, che trovandosi occasionalmente al di fuori della AFT di riferimento, ricorrano ad essi (art. 46, co. 2 dell'ACN), per tali prestazioni si applicano le tariffe previste dall'art. 46, co. 3 ACN.
2. L'attività di cui al comma precedente, prestata dai medici in attività oraria è erogata gratuitamente ai cittadini assistiti nell'ambito regionale. Le prestazioni erogate ai cittadini non assistiti nell'area distrettuale di appartenenza della sede di servizio sono notulate all'azienda secondo i compensi stabiliti in ACN.
3. Le visite ambulatoriali erogate nell'ambito dell'attività dell'ambulatorio di AFT a favore di cittadini non assistiti in Emilia-Romagna sono compensate direttamente dall'assistito con le tariffe previste dall' art. 46, co. 3 ACN.

4. Ai medici RUAP a ciclo di scelta che effettuino visite a favore di cittadini stranieri temporaneamente soggiornanti in Italia, in possesso di idonea documentazione comprovante il diritto all'assistenza a carico del Servizio Sanitario Nazionale, spettano i medesimi compensi di cui sopra, per visita ambulatoriale e/o domiciliare. In tal caso, il cittadino straniero non paga alcuna prestazione, il medico trasmette notula alla propria AUSL, riportando gli estremi del documento, le generalità dell'assistito e la tipologia della prestazione erogata (art. 46, co. 5 dell'ACN).
5. Le Aziende USL possono, in relazione alle esigenze organizzative del territorio e alla struttura dei servizi già attivi, definire modalità aggiuntive di erogazione e di remunerazione delle visite occasionali e in assistenza turistica previste dal presente paragrafo, nonché introdurre eventuali ulteriori prestazioni.
6. Per le prestazioni oggetto del presente provvedimento, il medico è tenuto a utilizzare la ricetta del SSN, indicando la residenza del paziente, secondo le disposizioni vigenti (art. 46, co. 7 dell'ACN).

Art. 38 – Organizzazione della continuità dell'assistenza

1. L'ACN vigente e il DM n. 77/2022 ampliano il concetto di servizio di continuità assistenziale organizzato in turni notturni e diurni festivi per assicurare le prestazioni assistenziali non differibili ai cittadini, per passare ad una concezione più ampia di continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana (anche in orario diurno e feriale), realizzando così pienamente il dettato dell'art. 5 del DPCM 12/01/2017.
2. L'ACN prevede che, su base distrettuale, sia inoltre favorita l'integrazione organizzativa e professionale dei servizi territoriali e l'accesso del cittadino attraverso il coordinamento dell'attività dei medici del ruolo unico da svolgersi presso le sedi delle AFT e UCCP, le Case della Comunità hub e spoke, gli Ospedali di Comunità nonché presso gli ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria, concorrendo in questo modo all'incremento della capacità e della qualità di tutto il sistema.
3. La continuità dell'assistenza nei confronti di tutta la popolazione, inclusa quella in età pediatrica e quella istituzionalizzata presso le strutture residenziali e semiresidenziali per le prestazioni richieste, è organizzata dalle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, secondo quanto disposto dall'art. 44 dell'ACN e in linea con le disposizioni del D.M. n. 77/22, in attuazione della programmazione regionale secondo un modello organizzativo che prevede:
 - a) attivazione della Centrale Operativa Numero Europeo Armonizzato 116117 per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti e indifferibili, in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. 459/2024;
 - b) attivazione di ambulatorio di continuità dell'assistenza gestito da medici del ruolo unico di assistenza primaria integrati, ove necessario, con personale infermieristico, anche in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. 1206/2023;
 - c) organizzazione della continuità dell'assistenza in orario diurno e con ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con i modelli organizzativi previsti dal presente Accordo per la copertura h24, secondo protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118 (articolo 44, comma 4, lettera c).

Art. 39 – Fase di transizione, revisione e ottimizzazione dei modelli di assistenza territoriale

1. Si pone la necessità di integrare i modelli in atto con i nuovi modelli organizzativi a favore dello sviluppo di risposte innovative ai bisogni assistenziali, funzionali e integrate nell'ambito delle AFT e UCCP e in coerenza con le indicazioni del DM n. 77/2022, al fine di garantire l'erogazione di prestazioni assistenziali non differibili rivolte a tutta la popolazione, 7 giorni su 7.
2. Tra le azioni necessarie da parte delle Aziende per arrivare alla piena attuazione di questo modello, vi è quella di una progressiva ottimizzazione delle attuali sedi di Continuità Assistenziale, secondo criteri condivisi anche in Comitato aziendale e basati, tra gli altri, su criteri di distanze e viabilità distrettuali ed eventualmente sovradistrettuali al fine anche di garantire l'assistenza medica h24 nelle CdC hub prevista dagli standard del DM n. 77/2022, tenendo conto della tutela di eventuali specifiche esigenze in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche e di densità abitativa del territorio.
3. In casi eccezionali, contingenti, i medici RUAP a ciclo di scelta, che non hanno optato per il passaggio al ruolo unico, comunicano all'AUSL la disponibilità a svolgere attività oraria rivolta a tutta la popolazione (per esempio: CAU, ambulatori di AFT). In tali casi, l'AUSL può valutare la necessità di ricorrere alla loro disponibilità per garantire la continuità dell'assistenza.
4. Ai fini della completa attuazione della risposta delle AFT ai fabbisogni della popolazione, si prevede una fase di transizione in cui è necessaria la revisione e l'ottimizzazione dei modelli di assistenza territoriale attuali in cui sia l'attività dei medici a ciclo di scelta, che l'attività oraria svolta presso le sedi di CA e presso gli ambulatori urgenze minori (di seguito CAU) siano integrati con le attività delle AFT.
5. Si prevede l'evoluzione degli attuali CAU come segue:
 - I. i CAU già attivi presso una CdC hub o spoke, a cui afferiscono e partecipano i medici delle AFT, sono di fatto *"ambulatori di AFT della medicina generale"* che si integrano con i percorsi assistenziali di tutti i professionisti che le compongono. Tali ambulatori per prestazioni cliniche indifferibili sono accessibili, di norma previo accesso mediato e sono accessibili a tutti i pazienti ai sensi degli standard del DM n. 77/2022 e mantengono i requisiti organizzativi, strutturali e di formazione analoghi a quelli previsti per i CAU dalla deliberazione n. 1206/2023. Tali sedi possono assolvere alle funzioni di sedi di AFT in coerenza con l'Atto di programmazione regionale (DGR n. 682/2025). L'attività in essi svolta rientra prioritariamente nei compiti dei medici RUAP, la cui remunerazione è definita al punto "Trattamento economico dei RUAP operanti nelle CdC". L'attività può essere svolta dai medici RUAP a rapporto orario o, in subordine, a ciclo di scelta, su base volontaria, con le medesime modalità di remunerazione previste per i RUAP;
 - II. i CAU collocati presso strutture diverse dalla CdC hub e spoke, ma comunque afferenti al Dipartimento di Cure Primarie esclusi quelli collocati presso i DEA, sono di fatto *"ambulatori di AFT della medicina generale"* che si integrano con i percorsi assistenziali di tutti i professionisti che le compongono. Tali ambulatori mantengono i requisiti organizzativi, strutturali e di formazione analoghi a quelli previsti per i CAU dalla deliberazione n. 1206/2023. Tali sedi possono assolvere alle funzioni di sedi di AFT o funzioni distrettuali in coerenza con l'Atto di programmazione regionale (DGR

- n. 682/2025). L'attività in essi svolta rientra prioritariamente nei compiti dei medici RUAP, la cui remunerazione è definita al punto "Trattamento economico dei RUAP operanti nelle CdC". L'attività può essere svolta dai medici RUAP a rapporto orario o, in subordine, a ciclo di scelta, su base volontaria, con le medesime modalità di remunerazione previste per i RUAP;
- III. nelle more della piena attuazione della rete ambulatoriale delle AFT e dell'implementazione del NUE 116117, i CAU collocati presso i DEA rimangono operativi e contribuiscono a garantire percorsi diagnostico terapeutici per la presa in carico di condizioni urgenti non differibili secondo protocolli condivisi nell'ambito delle AFT.

Art. 40 – Nuove forme organizzative dei medici a ruolo unico di assistenza primaria - Équipe AFT

1. Dalla data di istituzione delle AFT, cessa la possibilità per le Aziende USL di riconoscere formalmente l'attivazione di nuove forme associative di gruppo e rete di cui all'art. 54 dell'ACN 2005. Inoltre, dalla medesima data, non è più possibile autorizzare l'ingresso di medici RUAP nelle medesime forme associative, fatta salva la possibilità per i medici aderenti a una medicina di gruppo di chiedere il trasferimento ad altra medicina di gruppo. I medici RUAP, che già aderiscono alle forme associative di gruppo e rete, sono tenuti a garantire i medesimi standard previsti dall'art. 54 dell'ACN 2005 sopra richiamato.
2. Tenuto conto del ruolo fondamentale che le medicine di gruppo hanno avuto nel potenziamento dell'assistenza territoriale, la Regione, nell'ambito del nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale, ritiene opportuno supportare modalità di erogazione dell'assistenza caratterizzate dalla presenza di più medici in una stessa sede di lavoro, con coordinamento degli orari di apertura degli studi finalizzato a garantire una maggior accessibilità ed una estesa continuità dell'assistenza, nonché con la disponibilità di personale di studio e infermieristico ed eventuale disponibilità di strumentazione diagnostica di base.
3. A tal fine tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria possono chiedere alle AUSL di costituire ed essere inseriti nelle nuove forme organizzative denominate "Équipe di AFT", la cui sede deve essere preferibilmente istituita presso le Case della Comunità hub e spoke, ovvero in altre sedi individuate dalla Équipe di AFT. Le Aziende USL valutano le richieste pervenute, ed eventualmente le autorizzano, in rapporto a criteri di opportunità rispetto al servizio e di sostenibilità economica. Le Équipe di AFT previste dal presente AIR devono soddisfare i requisiti di seguito definiti:
 - I. individuazione di una sede unica di équipe facilmente identificabile, ferma restando la necessità per l'AUSL di salvaguardare la presenza, nel medesimo ambito territoriale, di studi di prossimità in particolare nelle aree a bassa densità abitativa per garantire l'assistenza secondo quanto previsto dall'art. 32, co. 6 dell'ACN, ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'Équipe di AFT;
 - II. fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla Équipe di AFT si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma organizzativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;

- III. non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito di AFT;
 - IV. l'utilizzo, per l'attività assistenziale, di dotazioni tecnologiche diagnostiche e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;
 - V. l'impiego da parte di tutti i componenti dell'équipe di personale di segreteria e infermieristico comune, secondo un accordo interno;
 - VI. la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico, collegamento in rete dei vari supporti con sistemi interoperabili e la condivisione delle informazioni sanitarie contenute nella scheda medesima;
 - VII. fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 35 dell'ACN, gli orari di attività dei singoli medici devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso, anche senza prenotazione, presso la sede dell'Équipe di AFT per almeno 10 ore giornaliere, dal lunedì al venerdì, estendibili a 12 ore su richiesta dei medici RUAP componenti la Équipe di AFT;
 - VIII. qualora la sede dell'Équipe di AFT sia collocata presso una CdC hub o spoke e l'Équipe garantisca una copertura oraria di 12 ore, l'attività ambulatoriale, previa valutazione in sede di Comitato aziendale, in coerenza con la programmazione aziendale e tenuto conto delle caratteristiche orogeografiche e dei servizi presenti, può essere accessibile oltre ai cittadini afferenti a quella AFT a chiunque ne abbia necessità per prestazioni cliniche indifferibili e concorre alla garanzia della presenza medica di cui all'art. 29, co. 6 dell'ACN 2024 e al DM n. 77/2022;
 - IX. la chiusura pomeridiana di uno degli studi della Équipe di AFT non prima delle ore 19:00, in caso di apertura h10 della sede di Équipe di AFT, e non prima delle ore 20:00, in caso di apertura h12 della sede di Équipe di AFT;
 - X. comunicazione agli assistiti e all'AUSL, da parte dei medici aderenti, degli orari di apertura, delle modalità di accesso, con particolare riguardo all'organizzazione e contattabilità dell'Équipe di AFT.
- 4. Le forme associative già attive ai sensi dell'ACN 2005 possono chiedere la conversione in Équipe di AFT, fermo restando l'obbligo di soddisfare i requisiti definiti per le Équipe di AFT.
 - 5. I medici componenti delle Équipe di AFT perseguono gli obiettivi e svolgono i compiti assegnati alla AFT di riferimento.
 - 6. Le Équipe di AFT possono utilizzare sistemi di comunicazione informatica predisposti per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda.
 - 7. Le sedi delle Équipe di AFT possono coincidere con la sede di AFT di riferimento.
 - 8. Si specifica che l'adesione alla Équipe di AFT non comporta il completamento orario prevista ai sensi dell'art. 31 dell'ACN.
 - 9. L'Équipe di AFT può avvalersi di società di servizio, anche cooperative nella fornitura dei fattori produttivi per il personale e per la sede come previsto dall'art. 29, co. 5 dell'ACN.

Art. 41 – Requisiti degli studi medici

1. Nel caso in cui lo studio del medico RUAP sia ubicato presso le strutture adibite ad altre attività non mediche oppure attività sanitarie soggette ad autorizzazione, i requisiti di cui all'art. 35, co. 4 dell'ACN sono derogati, per consentire una maggiore equità di accesso alle attività assistenziali garantite dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.
2. In linea con quanto previsto dal DM n. 77/2022, agli studi medici ubicati presso le CdC non si applicano le limitazioni previste dell'art. 35, co. 4 dell'ACN.
3. La sede dello studio medico può essere utilizzata per la presa in carico e gestione dei casi complessi anche in collaborazione con le équipe multiprofessionali.
4. L'eventuale attività libero professionale svolta dal medico RUAP non può in alcun modo entrare in conflitto di interessi con le attività previste dagli accordi integrativi nazionali, regionali e locali, in particolare con le attività rivolte alla continuità dell'assistenza all'interno della AFT e quelle rivolte alla presa in carico delle patologie croniche.
5. Si prevede la possibilità di erogare prestazioni medico-specialistiche rientranti nel novero dell'offerta del servizio sanitario pubblico negli studi medici dotati dei requisiti strutturali di autorizzazione al funzionamento per l'erogazione di attività ambulatoriale, in base alle necessità del rispettivo ambito territoriale aziendale. Si rimanda agli Accordi Attuativi Locali l'organizzazione e le modalità di riconoscimento anche economico di tali attività.
6. Al fine di potenziare l'assistenza territoriale convenzionata le parti concordano di rimandare ad appositi confronti in sede di gruppo tecnico la valutazione se inserire nella programmazione regionale la possibilità di utilizzare gli studi medici per: attività di alfabetizzazione sanitaria/family learning e di promozione della salute, ambulatori dedicati per specifiche patologie/diagnostica di primo livello e percorsi di ricognizione e riconciliazione terapeutica, attività di prevenzione primaria e secondaria.

Art. 42 – Modalità di contattabilità del medico RUAP con attività a ciclo di scelta

1. Il medico RUAP a ciclo di scelta deve dotarsi di un sistema di ricezione delle chiamate al quale possa essere raggiungibile.
2. Per qualsiasi comunicazione di carattere formale da parte del medico e, viceversa, da parte dell'Azienda USL, dovrà essere utilizzato o l'indirizzo di posta elettronica con dominio di Progetto SOLE o altro indirizzo di posta elettronica con dominio fornito dall'AUSL. Qualora sia necessario inviare dati personali e/o sensibili, deve essere utilizzata la posta elettronica certificata (di seguito PEC).
3. Al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio, come previsto all'art. 35, co. 7 dell'ACN, il medico è contattabile indirettamente tramite il personale di studio e/o segreteria telefonica.
4. Gli orari di contattabilità comunicati alle AUSL devono essere pubblicati sui siti delle stesse. Il medico RUAP, nell'ambito della propria attività a ciclo di scelta, mette a disposizione dei propri assistiti il telefono fisso e/o mobile al quale è contattabile, direttamente negli orari di studio in fasce orarie prefissate od anche indirettamente tramite il/la segretario/a il personale di studio e/o la segreteria telefonica. Tali modalità dovranno essere comunicate anticipatamente agli assistiti in modo chiaro, affisse negli

studi e rese pubbliche. Le modalità di ricezione dei contatti durante gli orari di apertura dello studio medico saranno definite dal singolo medico e potranno essere filtrate dal personale di studio. La contattabilità del medico RUAP, nell'attività a ciclo di scelta, da parte dell'assistito, nell'ambito della fascia oraria diurna feriali, al di fuori dall'orario di apertura dello studio medico deve essere garantita dall'AFT secondo il proprio modello organizzativo.

5. Per garantire la continuità dell'assistenza della AFT, h12, 7/7 giorni, i medici di Équipe di AFT devono dotarsi di una Carta dei servizi in cui vengano esplicitati canali di contatto, le modalità di gestione urgenze e delle visite programmabili, sia domiciliari che ambulatoriali. Inoltre, i medici di Équipe di AFT devono dotarsi di un numero dedicato al sistema delle centrali aziendali esistenti e, a regime, con il NEA 116117 per il pronto trasferimento di chiamata e la gestione, in giornata, del paziente per le prestazioni assistenziali non differibili.

Art. 43 – Assistenza primaria nelle aree disagiate o disagiatissime

1. Nelle zone individuate dalle AUSL come disagiate o disagiatissime, le richieste dei medici RUAP di costituire un'Équipe di AFT sono valutate dalle Aziende stesse e autorizzate in rapporto a criteri di opportunità rispetto al servizio e di sostenibilità economica. Le AUSL valutano tale opportunità in ordine alla garanzia di equità di offerta e di assistenza nelle aree di cui al presente capitolo. In tali aree, le Équipe di AFT devono garantire la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico, collegamento in rete dei vari supporti con sistemi interoperabili e la condivisione delle informazioni sanitarie contenute nella scheda medesima.
2. Nelle zone disagiate o disagiatissime, inoltre, il requisito delle Équipe di AFT di avere un'unica sede è modulato in relazione alle caratteristiche dell'offerta complessiva e alla necessità di prevedere un unico sistema di contattabilità sempre accessibile per mettere in contatto gli/le utenti con il medico RUAP.
3. Per lo svolgimento dell'attività nelle zone individuate dalle AUSL come disagiate o disagiatissime il compenso aggiuntivo è il seguente:
 - I. 5 euro/assistito/anno per le zone disagiate;
 - II. 7 euro/assistito/anno per le zone disagiatissime.
4. Resta inteso che le Ausl possono tenere conto di ulteriori specificità territoriali per la formulazione di progetti a supporto della assistenza primaria in queste aree.
5. Vengono considerate zone disagiate e disagiatissime anche le sedi di riferimento per l'attività di continuità dell'assistenza negli ambiti territoriali già riconosciuti tali per l'assistenza primaria.
6. Ai medici RUAP operanti in quota oraria in questi ambiti, nel limite dello stanziamento annuale ripartito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma individuato all'art. 1, co. 274 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 e ss.mm.ii., è riconosciuto, per ogni ora di attività, in aggiunta alla quota oraria di 24,25 €, negoziata a livello nazionale e alla quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari a 0,26 € per ciascuna ora di incarico, un compenso aggiuntivo di 13,62 € per ciascuna ora di incarico svolta per le attività previste dal presente AIR.

7. Si rinvia alla trattativa locale la definizione degli incentivi da riconoscere ai medici che garantiscono il turno in tale contesto. Il riconoscimento economico non potrà, in ogni caso, superare quanto previsto per la copertura del turno in quella sede.
8. In sede locale, a fronte di contingenti situazioni di maggiore impegno prestazionale, l'Azienda può valutare di favorire la prossimità anche mediante il mantenimento dell'apertura di ambulatori satelliti integrati con la AFT di riferimento e servizi di telemedicina.

Art. 44 – Rapporto ottimale e carenza assistenziale

1. L'assetto organizzativo dell'assistenza primaria e l'attuazione del ruolo unico implicano l'individuazione di eventuali nuovi parametri e un eventuale diverso criterio di determinazione del rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio e abitanti residenti, da definire coerentemente con i modelli organizzativi adottati. In tale contesto possono essere indicati, 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.
2. Si prevede l'applicazione del parametro di un medico ogni 1.200 residenti o frazione di 1.200 superiore al 50%, calcolato secondo quanto previsto dall'Allegato 7 dell'ACN, con un correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5.000 residenti.
3. Si definisce che la popolazione residente da utilizzare per l'applicazione del parametro ottimale è quella di età superiore a 14 anni, mentre quella da utilizzare per il correttivo aggiuntivo è la popolazione residente totale per ogni AFT, al netto delle scelte effettuate al di fuori dell'ambito ovvero all'interno dello stesso.
4. Le Aziende USL - sulla base di una valutazione condivisa in sede di Comitato aziendale – possono determinare una diminuzione del rapporto ottimale in particolari ambiti territoriali (zone disagiate, a popolazione sparsa, con peculiari caratteristiche del territorio), o in altre particolari situazioni locali, quali:
 - I. diverso impegno professionale relativo agli assistibili appartenenti alle varie classi di età;
 - II. peculiarità geografiche del territorio e densità abitativa;
 - III. presidi sanitari pubblici operanti nel territorio;
 - IV. incidenza di patologie croniche e disabilità.
5. In ogni caso, il rapporto ottimale non può essere inferiore a 1/1.000 e la frazione che determina la zona carente deve essere superiore a 500.
6. La AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale a scelta e su base oraria, e per il calcolo per l'applicazione del rapporto ottimale.
7. Il parametro indicativo per stabilire il fabbisogno assistenziale orario settimanale, per ciascuna AFT, ai fini di assicurare la continuità dell'assistenza, comprensiva della contattabilità, di norma, è pari a 108 ore/sett. (notturne, sabato e festivi) più 60 ore/sett. diurni feriali. Tale fabbisogno contribuisce alla copertura oraria all'interno del modello organizzativo delineato dall'art. 38 del presente AIR.

Art. 45 – Modalità per la determinazione delle carenze assistenziali

1. A far data dalla istituzione delle AFT, l'ambito per la determinazione degli incarichi vacanti di norma coincide con l'AFT e l'articolazione organizzativa delle Aziende USL può prevedere che alcuni servizi di assistenza primaria abbiano un'afferenza sovra-AFT e/o sovra-distrettuale.
2. Al fine di uniformare l'applicazione delle disposizioni di carattere convenzionale per la determinazione degli incarichi vacanti in tutto il territorio regionale, si precisano le seguenti fasi:
 - I. Le AUSL calcolano le carenze per i medici RUAP a ciclo di scelta, a livello di AFT, come segue:
 - popolazione residente di età superiore ai 14 anni;
 - detratti il numero dei residenti che hanno scelto medico in altra AFT;
 - aggiunto il numero dei residenti di altre AFT che hanno scelto medico nella AFT.

Il risultato viene diviso per 1.200 e il valore così ottenuto è confrontato con medici titolari di incarico a tempo indeterminato e temporaneo attivi nella AFT;

- II. le AUSL calcolano le carenze per i medici RUAP a rapporto orario, a livello di AFT, come segue:
 - il numero dei residenti nella AFT viene diviso per 5.000 e il valore così ottenuto confrontato con medici titolari di incarico a tempo indeterminato e temporaneo attivi nella AFT.

La somma dei risultati di cui ai punti I) e II) fornisce la carenza assistenziale nella AFT;

- III. le AUSL deliberano o determinano con atto formale la carenza assistenziale;
- IV. ai sensi dell'art. 32, co. 8 dell'ACN, le AUSL interpellano, per il passaggio a ruolo unico i seguenti medici:
 - titolari di doppio incarico compatibile di medico RUAP a ciclo di scelta e a rapporto orario su ambiti di Aziende USL diverse (art. 31, co. 3 dell'ACN). La domanda è presentata all'AUSL dove il medico svolge attività a ciclo di scelta;
 - medici già titolari di incarico a tempo indeterminato o temporaneo a ciclo di scelta per il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario;
 - medici già titolari di incarico a tempo indeterminato o temporaneo RUAP a rapporto orario (24 ore), per il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nella AFT (art. 32, co. 8 dell'ACN);
- V. mobilità intraaziendale dei medici già titolari di incarico RUAP (art. 32, co. 9 dell'ACN). Tale mobilità coincide con quella fra AFT. Il medico che partecipa alla mobilità intraaziendale qualora risulti assegnatario di incarico tramite tale procedura passa a ruolo unico. I medici aspiranti alla mobilità devono essere titolari di incarico da almeno 2 anni nella Azienda USL stessa, con priorità dell'assegnazione ai medici con maggiore anzianità di incarico, all'atto della presentazione della domanda. La richiesta di mobilità intraaziendale formalmente presentata da parte del medico è irrevocabile. Si precisa che anche i medici ai quali è stato conferito un incarico con prescrizione di zona

- ai sensi dell'art. 34, co. 2 dell'ACN, possono concorrere alla procedura di mobilità intraaziendale in una AFT diversa ai sensi dell'art. 32, co. 9 dell'ACN, se titolari da almeno due anni di incarico;
- VI. raccolta delle domande pervenute e graduatoria degli aventi diritto di ciascuna delle tipologie di cui al punto IV) e al punto V) nel rispetto dell'ordine di cui al punto IV) e al punto V), e assegnazione degli incarichi del ruolo unico;
- VII. le AUSL rivalutano la carenza assistenziale all'esito della procedura di cui ai punti precedenti, con informazione nei Comitati aziendali;
- le AUSL deliberano o determinano formalmente gli incarichi vacanti risultanti dalla procedura;
- VIII. le AUSL comunicano formalmente gli incarichi vacanti nei tempi definiti dalla Regione, e contemporaneo caricamento degli stessi sull'apposito portale GRU;
- IX. pubblicazione degli incarichi vacanti del ruolo unico sul BUR.
3. La carenza assistenziale deve essere rivalutata al netto delle domande di mobilità e di pensionamento (irrevocabili) ricevute. In merito alla previsione di cessazioni per pensionamento, oltre al calcolo derivante dall'applicazione del raggiungimento del 70esimo anno di età che avverranno nel corso del 2025, le AUSL dovranno tenere in considerazione la volontà, da parte dei medici, di anticipare la risoluzione del rapporto convenzionale prima del compimento del 70esimo anno di età solo qualora la richiesta sia sostenuta da atti formali da parte dei medici.
4. I medici iscritti al corso di formazione specifica di medicina generale già titolari di incarico temporaneo ai sensi dell'art. 9, co 1 del D.L. n. 135/2018, convertito con modificazioni in L. n. 12/2019, e ss.mm.ii. possono – volontariamente – optare per il passaggio al ruolo unico prima della conclusione del corso.
5. L'opzione per il passaggio a ruolo unico è irreversibile. Il passaggio a ruolo unico verrà riproposto ogniqualvolta l'Azienda USL pubblicherà gli incarichi vacanti del ruolo unico in oggetto. Ne consegue che, per i medici a ciclo di scelta o a quota oraria, la mancata adesione agli interpelli per il passaggio al ruolo unico dell'assistenza primaria, precedentemente inviati dalle AUSL, non comporta l'impossibilità di aderire agli interpelli successivi.
6. Per la rimozione del vincolo di zona con mantenimento dello studio nella stessa AFT è necessario seguire la procedura prevista dall'art. 34, co. 3 dell'ACN.
7. Successivamente alla conclusione delle procedure di assegnazione degli incarichi vacanti pubblicati entro il mese di marzo di ogni anno, la Regione valuterà di procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi.

Art. 46 – Massimale e relative limitazioni

1. Il massimale di scelte pari a 1.500 assistiti potrà essere innalzato nella misura massima del 20% con le scelte riguardanti:
- a) Il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito, già in carico al medico del ruolo unico di assistenza primaria (art. 39, co. 4 dell'ACN);
- b) i parenti di primo e secondo grado;

- c) scelte in deroga territoriale in Comuni limitrofi di Aziende/Regioni diverse da quella di appartenenza (art. 39, co. 5 dell'ACN);
 - d) cittadini non residenti (art. 39, co. 6 dell'ACN);
 - e) cittadini extracomunitari (art. 39, co. 7 dell'ACN);
 - f) scelte dei minori nella fascia di età 0-6 anni in caso di carenza di assistenza pediatrica (art. 38, c. 3, ACN).
2. Si prevede la possibilità di innalzare il massimale di assistiti di cui all'art. 38, comma 1 fino a ad un massimo di 1.800 nei seguenti casi:
- a) per i medici che operano nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria (UCCP), con personale di segreteria e infermieri ed eventualmente altro personale sanitario;
 - b) per i medici che operano con personale di segreteria e infermieri ed eventualmente altro personale sanitario;
 - c) per i medici che operano in aree disagiate individuate dalla Regione nelle quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza;
 - d) ove l'AUSL, verificata l'effettiva carenza di medici di assistenza primaria nella AFT, e dopo aver interpellato i medici in graduatoria per l'assegnazione di incarichi a tempo determinato, non sia in grado di garantire l'assistenza a tutti cittadini afferenti alla AFT.
3. Nei casi indicati all'articolo 16 del presente accordo, i medici RUAP già autolimitati ai sensi dei previgenti AA.CC.NN. possono richiedere che non sia applicato al massimale autolimitato il 20% delle scelte di cui all'art. 38, co. 3 dell'ACN.

Art. 47 – Massimali dei medici corsisti incaricati temporanei

1. In attuazione dell'art. 38, co. 9 dell'ACN, per i medici corsisti incaricati temporanei si prevedono i seguenti massimali di scelta:
- a) per i medici iscritti al primo anno di corso di formazione specifica in medicina generale il massimale è fissato in 1.000 assistiti, facoltativamente estendibile, su base volontaria, a 1.200 assistiti;
 - b) per i medici iscritti al secondo e al terzo anno di corso di formazione specifica in medicina generale il massimale è fissato in 1.200 assistiti estendibile, su base volontaria, in 1.500 assistiti.
2. Per i medici in CFSMG, appartenenti a qualsiasi triennio, l'attività lavorativa espletata in ambito convenzionale è riconosciuta a tutti gli effetti quale attività pratica del corso stesso, fino al completamento del computo orario mensile previsto dal corso, nonché come previsto dalla L. 19 maggio 2022, n. 52.
3. Alla luce dei massimali sopra previsti, in deroga al vigente ACN, l'incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria è modulato come di seguito indicato:
- I. dal conferimento dell'incarico fino a 650 assistiti, 24 ore;
 - II. da 651 a 1.000 assistiti, 12 ore;
 - III. da 1.001 a 1.200 assistiti, 6 ore;
 - IV. da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore su base volontaria.

4. L'AUSL è tenuta all'adeguamento dell'attività qua entro i 3 mesi successivi al raggiungimento del limite numerico di assistiti di ciascuna fascia.
5. Al fine di evitare un sovraccarico al medico neo convenzionato che acquisisce un numero di scelte di assistiti elevato in breve tempo, si ritiene che l'assegnazione delle attività orarie possa avvenire entro un mese dal conferimento dall'incarico.
6. Si ribadisce la volontà di individuazione di modalità organizzative maggiormente flessibili riguardo le attività teoriche del corso assicurando la possibilità di partecipazione alla didattica teorica anche mediante strumenti telematici, in modo da massimizzare la possibilità di partecipazione attiva dei discenti che svolgono attività lavorativa anche dalle aree più periferiche del territorio regionale.
7. Si esprime inoltre la volontà di garantire il tutoraggio ai medici corsisti incaricati in attività di assistenza primaria, da parte dei medici di assistenza primaria senior.
8. Si demanda l'individuazione delle modalità organizzative di quanto specificato nei punti precedenti al Consiglio Didattico Regionale.

Art. 48 – Incarichi a tempo determinato e temporanei del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario dei medici corsisti

1. Per gli incarichi conferiti ai medici corsisti:
 - a) a tempo determinato del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario ai sensi dell'art. 37 ai sensi dell'ACN 2024;
 - b) temporanei del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario ai sensi dell'art. 34, co. 18 dell'ACN 2022, che non hanno optato per il ruolo unico,si prevedono i seguenti massimali orari:
 - I. per i medici iscritti al primo anno di corso conferimento di incarichi pari a 12 o 24 ore/settimana;
 - II. per i medici iscritti al secondo e al terzo anno di corso conferimento di incarichi fino a 38 ore/settimana.

Art. 49 – Incarichi a tempo determinato

1. Qualora in un ambito territoriale permanga una carenza assistenziale dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte o le ore disponibili, in attesa del conferimento di incarichi a ruolo unico di assistenza primaria, l'Azienda può conferire incarichi a tempo determinato per l'attività a ciclo di scelta e/o per l'attività oraria. L'incarico a tempo determinato, da conferirsi secondo quanto previsto all'art. 37 dell'ACN, ha durata fino a dodici mesi, cessa alla data di scadenza o di inserimento del medico titolare.
2. Al momento dell'iscrizione del nuovo medico RUAP titolare di incarico a tempo indeterminato negli elenchi dei medici scegliibili, l'AUSL informa gli assistiti in merito alla necessità di effettuare la scelta nei confronti del nuovo medico o di altro medico disponibile.

Art. 50 – Incarichi a tempo determinato del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria e a ciclo di scelta

1. Per gli incarichi a tempo determinato conferiti ai medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività oraria in CFSMG si prevedono i seguenti massimali orari:
 - a) per i medici iscritti al primo anno di corso conferimento di incarichi pari a 12 o 24 ore/settimana;
 - b) per i medici iscritti al secondo e al terzo anno di corso conferimento di incarichi fino a 38 ore/settimana.
2. Per gli incarichi a tempo determinato conferiti ai medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività in ciclo di scelta in CFSMG si prevedono i seguenti massimali di scelta:
 - a) per i medici iscritti al primo anno di corso di formazione specifica in medicina generale il massimale è fissato in 1.000 assistiti, facoltativamente estendibile, su base volontaria, a 1.200 assistiti;
 - b) per i medici iscritti al secondo e al terzo anno di corso di formazione specifica in medicina generale il massimale è fissato in 1.200 assistiti estendibile, su base volontaria, fino a 1500 assistiti.
3. Al fine di incentivare l'accettazione di incarichi a tempo determinato di assistenza primaria, la Regione assicura per i medici incaricati a tempo determinato del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta la medesima applicazione degli istituti economici già previsti per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato a seguito della definizione di progetti innovativi e sperimentali con specifici obiettivi correlati.
4. Per gli incaricati a tempo determinato di assistenza primaria, l'Azienda può concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso nell'ambito territoriale di incarico, fatto salvo la disponibilità delle proprie strutture o di eventuali accordi con gli enti locali (EE.LL.).
5. Le AUSL si impegnano inoltre a riconoscere ai medici incaricati a tempo determinato l'adesione alle equipe di AFT anche qualora il medico titolare cessato non abbia fatto parte di nessuna forma associativa. Allo stesso modo, le AUSL si impegnano a riconoscere ai medici incaricati a tempo determinato le indennità di personale infermieristico e amministrativo anche se il medico cessato non avesse avuto personale di supporto.
6. In caso di trasformazione di un incarico da tempo determinato a tempo indeterminato in capo al medesimo medico, le scelte, sentito il Comitato aziendale, sono mantenute per tacito assenso previa informazione alle stesse della possibilità di effettuare una nuova scelta, a salvaguardia del loro diritto alla scelta.

Art. 51 – Scelte in deroga territoriale

1. Il medico, previa sua accettazione, può essere scelto da assistiti residenti/domiciliati in Comuni di altra AFT. La scelta in deroga territoriale in Comuni limitrofi di altre Aziende/Regioni di cui all'articolo 39, comma 5 dell'ACN può essere autorizzata dalla Azienda Sanitaria qualora sia comprovata una delle seguenti condizioni personali:

- a) abitazione in area territoriale identificata dalla Regione (anche confinante) come disagiatissima, ove l'ambulatorio del medico risulti significativamente il più accessibile per distanza/viabilità;
 - b) perdurante necessità di trasferimento quotidiano (per necessità personali/lavorative) presso un Comune dell'AFT in cui opera il medico, quando questa pregiudichi per l'intero arco della giornata l'accesso alla continuità dell'assistenza presso l'AFT di riferimento;
 - c) per prosecuzione del rapporto fiduciario del medico in caso di trasferimento della residenza dell'assistito che sia affetto da patologie croniche e invalidanti valutate dal competente servizio aziendale.
- 2. L'Azienda provvede all'iscrizione temporanea previo riscontro della documentazione, prodotta dal cittadino di altra Regione, dell'avvenuta cancellazione dall'elenco del medico dell'Azienda di provenienza. La scelta è prorogabile, su richiesta dell'interessato, qualora permangano le suddette motivazioni.
 - 3. In caso di trasferimento in Comune limitrofo di altra Azienda/Regione l'assistito è cancellato dall'elenco del medico di provenienza.
 - 4. Gli Accordi Attuativi Aziendali possono ulteriormente definire la procedura di applicazione del presente articolo.

TITOLO III – TRATTAMENTO ECONOMICO

Art. 52 – Trattamento economico del medico RUAP, indicatori di risultato, costituzione e attribuzione dei Fondi

- 1. L'Accordo Collettivo Nazionale vigente prevede che la remunerazione complessiva del medico del ruolo unico di assistenza primaria sia costituita, oltre che dalla quota capitaria (v. articolo 47, lettera A), dalla quota per servizi (lettera C) e dalla quota per ulteriori attività e prestazioni (lettera E), da due ulteriori fondi per i quali occorre prevedere, nell'ambito dell'AIR, le modalità di attribuzione ai singoli medici. In particolare, il fondo per la presa in carico delle patologie croniche (lettera B) e il fondo regionale per i fattori produttivi (lettera D).

Art. 53 – Fondo aziendale per la presa in carico delle patologie croniche

- 1. Il fondo è costituito dalle quote previste dall'art. 47, lett. B dell'ACN, per complessivi 7,65 € per assistito. In particolare:
 - I. quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari a 3,08 € per assistito, incrementata di 1,66 € per assistito con decorrenza dal 1° ottobre 2022 e, a partire dal 1° gennaio 2021, di ulteriori 1,90 € per assistito;
 - II. quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010 quale incremento contrattuale, pari a 0,81 € per assistito. Tali risorse sono per ciascun anno preventivamente decurtate delle risorse necessarie al finanziamento per la remunerazione del referente di AFT e UCCP, qualora quest'ultimo sia individuato tra i medici RUAP (art. 10, co. 4 e art. 30, co. 6 dell'ACN);

- III. quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari a 0,20 €;
 - IV. il fondo sarà ulteriormente incrementato da risparmi e residui economici annuali derivanti da residuo fondo dei fattori produttivi (art. 47, lett. D, punto VIII dell'ACN);
2. Ai sensi dell'ACN, a ogni AFT è assegnata una quota di fondo alla quale ogni AFT può accedere a fronte del raggiungimento di tutti i risultati (c.d. "quota potenziale"). La quota potenziale è assegnata annualmente alle AFT in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico. Al riparto di tale fondo accedono i medici RUAP per la parte di attività ciclo di scelta.
 3. Per il riconoscimento delle risorse e dei risultati, si concorda di prevedere indicatori, e relativi obiettivi, che valorizzino il coordinamento dell'attività dei professionisti partecipanti alla singola AFT, unitamente a uno strumento di monitoraggio a livello regionale. Tale sistema di monitoraggio deve anche prevedere la predisposizione di una reportistica nominativa periodica destinata ai Referenti di AFT con il posizionamento dei singoli professionisti rispetto al raggiungimento dei target di cui alla sottostante Tabella A. Resta inteso che le Ausl, nell'ambito della rispettiva contrattazione decentrata possono prevedere ulteriori forme di riconoscimento finalizzate al supporto di specifiche progettualità di interesse locale.
 4. La valutazione dei risultati raggiunti da ogni AFT e dai singoli medici secondo la gradualità definita successivamente al comma 8, e conseguente riconoscimento economico (c.d. "quota effettiva"), avverrà annualmente, entro il mese di giugno, nell'anno successivo a quello di analisi, previo confronto con il Comitato regionale, sulla base di quanto previsto dallo strumento regionale di monitoraggio. È demandata agli accordi integrativi locali la definizione delle modalità di riparto della quota effettiva tra i medici aderenti alle AFT e dei risparmi derivanti dalle quote non assegnate alle AFT, valorizzando il contributo individuale secondo la performance del singolo medico.
 5. In coerenza con quanto previsto dagli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (art. 4 dell'ACN), le aree all'interno delle quali devono essere promosse attività e progettualità finalizzate alla promozione del governo clinico sono:
 - a) accessi al pronto soccorso;
 - b) adesione alle campagne vaccinali;
 - c) adesione agli screening;
 - d) miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (con particolare attenzione a diabete mellito, BPCO, scompenso, cardiopatia ischemica, insufficienza renale cronica ed altre eventualmente ritenute di interesse per la rilevanza epidemiologica o per la programmazione regionale);
 - e) appropriatezza prescrittiva farmacologica e specialistica.
 6. Fermo restando l'impianto complessivo della gestione del fondo, le parti concordano di rivedere con cadenza annuale, ed eventualmente rinegoziare nell'ambito del Tavolo Trattante regionale, gli indicatori e i relativi target, in un'ottica di progressivo miglioramento della presa in carico della popolazione.
 7. Le AFT che raggiungono almeno 75 punti su 100 accedono automaticamente ai 100 punti.

8. Tenuto conto della innovazione rappresentata dal fondo della cronicità ed in un'ottica di progressività, le parti concordano di implementare le modalità di assegnazione delle risorse rispetto al raggiungimento degli obiettivi con le seguenti tempistiche:
- **Anno 2026:**
 - a. assegnazione del 100% della quota potenziale del fondo in funzione dei risultati raggiunti individualmente dal singolo RUAP a ciclo di scelta rispetto agli obiettivi previsti;
 - **Anno 2027:**
 - a. assegnazione del 75% della quota potenziale del fondo funzione dei risultati raggiunti individualmente dal singolo RUAP a ciclo di scelta rispetto agli obiettivi previsti per l'AFT di appartenenza;
 - b. assegnazione del 25% del fondo in funzione del raggiungimento dei risultati da parte della AFT di appartenenza;
 - **Anno 2028:**
 - a. assegnazione del 50% della quota potenziale del fondo funzione dei risultati raggiunti individualmente dal singolo RUAP a ciclo di scelta rispetto agli obiettivi previsti per l'AFT di appartenenza;
 - b. assegnazione del 50% del fondo in funzione del raggiungimento dei risultati da parte della AFT di appartenenza;
 - **Anno 2029:**
 - a. assegnazione del 100% della quota potenziale del fondo funzione dei risultati raggiunti individualmente dal singolo RUAP a ciclo di scelta rispetto agli obiettivi previsti per l'AFT di appartenenza.
9. Le parti concordano che il compenso viene corrisposto
- I. quota in acconto 4 euro/anno per assistito in ragione mensile;
 - II. quota a saldo proporzionalmente al grado di raggiungimento degli obiettivi con congruaggio, positivo o negativo, da erogarsi in un'unica soluzione, entro il 30 giugno di ciascun anno.
10. Le risorse che, per effetto del parziale o mancato raggiungimento dei target da parte delle AFT si rendono disponibili, sono attribuite, in accordo con il Comitato aziendale, alle AFT che hanno raggiunto i risultati migliori in una logica di progressiva premialità. Nel corso del periodo di transizione, le parti si riservano di valutare, sentito il Comitato regionale, l'introduzione di tetti alla attribuzione delle quote residue.
11. Le parti concordano che la "quota potenziale" di fondo è attribuita alle AFT secondo i seguenti criteri:
- a) 50% in base al numero di assistiti/residenti al 1° gennaio di ogni anno;
 - b) 50% in base al numero di assistiti/residenti di età superiore a 75 anni al 1° gennaio di ogni anno.
12. Qualora, a fronte del miglioramento dei sistemi informativi, si rendano disponibili dati più attendibili sulla gravosità delle patologie croniche, le parti si riservano di modificare i criteri di riparto di cui al precedente comma 11.

13. Di seguito gli indicatori, che a partire dall'anno 2026 (Tabella A), sono utilizzati sia per rilevare l'attività del singolo medico sia, a partire dall'anno 2027 (Tabelle B e C), diventano rilevabili anche per l'attività delle AFT, consentendo l'accesso alla quota potenziale del fondo in proporzione rispetto al punteggio complessivo raggiunto dal singolo medico e dalla singola AFT in base alla gradualità temporale di cui al precedente comma 8.

Tabella A - Indicatori anno 2026

Indicatore	Target	Punteggio
1. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT con ricovero con diagnosi di scompenso cardiaco con adeguata copertura con farmaci con azione bloccante dei recettori β -adrenergici nell'anno successivo al ricovero indice	<40	0
	40% - 49%	3
	50% - 59%	5
	60% - 69%	8
	$\geq 70\%$	10
2. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT affetti da patologia diabetica che abbiano effettuato adeguato numero di esami ematici per il dosaggio dell'emoglobina glicata nell'anno di osservazione (≥ 1 misurazione)	<40%	0
	40% - 49%	3
	50% - 59%	5
	60% - 69%	8
	$\geq 70\%$	10
3. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva con adeguata copertura con farmaci con azione broncodilatatrice a lunga durata d'azione nell'anno di osservazione	<11%	0
	11% - 14%	3
	15% - 16%	5
	17% - 19%	8
	$\geq 20\%$	10
4. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT affetti da malattia renale cronica (E023; E061) che abbiano eseguito adeguati esami laboratoristici nell'anno di osservazione (1 creatininemia 1 microalbuminuria/proteinuria) media dei due punteggi	Creatininemia	
	<75%	
	75% - 80%	0
	80% - 85%	3
	85% - 90%	5
	>90%	8
	Proteinuria/Albuminuria	10
	<35%	
	35 - 44%	
	45% - 54%	
5. Proporzione percentuale di assistiti dell'AFT eleggibili per età con screening colon retto eseguito.	<30%	0
	30% - 40%	3
	40% - 50%	5
	50% - 54%	8
	>55%	10
6. Prese in carico over 65 in Assistenza Domiciliare AFT secondo i target assegnati alle Aziende	8 - 10%	5
	>10% over 65	10

14. Per la valutazione dell'obiettivo n. 5 di cui alla Tabella A, le AUSL si impegnano a mettere a disposizione di ciascun medico gli strumenti per l'attivazione dei percorsi di screening.

Tabella B - Indicatore osservazionale soltanto nell'anno 2026

Indicatore	Target	Punteggio
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 1.000 assistiti) per ricoveri potenzialmente evitabili - diabete, BPCO e scompenso cardiaco, media dei tre punteggi	Diabete	0
	>1	3
	0,9-0,8	5

Indicatore	Target	Punteggio
	0,7-0,6	8
	0,5-0,3	10
	0,2-0,1	
	BPCO	
	>0,8	
	0,8-0,7	
	0,6-0,5	
	0,4-0,3	
	0,2-0,1	
	Scompenso	
	>2,2	
	2,2-2,1	
	2-1,8	
	1,7-1,6	
	1,5-1,3	

Tabella C – Indicatori osservazionali

Indicatore	Target	Punteggio
1. Proporzione percentuale di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA), tra gli assistiti in carico all'AFT		
2. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT affetti da malattia renale cronica (E023; E061) che abbiano eseguito nell'anno di osservazione (1 emocromo)	Emocromo	
3. Proporzione percentuale di assistiti dell'AFT eleggibili per età con vaccinazione antinfluenzale eseguita		
4. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT di età superiore a 65 anni con almeno una prescrizione di farmaci potenzialmente inappropriati		
5. Tasso standardizzato di accesso al PS generale per codici non urgente/urgente differibile con accesso tra le 8:00 e le 20:00 nei giorni feriali e dimessi al domicilio con codice non urgente/urgente differibile. NO FAST TRACK; NO PS SPECIALISTICI		

Art. 54 – Fondo aziendale per lo sviluppo delle Case della Comunità

1. I medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta o su base oraria di cui all'art. 31 dell'ACN, che si rendono disponibili a garantire almeno 4 ore settimanali in attività diurna feriale nelle Case della Comunità, sono tenuti a comunicare tale disponibilità all'Azienda con cadenza annuale. Tale disponibilità è modificabile con un preavviso di almeno 60 giorni. Si concorda che tali medici, in aggiunta al compenso orario di cui al seguente art. 60, sono rispettivamente remunerati con una quota di 1,32 euro/assistito e 0,36 euro per ciascuna ora di incarico (art. 47, co. 2, lett. B, punto IV) e co. 3, lett. D dell'ACN). Eventuali risorse non utilizzate confluiscono in un fondo destinato alla remunerazione di progettualità di AFT, da concordare a livello aziendale, promuovendo prioritariamente la partecipazione delle Équipe di AFT all'attività ambulatoriale rivolta a tutta la popolazione.

Art. 55 – Fondo aziendale per i fattori produttivi

1. Ai sensi dell'art. 47, lett. D dell'ACN, alla istituzione delle AFT le indennità e gli incentivi per lo sviluppo strutturale e organizzativo dell'attività dei medici a ciclo di scelta – ossia indennità di gruppo, indennità di rete, indennità per la funzione informativo-informatica, per l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario – costituiscono il fondo aziendale dei fattori produttivi. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda USL.
2. A fronte della cessazione di attività dei medici titolari degli incentivi e indennità oppure della mancata assicurazione degli standard strutturali, strumentali e organizzativi da parte dei medici ancora in attività, le risorse derivanti confluiscono nel fondo dei fattori produttivi e vengono utilizzate a favore dei medici delle AFT per garantire: il supporto alla informatizzazione, l'eventuale impiego di personale di studio e infermieristico e i modelli organizzativi.
3. Alla luce di quanto sopra, tenuto conto degli indirizzi del presente accordo, le AUSL, devono costituire il fondo dei fattori produttivi con riferimento alle risorse storicizzate al 30/09/2026. Per effetto di quanto previsto dal medesimo articolo, dalla data del 1° ottobre 2026, cessa la possibilità di nuove affiliazioni di medici alle precedenti forme associative precedenti, ferma restando la possibilità per tutti i medici RUAP di costituire e aderire alle Équipe di AFT.
4. Nel fondo confluiscono, anche esse storicizzate al 30/09/2026, le risorse presenti nell'ambito di accordi regionali già in essere quali:
 - I. risorse di cui alla DGR n. 1398/2006 (AIR 2006), così costituito:
 - a) 1 €/assistito per adesione alla logica di NCP;
 - b) 0,30 €/assistito per disponibilità all'allacciamento alla rete informatica;
 - c) 1 €/assistito per ogni ora aggiuntiva oltre la settima ora per l'ulteriore estensione della fascia oraria giornaliera di accesso ambulatoriale per 5 gg./settimana;
 - d) 5 €/assistito per l'allacciamento alla rete SOLE;
 - e) compensi orari per coordinatore di NCP e referente distrettuale (Allegato 4 – AIR 2006);
 - f) riconoscimento aggiuntivo per assistenza domiciliare e prestazioni aggiuntive.
 - II. risorse di cui alla DGR n. 1240/2022 (Verbale di intesa per la definizione di misure eccezionali e temporanee per la garanzia dell'erogazione dell'assistenza primaria), così costituito:
 - a) 3 €/assistito aggiuntivi per l'indennità di collaboratore di studio infermieristico;
 - b) 2,28 €/assistito aggiuntivi per l'indennità di collaboratore di studio
 - c) 8 €/assistito per i MMG con oltre 1.500 assistiti.
5. Le parti concordano che le risorse derivanti dalla applicazione degli istituti economici già previsti per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato ai medici con incarico determinato continuano a essere corrisposte ai medesimi professionisti a fronte della definizione di obiettivi collegati all'incarico.

6. Ai sensi dell'art. 47, lett. D dell'ACN, le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che, al 31 dicembre 2025:
 - I. aderiscono ad una forma associativa di gruppo, rete e/o;
 - II. usufruiscono di un collaboratore infermieristico e/o di studio;
 - III. percepiscono le indennità per la funzione informatica.
7. Tali risorse vengono riconosciute a condizione che i medici assicurino i medesimi standard previsti per le forme associative e per l'utilizzo di personale di studio, nonché l'utilizzo dello strumento informatico.
8. Il fondo così costituito viene comunicato annualmente alle AUSL e rappresenta per le medesime un vincolo di spesa.
9. Nelle more della piena attivazione di quanto previsto dal comma 3, rimangono invariate le modalità di attribuzione dei compensi a tutti i medici RUAP.
10. Ogni anno il Comitato aziendale verifica il rendiconto consuntivo dell'utilizzo del fondo aziendale dei fattori produttivi dell'anno precedente e destina l'eventuale residuo all'incremento del fondo aziendale per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico di cui al comma 2, lettera B, per l'anno successivo, come previsto dall'art. 47, lettera D, punto VIII dell'ACN.
11. Ogni anno il Comitato Regionale acquisisce e verifica il rendiconto consuntivo dell'utilizzo del fondo di tutte le AUSL.

Art. 56 – Modalità di attribuzione del fondo aziendale

1. Il fondo costituito ai sensi del precedente art. 54 viene utilizzato prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici RUAP che garantiscono i medesimi standard.
2. Le restanti risorse, nei limiti della capienza del fondo aziendale per i fattori produttivi definito come al comma precedente, vengono destinate, in ordine di priorità a:
 - a) riconoscimento economico dei medici che aderiscono alle "Équipe di AFT";
 - b) supporto informatico (PS, SIAP);
 - c) fondo per appropriatezza organizzativa.

Art. 57 – Fondo per il riconoscimento economico dei medici RUAP che aderiscono alle Équipe di AFT

1. Il fondo per il riconoscimento economico dei medici RUAP che aderiscono alle Équipe di AFT si compone delle seguenti quote:
 - a) 11 € per assistito per l'adesione all'Équipe di AFT di cui al presente accordo; la quota è incrementabile a 13 € per le équipe che optano per le 12 ore di accessibilità quotidiana;
 - b) collaboratore di studio (per ogni medico):
 - i. 5,78 € per assistito per almeno 10 ore settimanali;
 - ii. 7,20 € per almeno 15 ore settimanali;

- c) Collaboratore di studio infermieristico (per ogni medico)
 - i. 7 € per almeno 6 ore settimanali;
 - ii. 8,5 € per almeno 9 ore settimanali.
- 2. Il riconoscimento di tali indennità è finalizzato al maggiore impegno del personale:
 - a) nei percorsi aziendali di presa in carico del paziente cronico;
 - b) alla garanzia della contattabilità telefonica nell'ambito della rete dei servizi aziendali, ivi incluso il NUE 116117;
 - c) al raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza di cui all'articolo 4, comma 1, lettera D dell'ACN.
- 3. Allo scopo di garantire alle Équipe di AFT il riconoscimento di indennità congrue con la specifica organizzazione si prevede la possibilità di un correttivo per il numero di ore di cui ai punti B. e C. pari a 0,8. Per l'ulteriore rafforzamento di quanto previsto ai commi precedenti, resta ferma, sulla base di accordi attuativi locali, la possibilità di prevedere, per le Équipe di AFT rispetto a specifiche progettualità, aumenti della disponibilità oraria dei collaboratori con relativa rimodulazione dell'indennità.
- 4. Per i medici del ruolo unico di assistenza primarie che non richiedono l'ingresso nelle Équipe di AFT oppure già parte di una medicina di gruppo/rete al momento dell'entrata in vigore del presente accordo sono previste le seguenti indennità:
 - a) Collaboratore di studio (per ogni medico):
 - i. 3,5 € per assistito per almeno 10 ore settimanali;
 - ii. 5,78 € per almeno 15 ore settimanali;
 - b) Collaboratore di studio infermieristico (per ogni medico)
 - i. 4 € per almeno 6 ore settimanali;
 - ii. 7€ per almeno 9 ore settimanali.
- 5. Le indennità per l'adesione alla Équipe di AFT non sono cumulabili con le indennità di adesione alle forme associative di cui all'ACN 2005.
- 6. L'indennità è riconosciuta ai RUAP che si avvalgono di collaboratori di studio e/o personale infermieristico in presenza delle seguenti condizioni:
 - a) personale assunto direttamente dal medico o fornito da altri soggetti (società di servizio, cooperative) secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali (di IV livello o superiore) e degli infermieri;
 - b) potranno essere riconosciuti altri tipi di contratto, previa autorizzazione da parte dell'Azienda e purché stipulati nel rispetto della normativa vigente, con retribuzione ed attività oraria pari a quelle sopra indicate;
 - c) per l'infermiere è richiesta l'iscrizione all'Ordine delle professioni;
 - d) il medico che richiede la corresponsione delle indennità deve certificare di essere intestatario del contratto di lavoro o destinatario delle prestazioni, se il personale è fornito da società o altri soggetti.
- 7. In caso di difficoltà a reperire figure idonee, oppure in caso di necessità legata ai volumi e alla complessità assistenziale, fermo restando il mantenimento degli standard, è

possibile provvedere alla distribuzione delle ore purché ciò avvenga a favore delle ore di presenza infermieristica.

Art. 58 – Fondo per il supporto informatico

1. Con il DM 27 giugno 2025 e il DM 4 agosto 2025 sono stati definiti, rispettivamente, i contenuti informativi del profilo sanitario sintetico (di seguito PSS), previsto dal FSE 2.0, e del sistema informativo dell'assistenza primaria (di seguito SIAP).
2. Il profilo sanitario sintetico, o anche detto "patient summary", è il documento socio-sanitario informatico redatto e aggiornato da medici RUAP e pediatri di libera scelta che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta. La finalità del profilo sanitario sintetico è di favorire la continuità di cura, permettendo un rapido inquadramento dell'assistito al momento del contatto con i servizi sanitari, fermo restando il rispetto del diritto di oscuramento. La completezza di tali informazioni, comprensive delle abitudini di vita rilevanti dell'assistito e dei parametri antropometrici, consente inoltre di effettuare valutazioni di stratificazione di popolazione che si possono connettere a tutti gli strumenti di sorveglianza epidemiologica (es. passi, HBSC, okkio alla salute).
3. Il sistema informativo dell'assistenza primaria raccoglie invece le informazioni relative alle attività e alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, comprese quelle erogate nell'ambito della continuità assistenziale e dell'assistenza ai turisti, con la finalità di consentire il monitoraggio e la programmazione delle attività e delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, nonché consentire il monitoraggio dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.
4. Per supportare l'adempimento a quanto previsto dall'articolo 6 del vigente ACN e, in particolar modo, la corretta e completa compilazione del profilo sanitario sintetico (DM 7 settembre 2023, art. 4, co. 1) e l'alimentazione del sistema informativo dell'assistenza primaria (DM 4 agosto 2025, art. 3, co. 4) le parti concordano di prevedere un compenso annuale di 1,5 € per assistito.
5. Con finalità osservazionali si concorda di attivare un monitoraggio periodico dell'alimentazione del PSS nonché del SIAP. Rispetto al PSS si concorda, in particolare, di monitorare la % di PSS indicizzati su FSE degli assistiti con almeno 1 esenzione patologia rispetto al totale degli assistiti con almeno 1 esenzione patologia.
6. In seguito al consolidamento della trasmissione del PSS, le parti concordano di rivedere, nell'ambito del Comitato regionale, l'assegnazione di tale compenso in base agli ulteriori obiettivi prioritari di politica sanitaria.

Art. 59 – Fondo per appropriatezza prescrittiva

1. A livello regionale è in corso dal 2021 un lavoro per la definizione di protocolli di appropriatezza prescrittiva per singola prestazione con indicazioni cliniche esplicite per ciascuna priorità, in cui gli applicativi di cartella clinica informatizzata orientano e supportano il prescrittore nella scelta.
2. È inoltre già in corso il continuo aggiornamento che riguarda le prestazioni specialistiche e le indicazioni cliniche condivise, sia alla luce del progressivo utilizzo del metodo da parte di un crescente numero di professionisti e sia in seguito all'analisi dei risultati raggiunti e del continuo perfezionamento delle indicazioni.

3. Il progetto nasce con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ambulatoriali, valorizzando il ruolo dei RUAP, rafforzando la fiducia dei cittadini nel Servizio Sanitario Regionale e garantendo, nel rispetto dell'autonomia professionale, un uso efficiente e sostenibile delle risorse sanitarie.
4. Questo sistema rappresenta un'opportunità di aggiornamento continuo, integrata nella pratica quotidiana, che aiuta a restare allineati alle evidenze scientifiche più recenti.
5. Rappresenta un valore per il sistema e per il medico riducendo il rischio di prescrizioni inappropriate che possono generare contenziosi, migliorando la relazione medico-paziente. Lo strumento infatti aiuta a spiegare al paziente perché una prestazione è utile o meno, rafforzando quindi la fiducia.
6. In fase di prescrizione di tali prestazioni è raccomandato attenersi a queste indicazioni:
 - a) selezione della condizione clinica appropriata;
 - b) tracciabilità della voce selezionata nel flusso informatico della ricetta;
 - c) descrizione del quesito diagnostico coerente con la condizione selezionata.
7. Gli applicativi di prescrizione in uso ai RUAP in fase di prescrizione della ricetta dematerializzata trasmettono al SAR (sistema di accoglienza regionale) le informazioni inerenti la condizione clinica del paziente che il medico ha selezionato, valorizzando in particolare:
 - a) codice percorso;
 - b) descrizione percorso.
8. L'informazione circa la condizione clinica del paziente viene inoltre stampata sul promemoria della ricetta di fianco alla descrizione della prestazione.
9. I criteri di appropriatezza relativi alle principali prestazioni definite in ambito di programmazione regionale, sono condivisi e approvati, anche in base alle principali evidenze scientifiche, nell'ambito del Tavolo tecnico regionale Appropriatelyzza – costituito a seguito di richiesta formale della Regione Emilia-Romagna con nota n. 0019522 del 13 gennaio 2026 - con possibilità di declinazione e implementazione a livello aziendale.
10. A fronte del rispetto di tali criteri di appropriatezza viene corrisposto ai medici RUAP un compenso pari a 4 € per assistito.
11. Le parti concordano che l'approvazione dei primi criteri di appropriatezza deve avvenire entro l'anno 2026, al fine di avviare implementazione, monitoraggio e incentivazione a partire dal 2027 come di seguito specificato. Per il 2026, il compenso viene erogato a tutti i medici RUAP a fronte della condivisione, approvazione da parte del Tavolo tecnico regionale Appropriatelyzza e implementazione nell'applicativo di cartella in coerenza alle specifiche regionali di almeno 7 percorsi. In caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo, si rinvia alla Delegazione trattante regionale la valutazione delle motivazioni della mancata condivisione del raggiungimento dell'obiettivo.
12. Negli anni successivi le parti concordano di procedere alla analisi di ulteriori percorsi, con la finalità di approvarne e implementarne altri.
13. Le parti concordano che, a partire dal 2027 e limitatamente ai percorsi condivisi ed implementati, il compenso verrà così corrisposto:

▪ **Anno 2027:**

- a. % prescrizioni con tipo accesso diverso da 0 e utilizzo di protocolli di appropriatezza: > 75%: 2 €/assistito;
- b. % prescrizioni con tipo accesso diverso da 0 e indicazione di appropriatezza = "altre condizioni cliniche" < 40%: 2 €/assistito.

▪ **Anno 2028:**

- a. % prescrizioni con tipo accesso diverso da 0 e utilizzo di protocolli di appropriatezza > 80 %: 2 €/assistito;
- b. % prescrizioni con tipo accesso diverso da 0 e indicazione di appropriatezza = "altre condizioni cliniche" < 30%: 2 €/assistito.

14. La Regione e le Aziende USL si impegnano a garantire l'applicazione delle normative in materia di prescrizione attraverso strumenti di controllo (ad esempio strumenti di verifiche a campione) ed istituzione di servizi adibiti al recepimento delle segnalazioni dei RUAP di inadempienza da parte dei prescrittori. Inoltre, le AUSL si impegnano a verificare annualmente il livello prescrittivo di presa in carico da parte degli specialisti, al fine di evitare un sovraccarico di compiti improprio per i RUAP.

Art. 60 – Trattamento economico del medico RUAP operante a quota oraria

1. Ai sensi dell'art. 47, co. 3 dell'ACN, al medico RUAP operante all'interno delle Case della Comunità hub e spoke, ivi compresi gli ambulatori di AFT di cui all'articolo 39, nel limite dello stanziamento annuale ripartito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma individuato all'art. 1, co. 274 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 e s.m.i., è riconosciuto, per ogni ora di attività, in aggiunta alla quota oraria di 25,10 €, negoziata a livello nazionale e alla quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari a 0,26 € per ciascuna ora di incarico, più altro ACN, più un compenso aggiuntivo di 13,62 € per ciascuna ora di incarico svolta per le attività previste dal presente AIR, dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (di seguito PNRR) e dal DM 23 maggio 2022, n. 77.
2. Il riconoscimento di tale quota aggiuntiva decorre, per ogni CdC hub e spoke, dalla data di entrata in vigore del presente AIR
3. Tale integrazione viene riconosciuta anche ai medici RUAP operanti negli ambulatori di AFT non ubicati presso le CdC hub o spoke, ma aventi caratteristiche strutturali, strumentali e organizzative assimilabili agli ambulatori AFT in esse collocati, previa richiesta del Referente di AFT da valutare in sede Aziendale tenuto conto della programmazione regionale e aziendale e ai medici operanti
4. Ai medici RUAP operanti nei CAU realizzati ai sensi della DGR n. 1206/2023 si applica il compenso orario previsto dal comma 1 a partire dal rinnovo del contratto di lavoro.
5. La quota oraria comprende anche tutte le prestazioni aggiuntive erogate ai pazienti nel corso dell'accesso all'ambulatorio di AFT e presso le Case della Comunità.
6. Analogamente, ai medici RUAP operanti all'interno degli Ospedali di Comunità, nel limite dello stanziamento annuale ripartito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma individuato all'art. 1, co. 274 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 e s.m.i., è riconosciuto per ogni ora di attività, in aggiunta alla quota oraria di 25,10 €, negoziata a livello nazionale e alla quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni

dall'ACN 8 luglio 2010, pari a 0,26 € per ciascuna ora di incarico, un compenso aggiuntivo di 34,64 € per ciascuna ora di incarico svolta per le attività previste dal presente AIR, dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (di seguito PNRR) e dal DM 23 maggio 2022, n. 77. Tale compenso aggiuntivo remunera anche la pronta disponibilità.

7. Per le richieste che prevedono la presenza del medico in struttura, al di fuori delle 4,5 ore/gg per 6/7 gg, è previsto un compenso forfettario di 60 €.
8. A livello locale le AUSL possono incrementare la tariffa di cui al precedente comma 5, se l'impegno orario contribuisce a garantire standard superiori da quelli previsti dal D.M. 77/2022 e obiettivi specifici assistenziali.
9. Il compenso per ogni ora di attività svolta per lo svolgimento delle attività territoriali programmate è pari a 24,51 € (art. 47, lett. E), co. 3, lett. A) e B) dell'ACN). L'attività professionale può essere svolta anche a domicilio del paziente o comunque in sedi diverse rispetto a quelle individuate quali svolgimento dell'incarico. In tal caso possono essere riconosciuti i rimborsi chilometrici per l'uso dell'auto propria in misura pari ad 1/5 del prezzo "ufficiale" di un litro di benzina verde per Km. Eventuali ulteriori compensi economici, derivanti da obiettivi organizzativi specifici, possono essere previsti dalle Aziende USL all'interno degli accordi integrativi aziendali.

Art. 61 – Compensi dei ruoli di Referente di AFT, Referente distrettuale, Coordinatore per l'attività oraria e Coordinatore di UCCP

1. Ai sensi dell'art. 10, co. 4 e dell'art. 30, co. 6 dell'ACN, i compensi da corrispondere al coordinatore di UCCP e al referente di AFT devono essere commisurati alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. L'onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli AIR di cui all'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II dell'ACN:
 - a) Referente AFT: 15.000 €/anno più un incentivo pari al 20%;
 - b) Referente distrettuale: maggiorazione del referente di AFT di 2000 €/anno;
 - c) Coordinatore per l'attività oraria: 6.000 €/anno;
 - d) Coordinatore UCCP: 13.000 €/anno.
2. I compensi sono erogati a titolo di acconto, a quota fissa, in ragione mensile, nella misura del 60% del totale. Il saldo, invece, è erogato in un'unica soluzione, in maniera proporzionale al raggiungimento degli obiettivi a seguito della valutazione annuale.

Art. 62 – Compensi per le attività nelle strutture residenziali accreditate

1. Nelle strutture residenziali accreditate devono essere garantite le attività di assistenza primaria da parte dei medici RUAP come previsto dall'art. 43, co. 6, lett. c) dell'ACN.
2. Per le attività di assistenza primaria nelle strutture residenziali accreditate, i medici RUAP incaricati sono retribuiti, in aggiunta a quanto previsto dall'ACN, con un compenso forfettario annuale pari a 400 € per persona assistita. Tale compenso si applica alle persone non autosufficienti definitivamente ospitate nelle strutture residenziali, relativamente ai posti contemplati dal contratto di servizio. Per le persone con gravissima disabilità acquisita (DGR 2068/2004) e per gli anziani con grave disturbo comportamentale (Classificazione A – DGR 514/2009) tale compenso è pari a 450 €/anno. Qualora gli anziani con grave disturbo comportamentale siano ospitati in Nuclei temporanei demenze, il compenso riconosciuto è pari a 500 € per persona assistita.

3. Per le ADR, si definisce un riconoscimento economico pari a 16 € per:
 - a) i soggetti definitivamente ospitati in CRA accreditate occupanti posti non convenzionati;
 - b) i soggetti definitivamente ospitati nei CSRR;
 - c) i soggetti ospitati in strutture non contrattualizzate (es. case di riposo) o in strutture accreditate contrattualizzate e in carico a medici diversi dal medico incaricato dell'attività di diagnosi e cura.
4. Qualora non fosse possibile garantire l'assistenza primaria con un medico in quota di scelta, le Ausl possono prevedere incarichi in quota oraria per le attività di cui alla presente clausola. I medici RUAP, per l'attività svolta nell'ambito del rapporto orario, sono retribuiti con una quota pari a 38 €/ora.
5. Una retribuzione separata si prevede per:
 - a) le prestazioni aggiuntive (v. Allegato 3 - Prestazioni aggiuntive del medico RUAP nelle strutture residenziali accreditate);
 - b) la certificazione annuale ai fini della classificazione degli ospiti (20 €/anno a certificazione);
 - c) la partecipazione alle attività di aggiornamento sui temi specifici concernenti l'assistenza agli anziani, nell'ambito dei programmi promossi annualmente dall'AUSL (40 € l'ora fino ad un massimo di 8 ore annue).

Art. 63 – Compenso per gli animatori di formazione

1. L'organizzazione degli eventi formativi e la adeguata gestione dell'aula corrispondono a un impegno orario di 10 ore, per ciascun evento formativo, remunerato con una quota pari a 60 euro/h (o frazione di ora). Qualora l'evento formativo sia organizzato da più animatori, tale compenso viene frazionato per il numero di animatori.
2. Le attività didattiche di cui al presente articolo non possono determinare oneri derivanti dal presente Accordo e non comportano riduzione del massimale individuale.

Art. 64 – Trattamento economico per l'assistenza domiciliare programmata e integrata

1. Nelle more della ridefinizione dei livelli di intensità assistenziale e dei requisiti di accreditamento delle cure domiciliari, si concorda i seguenti compensi al medico RUAP per accesso:
 - I. per l'assistenza domiciliare programmata (ADP) e integrata di primo livello (ADI I) 30 €;
 - II. per le AD2, AD3 (secondo e terzo livello) 35€;
 - III. per le ADR 16 €.
2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi, nel rispetto del numero di accessi programmati previsti, per ciascun livello, dalle AUSL.

Art. 65 – Compenso per il turno di reperibilità e Festività di particolare importanza

1. Si concorda di compensare il turno di reperibilità con un compenso forfettario pari a 50 euro. Tale compenso va sommato alla remunerazione del servizio nel caso di attivazione del turno effettivo.
2. Le ore di attività prestate nelle festività di particolare importanza, ossia nelle giornate e negli orari sotto indicati, sono retribuite con una maggiorazione di € 20/h rispetto al compenso orario di riferimento dell'incarico:
 - 1° gennaio ore 08,00 – 20,00;
 - 6 gennaio ore 08,00 – 20,00;
 - Pasqua ore 08,00 – 20,00; ore 20,00 – 8,00;
 - Lunedì di Pasqua ore 08,00 – 20,00;
 - 25 aprile ore 08,00 – 20,00;
 - 1° maggio ore 08,00 – 20,00;
 - 2 giugno ore 08,00 – 20,00;
 - 15 agosto ore 08,00 – 20,00;
 - 4 ottobre ore 08,00 – 20,00;
 - 1° novembre ore 08,00 – 20,00;
 - 8 dicembre ore 08,00 – 20,00;
 - 24 dicembre ore 20,00 - 08,00;
 - 25 dicembre ore 08.00 – 20.00 – ore 20.00 – 08.00;
 - 26 dicembre ore 08.00 – 20.00;
 - 31 dicembre ore 20.00 – 08.00.

CAPO II – MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

ART. 66 – Disciplina della Medicina dei Servizi Territoriali

1. Il massimale orario dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato, in caso di necessità valutata da parte dell'azienda, può essere aumentato di orario fino a un massimo di 38 ore settimanali, secondo quanto previsto dall'art. 50, co. 1 dell'ACN.
2. All'interno degli accordi aziendali sono, eventualmente, previste le modalità di partecipazione da parte dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato ai progetti assistenziali e a progetti obiettivi associati a quote variabili da determinarsi in sede di accordi aziendali, nonché l'affidamento di incarichi per specifiche responsabilità ai medici di cui al presente Capo II quanto previsto dall'art. 51, co. 6 e co. 7 e dall' art. 57, co. 3 dell'ACN.

CAPO III – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ART. 67 – Disciplina della Emergenza Sanitaria Territoriale

1. Le parti concordano di rinviare la trattativa del presente articolo ad apposito Tavolo della Delegazione regionale. Gli accordi stipulati dal predetto Tavolo confluiscono in un addendum all'AIR e sono parte integrante e sostanziale dell'AIR stesso.

CAPO IV – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Art. 68 – Attribuzione degli Incarichi dei medici di Assistenza Penitenziaria

1. Il CAPO IV dell'ACN, regolamentando l'attività svolta dai medici in rapporto di convenzionamento con il SSN operanti all'interno degli Istituti Penitenziari, successivamente al trasferimento delle funzioni sanitarie ai sensi dell'art. 2, comma 283, lettera a) della L. 24.12.2007 n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008, disciplina il rapporto di convenzionamento per l'espletamento delle attività afferenti alla medicina generale instaurato tra le Aziende USL ed i medici del servizio di assistenza penitenziaria, che assumono la denominazione di "*medici di assistenza penitenziaria*".
3. Le Aziende valutano il fabbisogno di medici e verificano la possibilità di assegnare ore disponibili ai medici con incarico a tempo indeterminato, per realizzare il completamento orario, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti sul Bollettino Ufficiale Regionale (BUR).
4. In caso di pubblicazione deve essere indicato un incarico di almeno 24 ore settimanali.
5. Viene demandata alle singole Aziende USL la modalità operativa di attivazione della procedura per il reclutamento del personale medico presso gli Istituti Penitenziari, in applicazione del quadro normativo previsto dall'applicazione dell'art. 72 dell'ACN.

Art. 69 – Massimale orario - incarichi provvisori e a tempo determinato

1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti presso una sola Azienda per 24 ore settimanali fino ad un massimo, su base volontaria, di 38 ore settimanali.
2. In attesa del conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, l'Azienda conferisce incarichi di sostituzione, a tempo determinato o provvisori di cui all'art. 74 dell'ACN.
3. Gli incarichi di cui all'art. 74 dell'ACN vengono conferiti per 24 ore settimanali, fino ad un massimo di 38 ore settimanali, su base volontaria. L'incarico a 38 ore settimanali comporta un rapporto di esclusività.
4. Le Aziende USL, in base a specifiche esigenze, o in costanza di medici con incarico temporaneo e/o medici iscritti al Corso Formazione Specifica Medicina Generale, possono conferire incarichi provvisori o a tempo determinato per 12 ore settimanali, per garantire la copertura dei turni e la disponibilità di medici per la reperibilità.

5. Le Aziende USL possono organizzare turni di 12 ore di reperibilità domiciliare notturna e festiva, diurna e notturna per garantire il servizio in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno, prevedendo un compenso forfettario omnicomprensivo pari a 50,00€/turno con calendarizzazione mensile.
6. Tale compenso sarà sommato alla remunerazione del servizio in caso di attivazione del turno.
7. Il medico in turno di reperibilità, in caso di chiamata, dovrà garantire la presenza in servizio nel minor tempo possibile dall'attivazione. A tal fine le Aziende definiscono la calendarizzazione con priorità dei medici residenti nell'ambito dell'Azienda/Distretto, fatto salvo diverse determinazioni in sede di accordi integrativi locali.
8. I turni di servizio e di reperibilità dei succitati medici incaricati devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva, fra tutti i medici incaricati, dei turni diurni, notturni e festivi sull'orario mensile.

Art. 70 – Compiti e partecipazione alle équipes assistenziali di residenzialità penitenziaria

1. I medici operanti nelle strutture penitenziarie di cui all'art. 71 dell'ACN, garantiscono le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi e cura previste dai Livelli Essenziali di Assistenza di tutta la popolazione detenuta oltre che quelle certificative e di relazione istituzionale con l'autorità giudiziaria, a cui si aggiungono i seguenti obiettivi di salute della popolazione detenuta che devono coincidere con quelli dei cittadini liberi, avendo entrambi pari dignità rispetto alla cura e alla promozione:
 - a) del benessere mirato all'assunzione di responsabilità diretta nei confronti della propria salute, in particolare all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;
 - b) di azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, attraverso progetti specifici, per patologie e target diversificati di popolazione, in rapporto all'età, al genere, e alle diverse etnie;
 - c) di azioni di prevenzione del disagio e del contrasto dei fattori di rischio al fine di ridurre gli atti di autolesionismo e il fenomeno suicidario.
2. Analogamente, l'organizzazione e il sistema dei servizi offerti devono corrispondere a quelli accessibili sul territorio, con le opportune integrazioni e adattamenti al contesto di intervento.
3. Lo staff medico del carcere è da intendersi come "équipe assistenziale di residenzialità penitenziaria", in analogia alla "équipe territoriale".
4. Tale équipe si riunisce periodicamente ed effettua l'esame delle condizioni della popolazione carceraria affidata e definisce l'organizzazione della presa in carico in relazione alle patologie presenti.
5. In particolare, l'équipe di residenzialità penitenziaria è chiamata a:
 - a) partecipare a campagne vaccinali definite da apposite circolari regionali in materia;
 - b) gestire le patologie cronico-degenerative, secondo le linee guida/PDTA aziendali;
 - c) partecipare alla gestione delle condizioni di dipendenze patologiche e delle patologie di ambito psichiatrico;

- d) gestire in modo appropriato i Piani Terapeutici AIFA;
 - e) favorire la promozione di corretti stili di vita;
 - f) utilizzare ed aggiornare la scheda sanitaria individuale del paziente utilizzando l'applicativo fornito dall'AUSL per la registrazione delle prestazioni/interventi effettuati;
 - g) contribuire ad una riduzione degli invii al Pronto Soccorso (invio appropriato);
 - h) ad un utilizzo appropriato della prescrizione di diagnostica strumentale;
 - i) utilizzo di attrezzature per attività diagnostiche di base in autonomia;
 - j) utilizzo ed implementazione della telemedicina;
 - k) fungere da Tutor per garantire attività di formazione rivolta sia a Medici provenienti da Scuole di specialità Universitarie e regolarmente frequentanti gli IIPP, sia a Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale.
6. Per le attività di cui al precedente comma 5, in considerazione della collaborazione e dell'ulteriore impegno per la piena realizzazione dei succitati ambiti, ai medici di assistenza penitenziaria operanti nella struttura carceraria, sarà riconosciuto un incentivo orario addizionale rispetto a quello previsto dall'art 75, co. 1 e co. 2 dell'ACN pari a 15,75 € in relazione alle attività aggiuntive definite come sopra, da sviluppare all'interno di appositi accordi integrativi locali corredati da opportuni indicatori a cui seguirà un costante monitoraggio dei risultati.
7. Si rimandano le Aziende USL alla eventuale negoziazione e stipula di accordi integrativi aziendali al fine di riconoscimenti economici ulteriori rispetto a quelli contenuti nel presente Accordo Integrativo Regionale, in merito alla differente complessità organizzativa dei relativi Istituti Penitenziari sul territorio regionale (ad esempio, presenza art. 41 bis, SAI, ecc.), nonché al differente ruolo dei medici coinvolti.

Art. 71 – Idoneità delle sedi

1. Le Aziende assicurano per l'espletamento del servizio di Medicina Penitenziaria, relativamente agli ambiti e alle funzioni di pertinenza, la sicurezza e l'idoneità delle sedi, sia per quanto attiene alla struttura che alla dotazione tecnologica, con particolare riferimento allo sviluppo della rete informatica necessaria per le integrazioni organizzative e professionali più volte richiamate e per le dovute azioni di monitoraggio

Art. 72 – Formazione per i medici operanti all'interno delle strutture carcerarie

1. La partecipazione alla formazione definita dall'Azienda USL è un elemento fondamentale per aumentare le competenze dei Professionisti.
2. I medici operanti all'interno della struttura carceraria sono tenuti a partecipare a corsi di formazione specifica, sia di carattere clinico che organizzativo.
3. Tali corsi saranno organizzati dalle Aziende nel quadro dell'attuazione del piano formativo annuale.
4. I temi dell'attività formativa verranno individuati nel novero delle tematiche proprie dell'Assistenza Primaria permettendo anche la fruizione/partecipazione alle iniziative

formative rivolte ai Medici del Ruolo Unico Assistenza Primaria ivi comprese quelle oggetto di particolari forme di accreditamento professionalizzante.

5. Si intenderanno validi a tal fine anche i corsi di formazione proposti attraverso i canali di formazione regionale cui accedere da parte di ogni medico, purché coerenti con le finalità e gli obiettivi propri della articolazione aziendale di riferimento.

Art. 73 – Responsabile/Referente del servizio sanitario penitenziario

1. Qualora le Aziende individuino un medico di assistenza penitenziaria di cui al CAPO IV dell'ACN, quale medico Responsabile/Referente del servizio sanitario penitenziario, dovrà essere titolare di incarico a tempo indeterminato, con comprovata conoscenza degli aspetti giuridici e organizzativi dell'amministrazione penitenziaria, nonché esperienza clinica e assistenziale in ambito carcerario nel triennio antecedente, in considerazione della durata dell'incarico, di norma triennale.
2. Al Responsabile/Referente viene riconosciuto un compenso di 1000€/mese, in relazione ai risultati ottenuti in riferimento ai seguenti compiti:
 - a) garantisce la sua presenza tutti i giorni feriali, secondo quanto stabilito in funzione della tipologia del presidio e le esigenze di servizio definite dall'Azienda di competenza;
 - b) coordina gli interventi di tutte le professionalità sanitarie coinvolte e garantisce il regolare svolgimento delle attività previste dal modello organizzativo;
 - c) definisce i generali bisogni assistenziali dei detenuti;
 - d) sovrintende alla corretta compilazione dei diari clinici da parte di tutti gli operatori preposti e alla tenuta di tutta la documentazione afferente;
 - e) è responsabile della gestione dei locali sanitari, della gestione di strumentazione ed arredi;
 - f) relaziona all'Autorità Giudiziaria e/o al Direttore del carcere lo stato di salute del detenuto. In sua assenza la funzione può essere delegata ad altro medico del presidio;
 - g) mantiene costanti rapporti con la direzione penitenziaria e le sue articolazioni funzionali, anche in ragione dell'alta complessità della gestione clinico-assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute ed internate;
 - h) organizzazione dei turni di reperibilità domiciliare di cui all'art. 74, co. 2 dell'ACN, per garantire il servizio in caso di assenza o impedimento del medico di turno.
3. Ai sensi dell'art. 71, co. 9 dell'ACN il Direttore Generale dell'AUSL conferisce la funzione, valuta annualmente i risultati raggiunti e può procedere alla sostituzione del responsabile/referente anche prima della scadenza dell'incarico.
4. Laddove all'interno del territorio aziendale insistano più istituti penitenziari, è facoltà dell'AUSL individuare un Coordinatore per ciascun istituto che, se nominato, si rapporta al Responsabile/Referente del servizio sanitario penitenziario. I compensi per il coordinatore di istituto penitenziario vengono previsti dagli accordi integrativi locali.

Art. 74 – Trattamento economico per i medici di assistenza penitenziaria

Per l'attività svolta dal medico di assistenza penitenziaria è corrisposto un compenso orario così articolato:

- I. incarico a 38 ore/settimana: al medico viene corrisposto il compenso pari a 40€/ora (25,72 € - art. 75 dell'ACN - più quota di incentivazione regionale pari a 14,28 €). Per ogni ora oltre le 38 ore/settimana, e fino ad un massimo, di norma, di 24 ore mensili aggiuntive, verrà corrisposto l'importo di 60€/ora;
- II. incarico a 24 ore/settimana: al medico viene corrisposto il compenso pari a 40€/ora (25,72 € - art. 75 dell'ACN - più quota di incentivazione regionale pari a 14,28 €). Lo stesso trattamento economico sarà corrisposto al medico incaricato provvisorio o a tempo determinato a 12 ore/settimana.

NORME FINALI E TRANSITORIE

Norma finale n. 1 - Formazione dei collaboratori di studio

1. Le AUSL promuovono iniziative volte a realizzare l'attività di formazione dei collaboratori di studio, sulla base delle linee guida nazionali o regionali vigenti.

Norma finale n. 2 - Attività territoriali programmate (ATP)

1. Le Aziende USL possono rinnovare gli incarichi ai medici già incaricati di attività territoriali programmate secondo quanto riportato all'interno dell'AIR 2006 (DGR n. 1398/2006).
2. Per ulteriori sopravvenute esigenze, l'Azienda USL può conferire incarichi a tempo determinato a medici, per un periodo non superiore a 12 mesi, eventualmente rinnovabile per ulteriori 12 mesi, per un impegno settimanale di 12 o 24 ore.
3. Gli incarichi saranno conferiti secondo il seguente ordine di priorità:
 - a) medici RUAP con riferimento alle attività orarie definite per la AFT di assegnazione;
 - b) medici RUAP a ciclo di scelta (che non abbiano optato per il ruolo unico), con precedenza per quelli con minor numero di scelte in carico;
 - c) medici RUAP a rapporto orario (che non abbiano optato per il ruolo unico), compatibilmente con il cumulo orario;
 - d) medici incaricati nel settore della Medicina dei Servizi, con priorità per chi ha minor numero di ore di incarico;
 - e) medici iscritti nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno in corso in cui vengono conferiti gli incarichi;
 - f) medici in possesso dei requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale di medicina

- g) generale, secondo la minore età alla data del conseguimento del diploma di laurea;
- h) medici iscritti nella graduatoria aziendale di disponibilità per incarichi a tempo determinato.

Norma finale n. 3 – Durata dell'accordo integrativo regionale

1. Le parti concordano che il presente accordo resta in vigore fino al 31/12/2029.
2. Resta inteso che, in caso di formale approvazione di un nuovo accordo collettivo nazionale o di modifiche normative che rendano necessario adeguare il contenuto del presente accordo, le parti sono tenute a concordare le necessarie modifiche al fine di conformarsi alle sopravvenute disposizioni normative nazionali.

Norma finale n. 4 – Contribuzione ENPAM

Tutti i compensi di cui al presente accordo sono assoggettati alla contribuzione ENPAM per le quote di competenza.

Norma transitoria n. 1 – Accordi attuativi aziendali

1. Nelle more della attuazione del presente AIR, tutti gli accordi attuativi aziendali (AAA) sono prorogati fino alla sottoscrizione dei nuovi AAA da approvare entro 180 giorni dalla approvazione, con DGR, del presente AIR. I nuovi AAA potranno prevedere, in coerenza con il presente AIR, nuove progettualità o la proroga di quelle esistenti.

Norma transitoria n. 2 – Massimali e rimodulazione fasce di cui art. 38, co. 1 ACN

1. Nelle more dell'implementazione del sistema ARA, al fine della rimodulazione del numero delle scelte e delle ore, per ciascun passaggio di fascia di cui all'art. 38, co. 1 dell'ACN, si deve tenere conto del carico assistenziale complessivo del medico, inclusi gli assistiti in deroga o temporanei.

Norma transitoria n. 3 - Attività di tutoraggio

1. Ai medici RUAP a tempo indeterminato che svolgono attività di tutoraggio per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale o in formazione specialistica di cui al D.lgs. n. 368/99 e ss.mm.ii., è riconosciuto un compenso forfetario di € 500 per mese e per ogni singolo tirocinante, così come già previsto all'Allegato 5 – voce n. 5) dell'AIR del 29.09.2006 (di cui alla DGR n. 1398/2006) pari ad € 6.000/12 mesi.
2. Di norma, compatibilmente con le caratteristiche delle sedi didattiche, il rapporto di assegnazione tutor/medici in formazione è di uno/uno. In presenza di più medici in formazione assegnati ad un medesimo medico tutor, il compenso omnicomprensivo riconosciuto è pari a € 500/mese.
3. Il Consiglio Didattico Regionale per la Formazione specifica in medicina generale ha individuato tre tipologie di percorsi formativi per permettere ai medici frequentanti il corso di poter svolgere contemporaneamente attività lavorativa prevista dalla normativa emergenziale in vigore:

- I. per i medici in formazione che svolgono il 100% di attività formativa, il tirocinio è tradizionale: 2 semestri presso due differenti MMG tutor;
- II. per i medici in formazione che svolgono attività lavorativa a tempo pieno o parziale (corsisti che svolgono attività quali MET, Medicina dei servizi, continuità assistenziale, medici operanti negli Istituti penitenziari) è previsto un tutor per corsista, per ogni semestre, per una frequenza di almeno il 20% delle ore previste distribuite in maniera omogenea nel semestre, con flessibilità mensile nelle forme organizzative che facilitino maggiormente la frequenza al corso e l'attività lavorativa (favorendo possibilmente incontri settimanali). A seconda delle esigenze e delle opportunità logistiche e organizzative delle sedi didattiche è possibile prevedere un tutor anche per più corsisti. Pertanto, anche i medici, che svolgono a tempo pieno (determinato o indeterminato) attività convenzionale diversa da quella di assistenza primaria a ciclo di scelta, sono tenuti ad effettuare il percorso formativo previsto presso il MMG tutor con una frequenza di almeno il 20% delle ore totali previste;
- III. per i medici in formazione che svolgono il 100% di attività lavorativa a tempo pieno nel ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta è previsto un tutor per corsista, per ogni semestre, per una frequenza di almeno il 10% delle ore previste distribuite in maniera omogenea nel semestre, con flessibilità mensile nelle forme organizzative che facilitino maggiormente la frequenza al corso e l'attività lavorativa (favorendo possibilmente incontri settimanali). A seconda delle esigenze e delle opportunità logistiche e organizzative delle sedi didattiche è possibile prevedere un tutor anche per più corsisti.

ALLEGATI

Allegato 1 – Modulo – Costituzione Équipe AFT - ai sensi della DGR (AIR.....)

Le parti concordano di rinviare la trattativa del presente allegato ad apposito Tavolo della Delegazione regionale. Gli accordi stipulati dal predetto Tavolo confluiscono in un addendum all'AIR e sono parte integrante e sostanziale dell'AIR stesso.

Allegato 2 - Schema di regolamento AFT

REGOLAMENTO DELL'AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT)

Art. 1 – Oggetto e ambito di applicazione

- a. Il presente Regolamento disciplina l'organizzazione, il funzionamento e le modalità operative dell'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) istituita ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, delle disposizioni regionali in materia e dell'Atto Aziendale dell'Azienda USL **[denominazione]**.
- b. L'AFT costituisce una forma organizzativa della Medicina Generale finalizzata a garantire l'appropriatezza, la continuità e la qualità dell'assistenza territoriale, nonché a concorrere al perseguimento degli obiettivi di salute stabiliti dalla programmazione sanitaria regionale e aziendale.

Art. 2 – Denominazione e ambito territoriale

- a. L'Aggregazione Funzionale Territoriale assume la denominazione di AFT **[denominazione]**.
- b. L'ambito territoriale di riferimento è individuato nei Comuni/quartieri/circoscrizioni **[indicare]**, con popolazione assistita pari a circa **[numero]** assistiti, come risultante dai dati aziendali.

Art. 3 – Composizione

- a. Fanno parte dell'AFT tutti i medici RUAP (con incarico a tempo indeterminato o temporaneo o a tempo determinato o di sostituzione) convenzionati operanti nell'ambito territoriale di riferimento, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente.

Art. 4 – Sede organizzativa

- a. La sede organizzativa dell'AFT è individuata presso **[indirizzo/struttura]** o altra sede funzionalmente idonea indicata dal Distretto.
- b. Gli atti, i verbali e la documentazione afferente al funzionamento dell'AFT sono conservati presso **[indicare indirizzo/struttura]**.

Art. 5 – Coordinamento

- a. L'AFT è coordinata da un Referente o, nei casi descritti dall'AIR 2026 all'art. 7, dal suo sostituto, eletto a maggioranza dai medici appartenenti all'AFT, tra i componenti della stessa. A parità di voti, costituisce motivo di precedenza l'anzianità di convenzionamento.
- b. Il referente di AFT decade dall'incarico nei casi richiamati dalle vigenti norme in materia di diritto penale, dall'ACN, in caso di sfiducia da parte di almeno i 2/3 dei medici componenti la AFT e in caso di sanzione disciplinare.
- c. La durata dell'incarico è di 3 anni, con possibilità di norma due rinnovi. Nei casi in cui non si ricevano candidature per il ruolo, l'Azienda USL può valutare di estendere il numero di rinnovi del mandato in capo al Referente in carica.
- d. Il Referente:
 - convoca e presiede le riunioni dell'AFT;

- rappresenta l'AFT nei rapporti con la Direzione di Distretto, con la Direzione del Dipartimento Cure Primarie e con l'Azienda USL;
- promuove il raggiungimento degli obiettivi di salute stabiliti;
- assicura la trasmissione ai componenti dell'AFT degli atti deliberativi aziendali;
- assicura la trasmissione al Distretto e/o Dipartimento delle Cure Primarie l'analisi e le valutazioni dei report di attività prodotti dall'Azienda USL.

18. Il referente di AFT che intenda dimettersi dall'incarico è tenuto a comunicarlo per iscritto all'AUSL con un preavviso minimo di 60 gg. Nelle more della nomina di un nuovo referente di AFT, la funzione è garantita dal suo sostituto.

Art. 6 – Modalità organizzative

- a. L'attività dell'AFT si esplica mediante riunioni periodiche, con cadenza almeno trimestrale, convocate dal Referente.
- b. Le suddette riunioni devono prevedere modalità di registrazione dei partecipanti.
- c. L'AFT si dota di strumenti di comunicazione e gestione condivisi, preferibilmente in modalità digitale, al fine di assicurare l'efficienza organizzativa.
- d. Le procedure interne di sostituzione e copertura delle assenze, nel rispetto della normativa contrattuale vigente sono le seguenti: **[INDICARE]**.
- e. L'AFT adotta i seguenti: protocolli clinici condivisi, percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) e procedure concordate con l'Azienda USL **[INDICARE]**.
- f. Le modalità organizzative e operative comuni, condivise dai componenti l'AFT, sono le seguenti: **[INDICARE]**.
- g. L'AFT trasmette al Dipartimento Cure Primarie e/o al Distretto, con periodicità almeno annuale, la relazione consuntiva sulle attività svolte e sul raggiungimento degli obiettivi programmati.
- h. Quanto previsto dalle precedenti lettere d) e f) sono declinabili tenendo conto delle specifiche caratteristiche di ciascuna AFT.

Art. 7 – Gestione dei turni nell'ambito dell'attività oraria

- a. I Referenti delle AFT, in collaborazione con i Coordinatori dell'attività oraria a livello distrettuale, provvedono alla predisposizione della turnistica e delle reperibilità secondo le seguenti indicazioni e i seguenti principi:
 - I. il medico designato per l'effettuazione di turno di guardia attivo deve essere presente nella sede assegnatagli fin dall'inizio del turno. Laddove il servizio preveda una forma di disponibilità domiciliare o lavoro remoto, il medico deve risultare presente e contattabile nel sistema elettronico e telefonico;
 - II. il medico designato per l'effettuazione di turno di reperibilità deve garantire la propria reperibilità a partire da un'ora prima dell'inizio del turno fino a un'ora dopo;
 - III. il medico deve essere presente fino all'orario di fine turno o comunque all'arrivo del medico che continua il servizio laddove lo stesso prosegua oltre il turno di servizio;

- IV. il medico è tenuto allo svolgimento di tutti i turni di servizio assegnati ed al rispetto della loro articolazione oraria; in caso di improvviso impedimento o per particolari necessità il medico è tenuto a comunicare al proprio Coordinatore l'impossibilità alla copertura. Quest'ultimo, verificata l'esigenza, provvede alla sostituzione mediante attivazione del reperibile previsto dalla turnistica. L'impossibilità a coprire un turno deve essere legata a motivi oggettivi e non prevedibili e deve essere comunicata ai riferimenti indicati dall'Azienda. Il mancato rispetto dei turni di servizio assegnati e/o dell'orario settimanale di incarico costituisce inadempimento di compiti ed obblighi convenzionali previsti nell'ACN. Le parti convengono che, nel caso di incarichi provvisori di cui all'art. 37 dell'ACN, il mancato rispetto degli obblighi convenzionali in termini di orario di incarico, protratti per oltre **[indicare mesi]**, all'infuori delle ipotesi di cui all'art. 22 e 23 dell'ACN, comportano la immediata decadenza dall'incarico provvisorio ricoperto e lo scorrimento della graduatoria, al fine dell'assegnazione di tale incarico ad altro medico utilmente collocato nella stessa. All'atto del conferimento degli incarichi RUAP, il medico riceve modulo informativo che segnala l'importanza del rispetto dell'orario convenzionale di incarico.

Art. 8 – Formazione e aggiornamento

- a. L'AFT promuove e partecipa a programmi di formazione permanente e aggiornamento professionale, in coerenza con la programmazione aziendale.
- b. La partecipazione alle attività formative costituisce impegno professionale dei componenti.

Art. 9 – Funzionamento e deliberazioni

- a. Le riunioni sono valide con la presenza della maggioranza assoluta dei componenti dell'AFT di riferimento.
- b. Di ogni riunione è redatto verbale, sottoscritto dal Referente o suo sostituto, conservato presso la sede di AFT e trasmesso al Distretto e/o Dipartimenti Cure Primarie per conoscenza.

Art. 10 – Monitoraggio e valutazione

- a. L'AFT è soggetta a monitoraggio periodico da parte della Direzione di Distretto, sulla base degli indicatori di processo ed esito definiti a livello regionale e aziendale.
- b. I risultati del monitoraggio sono oggetto di valutazione collegiale da parte dei componenti dell'AFT.

Art. 11 – Adesione e recesso

- a. L'adesione all'AFT è obbligatoria per tutti i medici RUAP convenzionati nell'ambito territoriale, ai sensi delle disposizioni contrattuali e normative vigenti.
- b. Il recesso dall'AFT può avvenire esclusivamente per cessazione o trasferimento dell'attività professionale al di fuori del territorio di riferimento dell'AFT.

Art. 12 – Revisione del regolamento

- a. Il presente Regolamento può essere modificato su proposta del Referente di AFT e di almeno un terzo dei medici componenti la AFT.

- b. Le modifiche sono discusse ed eventualmente approvate con il voto favorevole della maggioranza assoluta dei componenti della AFT ed entrano in vigore previa validazione da parte del Comitato aziendale.

Art. 15 – Disposizioni finali

- a. Per quanto non espressamente previsto dal Regolamento di AFT, si applicano le disposizioni contenute nell'ACN, nella normativa regionale e nell'atto aziendale dell'Azienda USL **[INDICARE]**.
- b. Il Regolamento è definito dal Comitato aziendale ed entra in vigore dalla data della sua approvazione.

Allegato 3 - Prestazioni aggiuntive del medico RUAP nelle strutture residenziali accreditate

Per le prestazioni aggiuntive eseguite dal medico valgono le tariffe di seguito riportate:

A) Prestazioni eseguibili senza notificazione preventiva all'Azienda

• Sutura di ferita superficiale con filo e medicazione	10
• Cateterismo uretrale uomo	10
• Tamponamento nasale anteriore	8
• Lavanda gastrica	15
• Iniezione Gammaglobulina	7,5
• Incisione di ascesso	30
• Rimozione tappi di cerume	20

B) Prestazioni eseguibili con notificazione preventiva all'Azienda

• Ciclo Fleboclisi - per ciascuna flebo	15
• Ciclo curativo di Iniezioni Endovenose (per ogni iniezione)	10
• Ciclo Aerosol o Inalazioni caldo-umide - Studio professionale medico dotazione impianti fissi (per prestazione singola)	3

C) Vaccinazioni non obbligatorie come da allegato 5

D) Altre Prestazioni aggiuntive ex AIR

• Endovena urgente	10
• Courettage escara necrotica	25
• Infiltrazione intrarticolare	24
• Toracentesi	70
• Paracentesi	60
• Applicazione bendaggio di contenimento in caso di distorsioni o fratture (escluso materiale se non in dotazione al NCP - AFT)	10
• Artrocentesi o evacuazione ematoma	20
• Posizionamento sondino naso gastrico	20
• Rimozione apparecchio gessato o Bendaggio contenitivo	20

Allegato 4 – Prestazioni aggiuntive del medico RUAP

Per le prestazioni aggiuntive eseguite dal medico valgono le tariffe di seguito riportate:

A) Prestazioni eseguibili senza notificazione preventiva all'Azienda

• Prima Medicazione su ferita non precedentemente medicata	15
• Sutura di ferita superficiale con filo e medicazione	15
• Successive medicazioni	10
• Rimozione punti di sutura e medicazione	15
• Cateterismo uretrale uomo	15
• Cateterismo uretrale donna	10
• Tamponamento nasale anteriore	10
• Fleboclisi (Unica eseguibile urgente)	15
• Lavanda gastrica	12,32
• Iniezione Gammaglobulina in studio	8
• Iniezione sottocutanea desensibilizzante (dotazione frigorifero)	12
• Tampone faringeo e/o nasofaringeo (una prestazione per accesso)	12
• Incisione di ascesso	30
• Rimozione tappi di cerume	20
• Posizionamento /modifica farmacologica pompa elastomerica	15

B) Prestazioni eseguibili con notificazione preventiva all'Azienda

• Ciclo Fleboclisi - per ciascuna flebo	15
• Ciclo curativo di Iniezioni Endovenose (per ogni iniezione)	9
• Ciclo Aerosol o Inalazioni caldo-umide - Studio professionale medico dotazione impianti fissi (per prestazione singola)	3

C) Vaccinazioni non obbligatorie come da allegato 5

D) Altre Prestazioni aggiuntive ex AIR

• Endovena urgente	10
• Courettage escara necrotica	25
• Infiltrazione intrarticolare	30
• Toracentesi	70
• Paracentesi	60
• Applicazione bendaggio di contenimento in caso di distorsioni o fratture (escluso materiale se non in dotazione al NCP - AFT)	20
• Artrocentesi o evacuazione ematoma	20
• Posizionamento sondino naso gastrico	20
• Rimozione apparecchio gessato o Bendaggio contenitivo	20

E) Altre Prestazioni aggiuntive effettuabili previo progetto aziendale

Prestazioni che, ai sensi dell'ACN 21 ottobre 2018, articolo 2, comm3, rientrano all'interno di percorsi di presa in carico per i soggetti affetti da patologie_croniche e da fragilità o per categorie di assistiti, tenendo conto degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale di cui all'articolo 1 dell'ACN 21 giugno 2018, nonché delle progettualità aziendali.

- Ecografia Generalista
- ECG in telemedicina in studio
- Holter pressorio
- Sutura ferita superficiale con cerottazione
- Emotrasfusione Assistenza + Prove Crociate
- Albumina
- ECG in telemedicina domiciliare
- Holter cardiaco 24 h
- Spirometria - progetto aziendale – strumento medico

Con riferimento all'attività di scelta, nei casi di urgenza ovvero previo accordo con il medico curante come definito nel regolamento di AFT, ogni medico RUAP, nell'ambito delle AFT, può effettuare prestazioni aggiuntive di cui al presente allegato (ivi incluse quelle vaccinali di cui al seguente allegato 5) a pazienti di altro medico della stessa AFT, notulando a suo nome ed essendo direttamente compensato per tali prestazioni.

Le AUSL si riservano il diritto di effettuare monitoraggi e controlli rispetto all'effettiva erogazione delle prestazioni rendicontate e alla relativa appropriatezza.

Allegato 5 – Partecipazione alla campagna vaccinale dei medici RUAP

Per la partecipazione dei medici RUAP alla campagna vaccinale nazionale e regionale, le parti concordano quanto segue.

Obiettivi

Obiettivo del presente accordo è quello di facilitare l'accesso alle vaccinazioni inserite nel PRPV 2023-2025 a tutta la popolazione assistita dai medici di assistenza primaria che effettuano attività a ciclo di scelta, in virtù della capillare distribuzione sul territorio, permettendo così il raggiungimento di coperture ottimali volte a diminuire l'incidenza delle malattie infettive prevenibili e delle loro complicanze, sia nei soggetti sani sia in quelli affetti da malattie croniche, che negli operatori sanitari.

Tale obiettivo è coerente con le caratteristiche di universalità ed equità di accesso alle cure nonché di appropriatezza dell'uso delle risorse e tiene conto della sostenibilità economica e del gradimento dei cittadini riguardo all'assistenza fornita dal proprio medico di assistenza primaria.

Il ruolo del medico di assistenza primaria è centrale, soprattutto per quelle fasce di popolazione che, presentando o meno rischi aumentati, potrebbero presentare bassi livelli di adesione in mancanza di una corretta informazione garantita dal medico di medicina generale cui lo lega il rapporto fiduciario.

I rappresentanti sindacali dei medici di medicina generale hanno confermato la loro disponibilità al coinvolgimento attivo nella campagna vaccinale anche per l'anno 2025- 2026.

Si ribadisce l'importanza che alcune vaccinazioni vadano offerte agli assistiti aventi diritto in qualsiasi momento dell'anno, quindi in maniera destagionalizzata rispetto alla campagna anti-influenzale del periodo invernale – in particolare anti-pneumococcica, anti-zoster, antidiftero-tetanica o anti diftero-tetanica-pertussica (dT/dTP).

È fondamentale la ricognizione dei pazienti non ancora vaccinati in corso di visite ambulatoriali di assistenza primaria per le patologie croniche, in particolare inserito nei PDTA (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, demenza, altri) in quanto questa popolazione rappresenta indubbiamente la parte di assistiti a maggiore rischio clinico.

Sedi dove effettuare la vaccinazione

In considerazione dell'organizzazione aziendale territoriale provinciale e delle forme associative tra medici di assistenza primaria esistenti, il medico può scegliere di vaccinare:

- all'interno del proprio studio medico, con possibilità di utilizzare proprio personale amministrativo e/o infermieristico;
- nei locali di pertinenza delle AFT, con possibilità di utilizzare proprio personale amministrativo e/o infermieristico;
- in un ambulatorio di prossimità istituito in sedi di volta in volta individuate dall'AUSL, per la vaccinazione il più vicino possibile al domicilio di pazienti appartenenti a categorie di fragilità concordate con l'AUSL, in base alle priorità stabilite dal PNPV vigente e dalla programmazione regionale;

- a domicilio per vaccinare gruppi di popolazione fragile (Pazienti in ADI, ADP, Pz. non trasportabili);
- nelle strutture residenziali.

Compiti e responsabilità del medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta

Nell'ambito delle attività vaccinali sono compiti del medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta:

- informazione e promozione delle vaccinazioni;
- controllo dello stato vaccinale attraverso l'utilizzo dell'anagrafe vaccinale e il richiamo attivo di alcune categorie (in particolare soggetti sottoposti a trattamenti dialitici, e tutti i soggetti a rischio per le vaccinazioni previste da calendario);
- consenso informato;
- effettuazione (anche tramite personale idoneo dedicato) della vaccinazione;
- registrazione delle vaccinazioni effettuate sull'anagrafe vaccinale regionale (tramite appositi gestionali della medicina generale e/o Portale SOLE);
- segnalazione degli eventi avversi;
- controllo e garanzia del mantenimento della catena del freddo, attraverso appositi semplici dispositivi che consentano la registrazione della temperatura;
- dotarsi di un Kit di farmaci per la gestione di una eventuale emergenza;

I medici di assistenza primaria effettuano la vaccinazione esclusivamente ai propri assistiti nell'ambito dell'attività a ciclo di scelta, ed eventualmente, per motivi organizzativi, anche agli assistiti in carico ai Colleghi componenti la stessa AFT. Su richiesta i medici di assistenza primaria possono essere esclusi dalla vaccinazione per motivi di salute (allergie, fragilità...).

Informazione e promozione delle vaccinazioni

In coerenza con il PNPV vigente e la programmazione regionale, il medico di assistenza primaria:

- propone la vaccinazione antinfluenzale e la vaccinazione anti-Covid-19 alle coorti delle persone con più di 60 anni, ai pazienti affetti da malattie croniche e a tutti i soggetti previsti dalla normativa;
- controlla nel corso dell'anno lo stato vaccinale dell'assistito e propone la vaccinazione anti Herpes zoster alle coorti dei 65 anni;
- controlla nel corso dell'anno lo stato vaccinale dell'assistito e propone la vaccinazione anti pneumococcica alle coorti dei 65 anni e ai pazienti affetti da malattie croniche;
- propone la vaccinazione anti dT/dTP a tutti gli assistiti che abbiano ricevuto l'ultima dose di richiamo da più di dieci anni.

Durante l'anno, con modalità organizzative scelte dal singolo medico o definite a livello di AFT o in occasione di visite ambulatoriali, viene controllato lo stato vaccinale e vengono proposte le vaccinazioni da integrare, secondo il calendario vaccinale regionale vigente, con eventuali recuperi degli aventi diritto delle precedenti campagne vaccinali. La Regione s'impegna a fornire materiale informativo a supporto, realizzato nell'ambito delle campagne di promozione della salute e delle vaccinazioni, in collaborazione con i Dipartimenti di Cure Primarie, per fasce d'età e popolazioni a rischio, inclusi i pazienti affetti da malattie croniche e donne in gravidanza, e a favorire la progettualità di comunicazione proattiva rivolta alla popolazione di riferimento.

Consenso informato

- Il paziente viene informato, secondo le specifiche disposizioni di legge, dei vantaggi della prevenzione vaccinale in termini di efficacia e sicurezza e di prevenzione delle malattie infettive trasmissibili connesse allo specifico vaccino nonché delle controindicazioni assolute e relative e dei possibili effetti collaterali.
- L'AUSL si impegna a mettere a disposizione dei cittadini sul sito internet aziendale i moduli di informativa, consenso, anamnesi per poterli precompilare prima di recarsi alla seduta vaccinale.

Effettuazione dell'atto vaccinale

La vaccinazione viene effettuata dal medico di assistenza primaria dell'assistito, dai colleghi facenti parte della stessa AFT, dagli infermieri di studio dietro indicazione del medico che ha in carico l'assistito e in presenza di almeno un medico in studio che sia informato della vaccinazione in corso. Il paziente dovrà trattenersi in studio dopo la vaccinazione secondo le disposizioni vigenti. Le vaccinazioni nei pazienti con condizioni cliniche che li espongono a rischio di reazione avversa severa dovranno essere effettuate in ambiente protetto secondo modalità concordate con l'Azienda.

I medici di assistenza primaria effettuano la vaccinazione esclusivamente ai propri assistiti nell'ambito dell'attività a ciclo di scelta, ed eventualmente, per motivi organizzativi, anche agli assistiti in carico ai Colleghi componenti la stessa forma associativa.

Registrazione delle vaccinazioni effettuate

La registrazione della vaccinazione, che dovrà essere effettuata di norma nelle 72 ore successive all'esecuzione dell'atto vaccinale, è eseguibile dal medico e dai componenti il team assistenziale e viene effettuata tramite il gestionale del medico di assistenza primaria (per tutte le vaccinazioni) oppure tramite il portale SOLE (per tutte le vaccinazioni eccetto la vaccinazione anti-difto-tetanico/difto-tetano-pertussica) compilando i campi obbligatori previsti.

Segnalazione degli eventi avversi

Il medico di assistenza primaria deve segnalare tempestivamente le reazioni avverse tramite l'invio dell'apposita scheda di segnalazione entro i tempi previsti, come da disposizioni Ministeriali (registrando il dato di reazione avversa sull'anagrafe vaccinale regionale).

Acquisizione e conservazione dei vaccini

Le modalità di richiesta e fornitura vaccini sono demandate allo specifico successivo accordo aziendale. Le quantità di vaccino necessarie saranno programmate in relazione ai bisogni rilevati dal Dipartimento di Cure Primarie/Dipartimento di Sanità Pubblica.

Il medico deve garantire il rispetto della catena del freddo e la conservazione in frigorifero dotato di apparecchio per il controllo e registrazione della temperatura e deve immediatamente segnalare, al referente aziendale identificato, eventuali non conformità (variazioni di temperatura, durata della variazione) al fine di mettere in atto le procedure di utilizzo, trasferimento o smaltimento delle dosi conservate.

La fornitura ritirata (numero vaccini per tipologia, lotto e scadenza) dovrà essere registrata a cura del personale dell'Azienda che consegna i vaccini per ogni singolo medico di assistenza primaria.

Le parti si impegnano, entro 12 mesi dalla delibera di approvazione del presente verbale d'intesa, a valutare la fattibilità di sperimentare una nuova modalità di distribuzione dei vaccini richiesti dai medici di assistenza primaria.

Rendicontazione e monitoraggio risorse economiche

Al fine di monitorare l'andamento della campagna vaccinale ogni anno con modalità periodica le Aziende Sanitarie forniscono, ai coordinatori di NCP/referenti di AFT, una reportistica (per singolo medico di assistenza primaria e per NCP/AFT) relativa al numero di vaccinazioni effettuate in relazione alle dosi consegnate e alle percentuali di copertura.

La Regione e le OO.SS. firmatarie del presente Verbale d'intesa, condividendo la necessità di consultazione della situazione vaccinale del singolo assistito, si impegnano a rendere operativa una modalità che consenta una visualizzazione agevole mediante l'integrazione di sistemi attraverso Portale Sole.

Il pagamento della campagna vaccinale antinfluenzale dovrà avvenire, come per le altre vaccinazioni, mensilmente. La retribuzione di eventuali incentivi per la vaccinazione antinfluenzale, invece, verrà calcolata a fine campagna vaccinale e, di norma, entro il mese di giugno dell'anno successivo all'inizio della campagna vaccinale.

Le vaccinazioni effettuate dal sostituto del medico di assistenza primaria (per le sostituzioni oltre 30 giorni di sostituzione ovvero incaricato dalla AUSL) o da colleghi afferenti alla forma associativa o all'AFT dovranno essere remunerate direttamente al medico che ha effettuato la prestazione, al fine della valutazione degli obiettivi di risultato sarà valutata la copertura complessiva (sia le vaccinazioni effettuate dal medico che quelle eseguite dai suoi sostituti).

Per le sostituzioni inferiori a 30 giorni la prestazione viene remunerata al medico titolare della scelta.

Formazione

Le parti concordano che sarà cura delle Aziende programmare e realizzare nell'ambito della Formazione Permanente della Medicina Generale, corsi specifici sui temi inerenti il presente verbale di intesa prevedendo, se necessario, anche eventi straordinari rispetto al piano di formazione già approvato dalle Aziende.

4. VACCINAZIONI OGGETTO DEL PRESENTE ACCORDO

Le parti concordano che i medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta, partecipano attivamente all'effettuazione delle seguenti vaccinazioni:

- Anti-Covid-19
- Anti-influenzale
- Anti-pneumococcica
- Antitetanica (DT o DTP)
- Anti-Herpes zoster

4.1. Vaccinazione anti-Covid-19

Remunerazione dal 1° maggio 2025

- l'effettuazione della vaccinazione da parte dei medici di assistenza primaria è remunerata, per le attività regolarmente rendicontate, con quota pari a 10,50 euro;
- viene demandata agli Accordi Locali l'organizzazione e il compenso (non inferiore a 60 Euro/ora come da AIR vigente) in sedi diverse degli ambulatori dei medici di assistenza primaria definite in ambito aziendale (es. giornate dedicate a vaccinazioni);

- per i pazienti vaccinati a domicilio e già inseriti in ADI/ADP è prevista la quota ADI/ ADP (35/30 euro) + quota regionale per prima dose (7,50 euro);
- per i pazienti vaccinati a domicilio causa difficoltà al trasporto degli stessi è prevista la quota ADP (30 euro) + quota regionale per prima dose (7,50 euro);
- per i pazienti vaccinati nelle CRA è riconosciuta la quota regionale per prima dose (7,50 euro).

4.2. Vaccinazione anti-influenzale

Le parti concordano di dare continuità al progetto, avente come obiettivo la prevenzione dell'influenza nell'ambito della popolazione a rischio, così come previsto dalla Regione Emilia-Romagna.

Compiti della Regione

- facilitare l'approvvigionamento e la consegna delle dosi di vaccino;
- qualora l'approvvigionamento dovesse avvenire in maniera frazionata, la consegna ai medici di assistenza primaria dovrà avvenire tenendo ovviamente presente lo storico della precedente stagione vaccinale 2024-2025;
- produrre gli elenchi degli assistiti aventi diritto e trasmetterli ai medici di assistenza primaria tramite il Portale SOLE.

Compiti del medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta:

- prestare la loro collaborazione, anche per quanto riguarda la campagna informativa, in favore degli assistiti;
- ricevere o ritirare presso le sedi comunicate dal DCP i vaccini assegnati;
- mettere a disposizione le dosi non utilizzate ai colleghi che ne avessero
- eventualmente bisogno;
- la vaccinazione dovrà essere correttamente registrata nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, adeguatamente aggiornato, per consentire l'invio telematico mediante il Portale SOLE.

Remunerazione

- L'AUSL riconoscerà ai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta la quota prevista negli Allegati n. 4 e 6 (per le CRA) dell'AIR 2006 per ogni paziente vaccinato, appartenente ad una delle categorie a rischio, vale a dire € 7,50 (€ 7,00 per le CRA), che verrà liquidata mensilmente grazie alla rendicontazione sul Portale SOLE.
- Ai medici che abbiano vaccinato almeno il 55% della propria popolazione assistita di età uguale o superiore a 60 anni, è corrisposto, al netto della quota ENPAM, un incentivo su tutte le vaccinazioni somministrate declinato come segue:
 - qualora sia raggiunto l'obiettivo individuale pari al 55% di assistiti vaccinati: la quota aggiuntiva per ogni vaccinazione è pari a 2 euro;
 - qualora sia raggiunto l'obiettivo individuale pari al 65% di assistiti vaccinati: la quota aggiuntiva per ogni vaccinazione è pari a 2,5 euro;
 - qualora sia raggiunto l'obiettivo individuale pari al 70% di assistiti vaccinati: la quota aggiuntiva per ogni vaccinazione è pari a 3 euro;
 - qualora sia raggiunto l'obiettivo individuale pari al 75% di assistiti vaccinati: la quota aggiuntiva per ogni vaccinazione è pari a 5 euro.

- Le suddette incentivazioni vengono riconosciute per i vaccini somministrati compresi quelli ai pazienti ospiti di strutture residenziali a cui il medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta somministra il vaccino.
- Per i pazienti vaccinati a domicilio e già inseriti in ADI/ADP è prevista la quota ADI/ADP (35/30 euro) + quota regionale di 7,5 euro;
- Per i pazienti vaccinati a domicilio causa difficoltà al trasporto degli stessi è prevista la quota ADP (30 euro) + quota regionale di 7,5 euro;
- Per le vaccinazioni effettuate in favore della popolazione non target, il vaccino dovrà essere acquistato dal paziente che provvederà, inoltre, a remunerare direttamente il medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta con € 16,00. Dette vaccinazioni dovranno essere registrate nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, per consentire l'invio telematico mediante Progetto SOLE.
- La popolazione target è costituita dai soli assistiti non vaccinati presso altre sedi.
- Pertanto, il calcolo della percentuale del singolo medico viene effettuato rapportando gli assistiti vaccinati dal medico al totale degli assistiti eleggibili al netto di quelli vaccinati presso altre sedi.
- La verifica dei risultati raggiunti dai medici di assistenza primaria sarà effettuata entro il primo semestre dell'anno di riferimento della campagna vaccinale antinfluenzale. L'AUSL pagherà l'incentivo ai medici di assistenza primaria che ne hanno diritto, con le competenze di luglio pagate a agosto e comunque, non oltre il termine delle competenze di settembre.

4.3. Vaccinazione anti-pneumococcica

Compiti del medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta

- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano a collaborare alla effettuazione della vaccinazione anti-pneumococcica, con particolare riferimento, per l'anno 2025, ai soggetti nati nel 1960;
- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano a collaborare alla effettuazione della vaccinazione anti-pneumococcica, con particolare riferimento, per l'anno 2026, ai soggetti nati nel 1961;
- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano a collaborare alla effettuazione della vaccinazione anti-pneumococcica, con particolare riferimento, ai pazienti fragili individuati come iscritti a un PDTA aziendale esistente.

Remunerazione

- L'AUSL riconoscerà ai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta la quota prevista negli Allegati n. 4 e 6 dell'AIR 2006 per ogni paziente vaccinato vale a dire € 7,50 (€ 7,00 per le CRA) oltre ad una quota aggiuntiva di € 3 per gli assistiti nati nel 1960 per il 2025, per i nati nel 1961 per il 2026 e per i pazienti fragili individuati come iscritti a un PDTA aziendale esistente; il compenso verrà liquidato annualmente mediante la rendicontazione sul Portale SOLE, valida anche ai fini della comunicazione al DSP;
- Le suddette tariffe vanno applicate a tutti i vaccini somministrati compresi quelli ai pazienti ricoverati in strutture residenziali vaccinati dai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta (comprese le CRA) • Per i pazienti vaccinati a domicilio e già inseriti in ADI/ADP è prevista la quota ADI/ADP (35/30 euro) + quota regionale di 7,5 euro;
- Per i pazienti vaccinati a domicilio causa difficoltà al trasporto degli stessi è prevista la quota ADP (30 euro) + quota regionale di 7,5 euro;

- La vaccinazione dovrà essere correttamente registrata nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, adeguatamente aggiornato, per consentire l'invio telematico mediante il Portale SOLE;
- La popolazione target è costituita dai soli assistiti non vaccinati presso altre sedi. Pertanto, il calcolo della percentuale del singolo medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta viene effettuato rapportando gli assistiti vaccinati dal medico al totale degli assistiti eleggibili al netto di quelli vaccinati presso altre sedi.

4.4. Vaccinazione anti-tetanica (DT, DTP)

Compiti della Regione

- La Regione si impegna a garantire ai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta la fornitura delle dosi di vaccino a lunga conservazione per ogni tipologia sotto individuata. Viene tuttavia raccomandato un costante approvvigionamento per eseguire prioritariamente la somministrazione del vaccino tetano-difterite-pertosse.

Compiti del medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta

- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano a partecipare alla vaccinazione antitetanica; in particolare si rendono disponibili a somministrare ai propri assistiti:
 - Vaccino tetano-difterite;
 - Vaccino tetano-difterite-pertosse;
- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si fanno altresì carico di effettuare il richiamo decennale per i propri assistiti.

Remunerazione

- Si conferma il compenso secondo quanto previsto negli Allegati n. 4 e 6 dell'AIR 2006 per ogni per ogni singola vaccinazione, compresi i richiami, registrati e conseguentemente inviati tramite il portale SOLE, sia per gli aspetti economici sia di comunicazione al DSP.
- Le suddette tariffe vanno applicate a tutti i vaccini somministrati compresi quelli ai pazienti ricoverati in strutture residenziali vaccinati dai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta (comprese le CRA).
- Per i pazienti vaccinati a domicilio e già inseriti in ADI/ADP è prevista la quota ADI/ADP (35/30 euro) + quota regionale di 7,5 euro.
- Per i pazienti vaccinati a domicilio causa difficoltà al trasporto degli stessi è prevista la quota ADP (30 euro) + quota regionale di 7,5 euro.
- La vaccinazione dovrà essere correttamente registrata nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, adeguatamente aggiornato, per consentire l'invio telematico mediante il Portale SOLE.

4.5. Vaccinazione anti-Herpes zoster

Le parti concordano che anche in considerazione dei risultati della sperimentazione di cui al verbale di intesa precedente (DGR 2024) il target identificato per la partecipazione dei medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta alla campagna vaccinale contro l'Herpes zoster è la coorte dei 65 enni come da PNPV vigente.

Compiti della Regione

- La Regione si impegna a far sì che le Aziende Sanitarie forniscano ai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta le dosi vaccinali relative al numero di assistiti della coorte individuata.
- Compiti del medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta.
- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano a collaborare alla effettuazione della vaccinazione anti-Herpes zoster, con particolare riferimento, per l'anno 2025, ai soggetti nati nel 1960;
- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano a collaborare alla effettuazione della vaccinazione anti-Herpes zoster, con particolare riferimento, per l'anno 2026, ai soggetti nati nel 1961;
- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano ad applicare rigorosamente la schedula raccomandata e, considerati i costi ingenti del vaccino e le evidenze scientifiche della sua inefficacia se non somministrato secondo la schedula raccomandata, a calibrare gli approvvigionamenti rispetto ai propri assistiti target, a informare debitamente l'Azienda Sanitaria di eventuali rimanenze, nonché a coordinarsi con i colleghi della AFT di riferimento per un'eventuale redistribuzione delle dosi.

Remunerazione

- L'AUSL riconoscerà ai i medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta la quota prevista nell'Allegato n. 4 dell'AIR 2006 per ogni paziente vaccinato vale a dire € 7,50 oltre ad una quota di € 4,5 per ogni singola vaccinazione, compresi i richiami, registrati e conseguentemente inviati tramite il portale SOLE, sia per gli aspetti economici sia di comunicazione al DSP.
- Le suddette tariffe vanno applicate a tutti i vaccini somministrati compresi quelli ai pazienti ricoverati in strutture residenziali vaccinati dai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta (comprese le CRA).
- Per i pazienti vaccinati a domicilio e già inseriti in ADI/ADP è prevista la quota ADI/ADP (35/30 euro) + quota regionale di 7,50 euro.
- Per i pazienti vaccinati a domicilio causa difficoltà al trasporto degli stessi è prevista la quota ADP (30 euro) + quota regionale di 7,50 euro.

Norma finale 1 – Aggiornamento contenuti del presente allegato

Le parti concordano di rivedere periodicamente i contenuti del presente allegato alla luce di eventuali mutati scenari epidemiologici, evidenze scientifiche e innovazioni in campo biomedico.

Norma finale 2 - Accordi Aziendali in tema vaccinazioni

Eventuali accordi integrativi locali per la remunerazione aggiuntiva delle attività vaccinali attualmente in essere si ritengono superati a far data dalla entrata in vigore del presente AIR. Le Aziende USL possono, eventualmente, procedere con apposito accordo attuativo aziendale a introdurre ulteriori specifici obiettivi vaccinali da incentivare a livello locale.

Allegato 6 – Protocollo d'intesa per la determinazione di contingenti di personale medico

In applicazione di quanto previsto dall'art. 18 e dall'Allegato 4 dell'ACN relativamente alla determinazione dei contingenti di medici da esonerare dalla partecipazione a scioperi di categoria, si definisce quanto segue:

- per i medici della medicina dei servizi, esclusivamente al fine di garantire tutte le prestazioni rese nell'ambito dei servizi per tossicodipendenza, di igiene pubblica, d'igiene mentale, di medicina fiscale a norma dell'art. 2, co. 2, dell'Allegato 4 dell'ACN il contingente da garantire il numero di medici è individuato in ambito aziendale;
- per i medici dell'assistenza penitenziaria il contingente viene individuato tra i medici inseriti nei turni interessati dallo sciopero, assicurando la presenza del personale convenzionato normalmente impiegato durante il turno (contingente pieno);

Si richiamano inoltre i contenuti dell'ACN e del presente AIR per ciò che concerne i medici di assistenza primaria del ruolo unico ad attività oraria e i medici dell'emergenza sanitaria territoriale. Per tali tipologie di medici, il contingente viene individuato tra i medici inseriti nei turni interessati dallo sciopero, assicurando, a norma dell'art. 3, Allegato 4 dell'ACN, la presenza del personale convenzionato normalmente impiegato durante il turno (contingente pieno) a garanzia delle prestazioni indispensabili di cui all'art. 2 del citato allegato.

A norma dell'art. 3 dell'Allegato 4 dell'ACN e in conformità al presente Protocollo d'Intesa, l'Azienda USL, in occasione degli scioperi, provvede a individuare i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti alle OO.SS. locali e ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile. Le comunicazioni di adesione/non adesione allo sciopero indetto vanno inoltrate all'AUSL secondo le modalità dalla stessa definite.

In caso di adesione allo sciopero, il medico ha diritto a percepire un compenso pari al 60% del compenso forfettario annuo.

Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente Protocollo d'Intesa si rimanda all'ACN.

Allegato 7 – Assistenza domiciliare programmata e integrata nei confronti dei soggetti non ambulabili

Le parti concordano di rinviare la trattativa del presente allegato ad apposito Tavolo della Delegazione regionale. Gli accordi stipulati dal predetto Tavolo confluiscono in un addendum all'AIR e sono parte integrante e sostanziale dell'AIR stesso.

Allegato 8 – Applicazione delle misure di deburocratizzazione per attività sostitutive degli obblighi prescrittivi e certificativi spettanti a tutti i medici del SSR

È riconosciuto che una quota significativa del carico amministrativo gravante sui Medici RUAP è riconducibile alla necessità di supplire a obblighi prescrittivi e certificativi che, in base alla normativa vigente e ai provvedimenti regionali, sono di competenza degli specialisti operanti presso le strutture pubbliche e convenzionate. Tali attività, non rientranti tra gli obblighi contrattuali dei medici RUAP, determinano un rilevante aggravio quotidiano di lavoro, con conseguente sottrazione di tempo all'attività clinica e all'assistenza diretta ai pazienti.

In particolare, nei casi in cui lo specialista o la struttura ospedaliera attestino una prognosi lavorativa senza procedere al rilascio del relativo certificato di malattia (sia in formato cartaceo sia in modalità telematica INPS), l'onere improprio ricade sul medico curante. Quest'ultimo si trova così nella condizione di dover certificare una prognosi definita da altri professionisti e, frequentemente, di dover effettuare una visita domiciliare al fine di valutarne la congruità.

La finalità dell'intervento è pertanto quella di ridurre l'impatto negativo sulla continuità assistenziale e sulla sicurezza del paziente, prevenendo ritardi derivanti da omissioni prescrittive o certificative in ambito specialistico, nell'interesse primario della tutela della salute dei cittadini e della sostenibilità del SSN.

Un'efficace azione di deburocratizzazione può determinare, a costo zero, un miglioramento complessivo dell'efficienza e una migliore sostenibilità dell'intero SSR.

Le stesse Organizzazioni Sindacali (OO.SS.), in collaborazione con la Regione, hanno completato nel 2023 un rilevante lavoro congiunto che ha portato alla sottoscrizione di un "Quaderno della deburocratizzazione", la cui piena e concreta applicazione rappresenterebbe una risposta strutturale alle numerose problematiche emerse nel corso degli anni.

Con il presente accordo si propone pertanto di istituire, entro 60 giorni dalla approvazione dell'AIR stesso con deliberazione di Giunta, un Tavolo permanente tra le OO.SS. e la amministrazione regionale, con la possibilità di coinvolgere anche le OO.SS. dei medici specialisti dipendenti e convenzionati, al fine di rilanciare, diffondere e monitorare le buone pratiche in materia di deburocratizzazione della medicina territoriale, nonché di procedere alla verifica della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a carico del SSR.

A supporto del presente articolo si richiamano integralmente gli obblighi prescrittivi e certificativi già vigenti in capo agli specialisti del SSR, ed in particolare i seguenti riferimenti normativi.

Riferimenti normativi

- DGR n. 2142/2000: obbligo per lo specialista di prescrivere direttamente, su ricettario SSN, tutte le prestazioni ritenute necessarie, fatti salvi i casi di urgenza o di accesso al Pronto Soccorso;
- Art. 50 della Legge n. 326/2003 (Finanziaria 2004): obbligo per tutti i medici autorizzati all'utilizzo del ricettario SSN di prescrivere personalmente gli accertamenti ritenuti necessari;

- Art. 22, comma 11 dell'ACN Specialisti Ambulatoriali: obbligo di utilizzo del ricettario SSN per le indagini specialistiche e le prescrizioni farmacologiche;

Note regionali sulla presa in carico specialistica e sugli obblighi prescrittivi (Regione Emilia-Romagna; DGR n. 603/2019; intese sulla deburocratizzazione).

Bologna,

Il Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

FIMMG _____

SNAMI _____

SMI _____

FMT _____

Federazione CISL Medici _____

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 FEBBRAIO 2026, N. 187

Approvazione dello schema di Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) del 4 aprile 2024

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamato integralmente l'Accordo Collettivo Nazionale (di seguito ACN) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali del 4 aprile 2024, con particolare riferimento alle seguenti disposizioni:

- l'art. 3, che individua i contenuti demandati alla negoziazione regionale;
- l'art.3, co. 4, secondo il quale il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (di seguito AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale e in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché la modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e le materie esplicitamente rinviare dall'Accordo Collettivo Nazionale, incluso i programmi e progetti finalizzati di cui all'art. 41 del medesimo ACN;
- l'art. 14, co. 3, che individua le organizzazioni sindacali di categoria (di seguito OO.SS.) legittimate alla trattativa e alla stipula degli accordi regionali;

Richiamati:

- il Piano Regionale Prevenzione Vaccinale 2023/2025 approvato con propria deliberazione n. 2138/2023;
- il Piano Regionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza 2022-2025 approvato con propria deliberazione n. 540/2023;
- il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 approvato con propria deliberazione n. 2144/2021;

Richiamati le proprie deliberazioni:

- n. 632 del 28/04/2025 e n. 682 del 05/05/2025 recanti l'Atto di programmazione regionale per l'istituzione e attuazione delle nuove forme organizzative della medicina convenzionata: le Aggregazioni Funzionali Territoriali (di seguito AFT) e le Unità Complessa di Cure Primarie (di seguito UCCP), con le quali si è data applicazione di quanto previsto all'art.6, co. 2 del sopracitato ACN;

- n. 2210 del 22/12/2025 recante il documento "*Piano Regionale della Prevenzione 2026. Un ponte verso il nuovo prp 2027-2031*" che proroga il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 al 31 dicembre 2026

Rilevato che:

- dalla fine degli anni '90 la Regione Emilia-Romagna ha avviato un percorso di innovazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, per rispondere in maniera appropriata alla evoluzione dei bisogni della popolazione anche mediante l'attività degli specialisti ambulatoriali interni, dei veterinari e degli altri professionisti sanitari (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali;

- nell'ambito di tale percorso è stata posta una particolare attenzione alla integrazione tra ambito sanitario, socio-sanitario e sociale e alla implementazione di reti cliniche integrate, tra servizi ospedalieri e territoriali e sociali;

Tenuto conto che:

- il nuovo AIR individua le modalità di organizzazione dell'assistenza territoriale coerenti con il D.M. n. 77 del 23 maggio 2022, che vedono gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (di seguito SAI et al.), i medici del ruolo unico di assistenza primaria (di seguito medici RUAP) e i pediatri di libera scelta (di seguito PLS) come figure professionali strutturali per la costituzione e il funzionamento delle équipe multiprofessionali per una sanità territoriale sempre più accessibile ed integrata;

- in ambito distrettuale, le unità organizzative del nuovo modello assistenziale sono caratterizzate dalla condivisione di obiettivi e modalità operative indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite;

- l'articolazione delle suddette unità è orientata alla realizzazione di una programmazione dei servizi efficiente, efficace e sostenibile, per fornire ai cittadini e alle cittadine risposte assistenziali appropriate e con continuità;

- il nuovo AIR rafforza la partecipazione attiva dei SAI et al. in tutti gli ambiti territoriali, estendendola a un numero maggiore di malattie croniche, in stretta collaborazione con i medici RUAP e i PLS, nonché rafforza il loro coinvolgimento all'interno delle Case della Comunità;

- il nuovo AIR definisce il sistema di valutazione degli obiettivi di salute e di attività, indicati dalle Aziende Sanitarie, perseguiti dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (di seguito AFT), inclusi i target e i relativi indicatori;

- i suddetti indicatori, monitorati a livello regionale e misurati a livello di AFT, sono lo strumento di riferimento per l'applicazione di quanto previsto dall'ACN agli articoli: 43, lettera B, comma 7 (0,86 € per ora di attività), 44, lettera B, comma 6 (0,59 € per ora di attività), 49, comma 7 (1,08 € per ora di attività), integrate con quanto previsto dall'articolo 43, lettera B, comma 8, e dall'articolo 44, lettera B, comma 7;

Preso atto che:

- alla trattativa regionale hanno partecipato, in conformità a quanto previsto dall'art. 14 dell'ACN, le OO.SS. firmatarie del citato ACN, e precisamente: SUMAI, Federazione CISL Medici, UIL FPL, FESPA, e che le medesime OO.SS. hanno precedentemente provveduto a formalizzare la propria legittimità alla trattativa e alla stipula del medesimo Accordo integrativo regionale con documentazione agli atti del "Settore Assistenza Territoriale", afferente alla "Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare";

- la suddetta trattativa, conclusasi in data 27 novembre 2025, ha portato alla definizione dello schema di Accordo integrativo regionale allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1), fra le OO.SS.: SUMAI, Federazione CISL Medici, FESPA che rappresentano, complessivamente, la maggioranza delle deleghe sindacali a livello regionale;

Dato atto che il presente provvedimento trova copertura finanziaria nell'ambito del Fondo sanitario regionale 2026 e che l'assegnazione e il riparto a favore delle Aziende sanitarie delle risorse in questione sono rinviati a successivo;

Visti:

- il D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna";

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 325 del 7 marzo 2022 "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale";
- n. 1615 del 28 settembre 2022 "Modifica e assestamento degli assetti organizzativi di alcune Direzioni generali/Agenzie della Giunta regionale;
- n. 2077 del 27 novembre 2023 "Nomina del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza";
- n. 876 del 20 maggio 2024 "Modifica dei macro-assetti organizzativi della Giunta regionale";
- n. 2376 del 23 dicembre 2024, recante "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1° gennaio 2025", nonché le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017, relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni;
- n. 279 del 27 febbraio 2025, recante "Conferimento incarico di Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare a dirigente regionale";
- n. 1440 dell'08 settembre 2025, recante "PIAO 2025-2027. Aggiornamento a seguito di approvazione della legge regionale 25 luglio 2025 n. 7 "Assestamento e prima variazione al bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2025-2027";

Richiamate altresì le proprie determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 9 febbraio 2022, recante "Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto Legislativo n. 33/2013. Anno 2022";

- n. 25541 del 30 dicembre 2025, recante "Proroga incarichi dirigenziali nell'ambito della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare";

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

delibera

1. di recepire lo schema di Accordo integrativo regionale in attuazione dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) del 4 aprile 2024, definito dall'Assessore alle Politiche per la Salute e dalle Organizzazioni Sindacali: SUMAI, Federazione CISL Medici, FESPA, allegato al presente provvedimento quale parte integrante (Allegato 1);

2. di dare mandato al Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di sottoscrivere l'Accordo integrativo regionale nella formulazione dello schema di cui al precedente punto 1 del dispositivo, apportando in sede di sottoscrizione le modifiche non sostanziali che si rendessero necessarie;

3. di fissare la decorrenza della validità e degli effetti dell'Accordo integrativo regionale, allegato quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, alla data dell'ultima sottoscrizione dello stesso tra i firmatari che, per parte sindacale, rappresentano, complessivamente, la maggioranza delle deleghe sindacali a livello regionale;

4. che il presente provvedimento trova copertura finanziaria nell'ambito del Fondo sanitario regionale 2026 e che l'assegnazione e il riparto a favore delle Aziende sanitarie delle risorse in questione sono rinviati a successivo atto;
5. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi dell'art. 7-bis, comma3, del D.lgs. n. 33/2013, così come previsto dalle disposizioni normative ed amministrative richiamate in premessa;
6. di stabilire che si provvederà alla pubblicazione sul BURERT del presente provvedimento.



ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

**per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni,
veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi)
ambulatoriali in attuazione dell'A.C.N. del 4 aprile 2024**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- L. 23 dicembre 1978, n. 833;
- D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni (ss.mm.ii);
- L. 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. *"Legge Balduzzi"*);
- D.P.C.M. 29 settembre 2015, n. 178 – *"Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico"* (FSE);
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502"* (*"Nuovi LEA"*);
- Patto per la Salute;
- Piano nazionale della Cronicità, Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016;
- Patto per la Salute per gli anni 2019-2021, Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019 (PATTO NUOVO);
- Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019, Rep. Atti n. 10/CSR;
- Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2023-2025 (IN FASE DI APPROVAZIONE IN CSR)
- Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, Rep. Atti n. 188/CSR del 2 novembre 2017;
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, Rep. Atti n. 233/CSR del 30 novembre 2022;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019;
- Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2022, approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio UE del 13 luglio 2021;
- D.M. 23 maggio 2022, n. 77 – *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"* (G.U. n. 144 del 22 giugno 2022);
- D.M. 29 luglio 2022 – *"Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta"* (G.U. n. 226 del 27 settembre 2022);
- D.G.R. n. 2221 del 12 dicembre 2022 – *"PRIMO PROVVEDIMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DELL'EMILIA-ROMAGNA IN ATTUAZIONE DEL D.M. N. 77 DEL 23 MAGGIO 2022"*;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e ss.mm.ii – triennio 2016-2018, Rep. n. 49/CSR del 31 marzo 2020;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e ss.mm.ii – triennio 2016-2018, Rep. n. 60/CSR del 20 maggio 2021;
- Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 17 dicembre 2015, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), D.G.R. n. 344 del 12 marzo 2018;
- D.G.R. n. 2128 del 5 dicembre 2016 – *"CASE DELLA SALUTE: INDICAZIONI REGIONALI PER IL COORDINAMENTO E LO SVILUPPO DELLE COMUNITÀ DI PROFESSIONISTI E DELLA MEDICINA D'INIZIATIVA"*;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- D.G.R. n. 428 del 5 aprile 2017 – *“ATTO DI PROGRAMMAZIONE PER LE NUOVE FORME ORGANIZZATIVE (AFT - AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE E UCCP - UNITÀ COMPLESSA DI CURE PRIMARIE) AI SENSI DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) DEL 17 DICEMBRE 2015”*;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento *“La formazione continua nel settore salute”*, Rep. Atti n. 14/CSR del 2 febbraio 2017;
- Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020.

Premessa

L'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie del 4 aprile 2024 (di seguito ACN) prevede l'applicazione delle nuove forme organizzative della specialistica ambulatoriale: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), rispetto alle quali la Regione ha emanato l'“Atto di programmazione regionale per la istituzione e attuazione delle forme organizzative della medicina convenzionata – AFT e UCCP Primo provvedimento” (DGR n. 632 del 28/04/2025 e DGR n. 682 del 05/05/2025) che definisce dimensionamento, tipologia di professionisti partecipanti e modalità organizzative.

L'ACN, inoltre, definisce puntualmente le caratteristiche organizzative delle AFT e delle UCCP, rimandando a un regolamento aziendale il funzionamento delle AFT ed alla programmazione regionale la partecipazione degli specialisti alle AFT e alle UCCP.

In osservanza al DM n. 77 del 23 maggio 2022 appare necessario applicare quelle modalità di organizzazione dell'assistenza territoriale che vedono gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (di seguito SAI et al.), i medici del ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) e i pediatri di libera scelta (PLS) come figure professionali strutturali per la costituzione e del funzionamento delle équipe multiprofessionali (Case della Comunità, cfr. DGR n. 2221/2022).

La articolazione, in ambito distrettuale, di unità organizzative caratterizzate da condivisione di obiettivi e modalità operative indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite, è orientata alla realizzazione di una programmazione dei servizi efficiente, efficace e sostenibile, finalizzata a fornire ai cittadini risposte assistenziali, appropriate e con continuità.

L'attuazione di tali moduli comporta la revisione e riorganizzazione dei processi assistenziali e di accesso alle prestazioni mediante il coordinamento dell'attività degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti, anche con il supporto e lo sviluppo di strumenti informatici e telematici, in un contesto nel quale devono essere assicurati gli obiettivi di salute definiti dalla Regione in coerenza con gli indicatori epidemiologici delle Aziende territorialmente competenti.

Nella Regione Emilia-Romagna gli specialisti ambulatoriali interni titolari di incarico sia a tempo determinato che indeterminato sono attualmente circa 1.040, ai quali si aggiungono 15 veterinari e 216 tra biologi e psicologi, per un monte annuo totale di circa 1,7 milioni di ore (Rilevazione aziendale al 31 dicembre 2024). Negli ultimi anni hanno partecipato attivamente alla costruzione di percorsi integrati per la gestione di malati con patologie croniche e sono stati coinvolti nei percorsi assistenziali con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta su problematiche



specialistiche specifiche, partecipando attivamente al funzionamento dei Nuclei di Cure Primarie (NCP).

Con l'applicazione del nuovo Accordo occorre rafforzare l'esperienza in tutti gli ambiti territoriali, estendendola ad un numero maggiore di malattie croniche, in stretta collaborazione con i RUAP e i PLS. È inoltre essenziale rafforzare il coinvolgimento degli specialisti all'interno delle Case della Comunità (DGR n. 2128/2016 e DGR n. 2221/2022).

Giova ricordare, a tal proposito, la fattiva partecipazione dei SAI et al. durante il periodo pandemico in tutte le iniziative di contrasto al COVID e alla successiva riorganizzazione necessaria alla ripresa dell'attività.

L' Accordo regionale si pone infatti come strumento per sviluppare ulteriormente il sistema delle cure primarie ed il modello regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, nell'ambito di una programmazione dei servizi efficiente e sostenibile, finalizzata a garantire tempestività ed equità di accesso, appropriatezza delle cure e continuità assistenziale. Individua le aree prioritarie e i principi di intervento, con particolare attenzione alla tutela della salute dei soggetti fragili e di quelli affetti da patologie croniche degenerative, in collegamento con i RUAP e i PLS, con l'ospedale e con la Casa della Comunità nell'ambito di percorsi di presa in carico, demandando agli accordi aziendali la definizione delle azioni più appropriate con riferimento alle realtà locali.

Conseguentemente, il presente Accordo regionale definisce, in continuità con quanto previsto dall'ACN, gli obiettivi di salute e gli strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché la modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e le materie esplicitamente rinviate dall'Accordo nazionale.

CONSIDERATO CHE

- La L. n. 189/2012, l'Accordo collettivo nazionale del 4 aprile 2024 e il DM n. 77 del 23 maggio 2022 costituiscono i presupposti normativi e contrattuali che definiscono il ruolo che gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti sono chiamati a svolgere per realizzare i modelli organizzativi.
- Le indicazioni del PRGLA DGR n. 603/19 e la nota del Direttore Generale della Regione Emilia-Romagna prot. n. 0282798 del 21 marzo 2022 costituiscono i riferimenti normativi regionali in materia di specialistica ambulatoriale.
- La normativa regionale indica per la specialistica ambulatoriale la realizzazione di un modello che permetta la presa in carico del paziente sia in termini organizzativi sia in termini clinico assistenziali per i cittadini con patologia cronica e per i casi più complessi (Day Service Ambulatoriale). La Regione nel medesimo contesto ha inoltre fornito indicazioni precise per la corretta gestione delle liste di attesa.
- l'ACN individua come strumento funzionale per la realizzazione degli obiettivi di salute la partecipazione obbligatoria degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti alle AFT e alle UCCP, in quanto strumenti attuativi della programmazione sanitaria per la realizzazione di progetti e di programmi finalizzati. In questo ambito i SAI et al. collaborano all'attività dell'AFT e UCCP, assicurando l'erogazione dei livelli di assistenza a tutti i cittadini, partecipando alla realizzazione della continuità dell'assistenza, ivi compresi i PDTA, i percorsi integrati: ospedale-



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

territorio, territorio-territorio e le dimissioni protette, sviluppando la medicina d'iniziativa, promuovendo l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, partecipando alla diffusione dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, nonché partecipando alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza.

- Come per il precedente Accordo regionale del 2018 (di seguito AIR, cfr. DGR n. 344/2018), al fine di valutare i diversi singoli aspetti funzionali allo scenario sopra delineato, si assume l'orientamento di privilegiare l'analisi degli istituti contrattuali e normativi comportanti la necessità di approfondimento e di interpretazione correlata agli obiettivi e alle finalità che si intendono perseguire, rispetto agli istituti riferiti invece a norme di per sé esaustive.

SI CONDIVIDE QUANTO SEGUE

Programmazione Regionale

Scelte strategiche

- a) potenziare e consolidare l'offerta specialistica ambulatoriale territoriale e di comunità, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
- b) valorizzare le competenze e attivare sinergie virtuose tra Ospedale e Territorio;
- c) investire sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, con particolare riguardo all'appropriatezza prescrittiva e all'utilizzo di risorse socio-sanitarie, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile di tutti gli attori e dei cittadini, anche allo scopo di perseguire la riduzione delle liste d'attesa;
- d) promuovere la partecipazione attiva dei SAI alla governance aziendale, anche attraverso l'attribuzione di funzioni organizzative/gestionali;
- e) diffondere gli strumenti di clinical governance (Evidence Based Practice, Percorsi assistenziali, Clinical Audit, Clinical Risk Management, Health Technology Assessment), mirati prioritariamente alla qualità delle prestazioni e alla sicurezza dei pazienti;
- f) promuovere la semplificazione delle procedure amministrative legate ai processi assistenziali;
- g) definire, applicare e garantire prioritariamente standard quali-quantitativi omogenei sul territorio regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, riducendo le differenze tra i diversi contesti e superando le disuguaglianze nell'offerta;
- h) valorizzare le esperienze locali e promuovere le best practices;
- i) promuovere l'empowerment degli individui e delle comunità per migliorare un appropriato utilizzo dei servizi socio-sanitari.

Obiettivi strategici

- a) ottimizzare la presa in carico della cronicità favorendo la multiprofessionalità e multidisciplinarietà attraverso le AFT della Specialistica ambulatoriale interna;
- b) valorizzare il Comitato Regionale e il Comitato Zonale;
- c) realizzare prioritariamente la presa in carico integrata con la rete medici RUAP/PLS dei pazienti cronici, evitando alla persona in stato di bisogno inutili spostamenti e contatti



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

frammentati con più strutture/professionisti erogatori, migliorando l'accessibilità ai servizi, semplificando le procedure e, soprattutto, valorizzando la relazione tra professionisti ed assistiti, potenziando consulenze e consulti ambulatoriali e domiciliari;

- d) potenziare e valorizzare le cure specialistiche a livello domiciliare, residenziale e presso le strutture di cure intermedie, anche con il supporto degli strumenti di telemedicina e teleassistenza, al fine di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio, la continuità dell'assistenza fra Ospedale e Territorio e viceversa ed evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, favorendone un rientro tutelato e coordinato al domicilio;
- e) sviluppare l'innovazione tecnologica, la dotazione strumentale degli ambulatori territoriali e la rete informatica quali strumenti a supporto di un trattamento tempestivo reso al paziente, ma anche di fruibilità e condivisione delle informazioni al fine di garantire la continuità dell'assistenza nella sua accezione di continuità informativa;
- f) collaborare attivamente nell'ambito dei programmi di prevenzione;
- g) inserire i SAI et al. nei programmi di screening individuati a livello nazionale, regionale e aziendale ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione;
- h) garantire la sicurezza alimentare e la sanità animale;
- i) prevedere nell'ambito della formazione obbligatoria degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e delle altre professionalità sanitarie ambulatoriali percorsi di aggiornamento professionale trasversali con gli altri professionisti, oltre che percorsi finalizzati alla acquisizione di competenze clinico-organizzative e gestionali anche mediante pacchetti formativi prodotti dalle società scientifiche accreditate.

Obiettivi di appropriatezza

Rappresentano obiettivi specifici:

- a) contribuire al buon governo del sistema attraverso percorsi di appropriatezza al fine di migliorare la qualità del servizio e consentire una nuova dimensione dell'offerta che privilegi anche l'assistenza specialistica territoriale;
- b) garantire l'appropriatezza delle richieste di prestazione specialistica secondo le disposizioni nazionali e regionali nell'ottica dell'abbattimento delle liste di attesa;
- c) utilizzare la telemedicina con il teleconsulto specialistico, televisita e telerefertazione prevedendo spazi di consulenza/colloqui tra SAI et al., medici RUAP e PLS per la valutazione di casi, per concordare il percorso di presa in carico e garantirne la prosecuzione;
- d) contribuire a favorire l'appropriatezza delle richieste dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al Pronto Soccorso;
- e) contribuire a garantire un utilizzo appropriato della farmaceutica attraverso il conseguimento di obiettivi e di indicatori per le aree terapeutiche a più rilevante impatto di spesa ed a maggior rischio di inappropriata, assegnati annualmente alle Aziende Sanitarie;
- f) incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- g) perseguire l'appropriatezza nelle prescrizioni di protesi e ausili;
- h) assicurare i flussi informativi-informatici (FSE, ricetta dematerializzata, ecc.) ai fini del conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati alle Aziende Sanitarie.

Negli obiettivi di salute sono stati individuati strumenti a tale scopo.

Telemedicina

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo e un importante supporto ai servizi di assistenza primaria per monitoraggio, cura, riabilitazione e prevenzione secondaria nei confronti di persone fragili o affette da patologie croniche. Al fine di dare maggiore impulso, con DGR n. 568 del 6 maggio 2020 è stata riconosciuta l'importanza dell'ampliamento e dello sviluppo dell'uso della telemedicina, intesa quale modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite tecnologie innovative, in particolare servizi di telemedicina specialistica. Inoltre, con il recente Accordo della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020) è stato approvato il documento dal titolo *"Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"*. Tale documento descrive la telemedicina come: *"un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione"*. Esso classifica, tra le altre, le prestazioni di telemedicina secondo vari criteri, tra cui le condizioni per l'erogazione. Il suddetto documento specifica che, riguardo alla attività ambulatoriale, le interazioni a distanza possono avvenire sotto forma di televisita; teleconsulto; teleconsulenza medico-sanitaria; teleassistenza; telerefertazione.

Le modalità organizzative, che vedano un attivo coinvolgimento dei SAI et al., saranno stabilite a livello di AAA, avvalendosi anche dei servizi già avviati dalla Regione Emilia-Romagna, nel rispetto delle normative vigenti.

Tutte le attività dovranno avvenire nel rispetto della normativa sulla *privacy* e, come previsto dalle Indicazioni nazionali sopracitate (Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020): *"Questa attività si considera come parte integrante dell'attività lavorativa dei medici specialisti e delle altre professioni sanitarie e come quella effettuata in presenza non prevede remunerazione a prestazione, e non ha una tariffa a livello di nomenclatore tariffario della specialistica e non prevede compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e nemmeno una prescrizione Ssn. Questa attività può essere registrata mediante gli applicativi aziendali in uso per tenere traccia di quanto erogato ad un paziente e monitorare l'attività del personale coinvolto, ma non viene ad oggi rilevata nei flussi istituzionali"*.

Televisita

La televisita è uno strumento finalizzato all'interazione a distanza dello specialista con il paziente che può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure, se garantisce tutti i requisiti della visita erogata in presenza, e, pertanto, rappresenta una prestazione specialistica ai sensi della normativa vigente.

L'attivazione del servizio di televisita richiede l'adesione preventiva del paziente o del tutore, al fine di confermare tra l'altro la disponibilità di un contatto telematico per la interazione documentale/informativa con lo specialista e accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di *privacy* e sicurezza.

Le televisite possono essere attivate dallo specialista, in sostituzione della visita già prevista (controllo o altro tipo di visita del PDTA), nella fase di *recall* dei pazienti prenotati sulle agende dedicate qualora reputati eleggibili. Il collegamento deve avvenire in tempo reale e consentire di vedere il paziente e



interagire con esso, eventualmente, qualora necessario, anche avvalendosi del supporto del caregiver nella gestione della comunicazione.

Come previsto dalle Indicazioni nazionali sopracitate (Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020) *“la televisita deve essere sempre refertata”* e quando *“afferisce al setting della specialistica ambulatoriale deve essere rendicontata nel flusso ex art. 50, con relativo codice di visita di controllo, deve prevedere la prescrizione su ricettario Ssn e compartecipazione alla spesa se dovuta”*.

Teleconsulto specialistico

Un ulteriore strumento finalizzato alla integrazione ed alla continuità dell'assistenza è rappresentato dal teleconsulto specialistico che si esplica attraverso l'individuazione di fasce orarie per le richieste previamente programmate in cui i SAI et al., i RUAP e i PLS si rendono reciprocamente rintracciabili telefonicamente, in orario di servizio, costituendo spazi di consulenza/colloquio per la presentazione di casi o per conseguire accordi sul percorso di presa in carico; per gli specialisti, previo periodo di monitoraggio, si potrà valutare l'eventuale individuazione di fasce orarie libere da prenotazioni. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più colleghi, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni legate alla presa in carico del paziente.

Le finalità di tale servizio sono ascrivibili all'ottimizzazione della rintracciabilità dei SAI et al., dei RUAP e dei PLS, al fine di favorire il dialogo e la promozione della appropriatezza prescrittiva.

Il risultato di tale servizio dovrebbe essere un orientamento sempre più adeguato all'utenza in termini di percorso di presa in carico e di prioritizzazione della domanda e dell'offerta, e costituisce una ulteriore opportunità di consultazione reciproca fra medici, dove l'iniziativa della comunicazione può partire tanto dal territorio, nelle e verso le sue diverse componenti, quanto dall'ospedale. Pertanto, il teleconsulto va visto in una visione complessiva di sistema, coinvolgendo sia i SAI et al. che gli specialisti dipendenti.

È altresì opportuno che tale servizio possa svilupparsi anche con modalità innovative “multicanale”, tenendo conto delle opportunità oggi offerte dalle moderne tecnologie. Pertanto, detto servizio, oltre essere gestito tramite Call Center, potrà svilupparsi anche attraverso l'utilizzo di strumenti telematici per l'invio di dati refertabili e/o analizzabili, sfruttando piattaforme esistenti e di larga diffusione o mediante App dedicate, le quali permettano di trasferire dati e immagini, se utili al fine del teleconsulto.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT e le Unità Complesse di Cure Primarie (Articoli 6 e seguenti ACN)

Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e i professionisti sanitari operano obbligatoriamente all'interno delle forme organizzative previste dal vigente ACN (AFT e UCCP) e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) della Regione Emilia-Romagna, nonché al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.

Le AFT e le UCCP utilizzano le dotazioni strutturali e strumentali necessarie, fornite dalla Azienda USL, per lo svolgimento delle attività specialistiche e professionali.

Ferma restando la necessità di istituire le AFT in tutte le Aziende USL, se ne prevede l'inserimento negli atti aziendali.



Integrazioni agli articoli dell'ACN

Caratteristiche generali delle AFT (Articolo 7)

L'AFT è una forma organizzativa a carattere monoprofessionale e multidisciplinare, che rientra nell'ambito dell'organizzazione distrettuale o sovradistrettuale.

Ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'ACN, la AFT contribuisce a garantire l'assistenza attraverso la collaborazione con le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP/Case di Comunità del Distretto/Azienda USL. Nelle AFT e UCCP della specialistica sono integrati anche i veterinari per le attività correlate alla prevenzione.

L'AFT, attraverso una migliore possibilità di accesso a livello distrettuale, una semplificazione delle procedure di accettazione in maniera integrata, organizzata e coordinata, è in grado di garantire tutti i servizi specialistici territoriali di elezione, secondo percorsi clinici omogenei integrati con i corrispondenti servizi specialistici ospedalieri. Rappresenta, quindi, il "gruppo clinico specialistico di riferimento" strutturato per dare "la risposta" nei diversi setting assistenziali territoriali ai casi clinici di competenza specialistica che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Le AFT, nello svolgimento dei compiti previsti dall'art. 7, comma 4, dell'ACN, rappresentano il principale punto di riferimento specialistico distrettuale o sovradistrettuale, nell'ambito dei percorsi di cura attivati, per il controllo della cronicità, attraverso l'integrazione fra competenze ospedaliere e territoriali, sotto l'aspetto clinico e operativo.

L'attività delle AFT è finalizzata al superamento della frammentazione dell'assistenza e del "pendolarismo assistenziale".

La AFT eroga visite e prestazioni specialistiche di diagnostica, di laboratorio, consulti o interventi specialistici interdisciplinari, anche di tipo psicologico, nell'ambito dei PDTA, eroga inoltre le prestazioni specialistiche domiciliari e residenziali previste nei LEA, su richiesta del MMG, del PLS o di altro specialista.

Inoltre, attraverso la AFT si attua la presa in carico, in stretta collaborazione con i MMG e i PLS, di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche con l'obiettivo di ridurre il ricorso ai "ricoveri impropri e l'inappropriato utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza".

Nell'ambito dei percorsi di cura attivati per il controllo della cronicità, ogni AFT contribuisce a garantire l'assistenza del paziente, in forma integrata con le AFT della medicina generale e le AFT della pediatria di libera scelta, fino alla "dimissione virtuale" programmando e prenotando visite specialistiche, prescrizioni di esami di laboratorio o strumentali, sia di primo accesso che di follow-up (accesso 0/zero), consulti con i vari specialisti che ne fanno parte (percorso interno) ovvero in caso di necessità inviando il paziente a prestazioni di day service o direttamente al ricovero ospedaliero (percorso esterno).

Nel caso di "percorso interno", una quota parte dell'orario settimanale dello specialista, concordata tra referente di AFT e Direttore di Distretto e/o Struttura, è destinata alla attività specifica organizzata dall'AFT (anche di secondo livello, qualora le caratteristiche della struttura erogante lo consentano) nelle varie discipline ritenute necessarie. Tale modalità è finalizzata a garantire, attraverso un percorso agevolato, l'iter diagnostico-terapeutico più efficace in relazione alla complessità del quadro clinico.

Nel caso di "percorso esterno", tramite l'attivazione di percorsi definiti e concordati con il setting ospedaliero, è possibile programmare il ricovero o l'intervento specialistico di II livello ovvero tutte le attività necessarie di diagnostica di alta tecnologia.



Le AFT specialistiche, assieme alle altre AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta, rappresentano il punto territoriale di riferimento certo per il cittadino attraverso il quale ottenere l'erogazione delle prestazioni a bassa e medio-bassa intensità assistenziale, così come l'ospedale assicura le attività a medio-alta ed alta intensità assistenziale e l'urgenza/emergenza.

L'art. 7, co. 6 dell'ACN prevede che le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della AFT siano parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto e che tra gli obiettivi vada incluso anche il grado di integrazione degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'art. 6, co. 3 dell'ACN e dei professionisti delle AFT con il personale operante nelle forme aggregative dell'assistenza primaria. La medesima clausola prevede inoltre che la valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti in sede regionale e aziendale, costituisca la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei componenti della stessa AFT. Si concorda che l'indicatore principale di integrazione sia rappresentato dal numero di incontri di lavoro multidisciplinari e/o multiprofessionali atti ad affrontare gli aspetti organizzativi e/o clinici che coinvolgono più branche (es. PDTA melanoma con presa in carico del paziente a partire dal sospetto diagnostico alla tempestiva asportazione, stadiazione, follow-up), realizzati nel corso dell'anno e che hanno visto la partecipazione degli specialisti delle diverse branche e del personale delle forme aggregative dell'assistenza primaria, nonché i professionisti e gli specialisti dipendenti ospedalieri e territoriali.

Posto che l'art. 7, co. 7 dell'ACN prevede che le Regioni possano integrare compiti, funzioni e obiettivi delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico, si concorda che gli obiettivi assegnati alle AFT dovranno essere correlati agli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale alle Direzioni Generali, con particolare riferimento ai PDTA che coinvolgono più specialità con l'obiettivo di assicurare un efficiente e coordinato processo di "presa in carico" tra professionisti medici afferenti a specialità diverse.

In particolare, si concorda che gli indicatori **per gli specialisti ambulatoriali** siano:

Indicatore	Peso	Target
Numero di incontri di lavoro multidisciplinari e/o multiprofessionali per ogni AFT	25%	>= 3 anno
Partecipazione volontaria allo smaltimento delle pre-liste oppure al recupero di pazienti per assenza, a vario titolo, dello specialista (in caso di mancata attivazione l'obiettivo si considera raggiunto)	25%	Si
Prescrizione di visite di controllo con accesso zero rispetto al totale delle prescrizioni di visite di controllo della AFT	25%	90%
Prescrizione di altre prestazioni con accesso zero rispetto al totale delle prescrizioni di altre prestazioni della AFT	25%	70%

In particolare, si concorda che gli indicatori **per le altre professionalità** siano:

Indicatore	Peso	Target
Numero di incontri di lavoro multidisciplinari e/o multiprofessionali per ogni AFT	50%	>= 3 anno
Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi delle UU.OO. di afferenza	50%	Target aziendali



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

In particolare, si concorda che gli indicatori **per i veterinari** siano:

Indicatore	Peso	Target
Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi delle UU.OO. di afferenza	100%	Target aziendali

Le parti si riservano di rivedere annualmente, nell'ambito del Comitato regionale, gli obiettivi individuati per ciascun indicatore.

Si concorda inoltre che le risorse previste dall'ACN agli articoli 43, lettera B, comma 7 (0,86 € per ora di attività), 44, lettera B, comma 6 (0,59 € per ora di attività), 49, comma 7 (1,08 € per ora di attività), integrate con quanto previsto dall'articolo 43, lettera B, comma 8, e dall'articolo 44, lettera B, comma 7 vengano destinate alla remunerazione degli obiettivi di AFT. Fermo restando che la partecipazione da parte del singolo specialista ad almeno l'80% delle attività di audit e agli incontri multidisciplinari costituisce il prerequisito individuale per l'accesso al riparto delle risorse, le risorse di cui sopra sono ripartite agli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti facenti parte dell'AFT sulla base delle ore di attività.

Le risorse che, per effetto del parziale o mancato raggiungimento dei target da parte delle AFT si rendono disponibili, rimangono nella disponibilità del presente ambito contrattuale e sono erogabili negli anni successivi sulla base del raggiungimento degli obiettivi e/o dello svolgimento delle attività concordati a livello aziendale, tenuto conto anche delle indicazioni del Comitato regionale.

Il processo di valutazione congiunta dei risultati ottenuti avviene a livello aziendale, con il coinvolgimento attivo dei referenti di AFT e dei responsabili di branca.

Referente di AFT

Ad integrazione dei compiti previsti all'articolo 8, commi 3, 4, 5 e 6 e dall'articolo 39, comma 5 dell'ACN, così come già previsto nell'AIR 12 marzo 2018, il Referente di AFT:

- collabora con i responsabili di Branca per le attività proprie dello stesso (governo delle liste attese, governo PDTA, formazione, governo clinico, governo complessivo dell'erogazione dei LEA, valutazione del fabbisogno);
- concorre al coordinamento e organizzazione dell'attività ambulatoriale esterna (domicilio, dimissione protetta, strutture residenziali e semiresidenziali, Case della Comunità, istituti penitenziari, ospedali di comunità, altre strutture ambulatoriali aziendali, AFT di RUAP/PLS);
- concorre a garantire il corretto svolgimento dell'attività specialistica nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle strutture di ricovero non dedicate ai malati in fase acuta (Hospice, Ospedali di Comunità, CRA) e negli Istituti Penitenziari;
- concorre, insieme al referente aziendale, alla realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie prevalenti, attraverso l'integrazione professionale e le forme organizzative della medicina territoriale (AFT di RUAP/PLS, Case della Comunità);
- concorre alla gestione dell'attività degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti la cui numerosità, a livello aziendale, non consenta l'individuazione di un responsabile di branca;
- la valutazione degli obiettivi dei referenti (articolo 8, comma 7, dell'ACN) deve avvenire anche sulla base della corretta gestione delle agende e corretta applicazione della presa in carico/autogestione;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- partecipa di diritto all'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, ove presente, ed è il riferimento per il board della CdC hub.

L'attuazione della funzione di referente di AFT non dovrà in ogni caso pregiudicare l'attività ambulatoriale ordinaria, dovendo essere svolta fuori orario.

Lo svolgimento delle attività derivanti dall'incarico di referente di AFT è remunerato con un compenso annuo di € 10.000, al netto dei contributi previdenziali a carico dell'Azienda USL, rapportato ai mesi di attività svolta.

L'incarico di referente di AFT non è compatibile con lo svolgimento dell'incarico di responsabile di branca.

La verifica sull'attività svolta è effettuata dal Direttore Generale, o suo delegato, sulla base di criteri oggettivi, preventivamente individuati localmente, di concerto con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, e comporterà la decadenza dalla funzione qualora, nell'arco di un biennio, sia stato evidenziato il mancato raggiungimento degli obiettivi definiti.

UCCP (Articolo 9)

Fermo restando quanto indicato nell'atto di programmazione per le nuove forme organizzative (DGR n. 632/2025 e DGR n. 682/2025), fanno parte delle UCCP, intese quali forme organizzative complesse che operano in forma integrata, anche gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti.

Le UCCP rappresentano una opportunità per offrire percorsi semplificati di accesso all'assistenza specialistica facilitati dalla presenza in un medesimo luogo di figure professionali appartenenti sia alla dipendenza che alla medicina convenzionata e da un forte collegamento organizzativo e professionale.

Nelle UCCP può essere prevista la presenza di ambulatori chirurgici e ambulatori dedicati per patologia.

Il coordinatore di UCCP (Articolo 10)

Si rimanda all'articolo 10 dell'ACN per le funzioni del coordinatore di UCCP, nonché per le modalità di individuazione.

Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 dell'ACN o i professionisti operanti nell'ambito della stessa, la procedura di designazione del coordinatore dovrà seguire analoghi criteri e modalità previsti per la designazione del referente di AFT.

Il coordinatore deve essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per almeno tre anni. L'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza; il candidato deve inoltre aver maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale, compresa la responsabilità di branca e/o di AFT.

Al coordinatore di UCCP possono essere affidate, in particolare, le funzioni di:

- a) organizzazione dei percorsi assistenziali, coordinamento organizzativo e dell'attività clinica;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
- c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.

Delegazione trattante (Articolo 14, co. 3 e 5)

La Delegazione trattante deve essere costituita sia a livello regionale che aziendale.

Le parti convengono che gli incontri della Delegazione trattante regionale si tengono in presenza presso la sede dell'Assessorato per le Politiche per la Salute, in Bologna, e gli incontri della Delegazione trattante aziendale presso le sedi individuate a livello locale da ciascuna Azienda sanitaria, salvo situazioni eccezionali e/o emergenziali per le quali sarà valutata l'opportunità dell'attivazione di un videocollegamento per la partecipazione da remoto. Agli incontri partecipano i componenti titolari o, in caso di assenza, i relativi sostituti come da provvedimento regionale ovvero aziendale di costituzione della Delegazione trattante vigente. In caso di impossibilità a partecipare da parte del componente titolare la presenza sarà assicurata dal sostituto. È responsabilità del componente titolare dare alla Regione o alla AUSL tempestiva comunicazione, per iscritto, della impossibilità a partecipare, assicurando la presenza del sostituto.

La Delegazione trattante regionale è costituita secondo i seguenti criteri:

- a) rappresentatività in base alla consistenza associativa, a livello regionale, determinata dal numero delle deleghe come da rilevazione SISAC al primo gennaio dell'anno precedente;
- b) 8 rappresentanti sindacali (almeno un rappresentante sindacale delle Sigle firmatarie dell'ACN 2024) e 10 rappresentanti di parte pubblica, componenti del Tavolo trattante;
- c) a seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto della delegazione trattante. L'opportunità dell'intervento dell'esperto è preliminarmente valutata dal coordinatore del tavolo trattante;

Alle riunioni della Delegazione trattante non è prevista la presenza di uditori.

La Delegazione trattante aziendale è costituita secondo i seguenti criteri:

- a) rappresentatività in base alla consistenza associativa (numero delle deleghe come da rilevazione SISAC al primo gennaio dell'anno precedente);
- b) numero di componenti da definire a livello aziendale;

I rappresentanti sindacali devono essere formalmente accreditati quali componenti delle Delegazioni trattanti.

Si ricorda, ai sensi dell'articolo 14, comma 4, la necessità di verificare la corretta costituzione delle delegazioni trattanti aziendali prima della apertura delle trattative per gli AAA.

La composizione delle Delegazioni trattanti di parte sindacale è eventualmente aggiornata annualmente, sulla base della rilevazione delle deleghe sindacali da parte di SISAC al primo gennaio dell'anno precedente.

Comitato regionale e comitato zonale (Articoli 17 e 18)

Per la partecipazione al Comitato regionale si rinvia a quanto previsto dall'art. 17 dell'ACN 2024.



Le parti convengono che gli incontri del Comitato regionale, almeno 2 all'anno come previsto dall'articolo 17, si tengono esclusivamente in presenza presso la sede dell'Assessorato per la Salute della Regione Emilia-Romagna, salvo situazioni eccezionali e/o emergenziali per le quali sarà valutata l'opportunità dell'attivazione di un videocollegamento per la partecipazione da remoto. Gli incontri dei Comitati zonali si tengono esclusivamente in presenza presso le sedi individuate dalle AUSL. In caso di impossibilità a partecipare da parte del componente titolare la presenza sarà assicurata dal sostituto. È responsabilità del componente titolare dare tempestiva comunicazione scritta alla Regione o alla AUSL della impossibilità a partecipare, assicurando la presenza del sostituto.

Non competono al Comitato regionale la trattativa e la definizione degli Accordi Integrativi Regionali.

Compiti e funzioni dello specialista ambulatoriale (Articolo 24)

Integrazione fra le varie professionalità e ambiti di cura

La programmazione sanitaria regionale ha favorito lo sviluppo dell'assistenza territoriale non ospedaliera volta a garantire la domiciliarità quale luogo più appropriato per la cura di pazienti con patologie croniche. In coerenza con tale indicazione, le Aziende USL hanno promosso il potenziamento e la valorizzazione dell'assistenza domiciliare soprattutto nella forma a più alta valenza di intensità assistenziale, la realizzazione di strutture sanitarie intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità) e socio-sanitarie (CRA).

In tale contesto, l'assistenza domiciliare si avvale della componente specialistica ambulatoriale integrata in un progetto complessivo multidisciplinare, teso ad assicurare risposte rapide ed efficaci a casa del paziente, anche coinvolgendo la figura del caregiver e promuovendo l'educazione terapeutica a domicilio.

La collaborazione degli specialisti ambulatoriali e, per quanto di loro pertinenza, dei veterinari e professionisti, è inserita nella programmazione delle attività finalizzate alla continuità assistenziale e viene realizzata:

- garantendo l'assistenza specialistica ambulatoriale nelle Case della Comunità, sia come risposta ad un bisogno episodico, occasionale (per esempio, inquadramento diagnostico, indicazione di trattamento), sia nell'ambito di percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica, dotando, ove necessario e possibile, tali ambulatori di strumenti di telemedicina e diagnostica di base, finalizzati anche al miglioramento della presa in carico (D.G.R. n. 1056 del 27 luglio 2015, Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 e D.G.R. n. 2221 del 12 dicembre 2022);
- garantendo la partecipazione all'attività delle equipe multiprofessionali per la presa in carico della cronicità secondo i principi della medicina di iniziativa;
- mediante il supporto e l'utilizzo di dotazioni tecnologiche in grado migliorare il lavoro prescrittivo e refertativo;
- attraverso la partecipazione a sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi nell'ambito delle AFT RUAP/PLS, anche mediante l'utilizzo della strumentazione diagnostica di cui al D.M. 29 luglio 2022;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- nell'ambito dell'assistenza domiciliare, nelle strutture residenziali, negli Hospice territoriali, negli Ospedali di Comunità e negli Istituti penitenziari;
- attraverso percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali condivisi, in particolare relativi alle patologie croniche.

Tutti gli specialisti ambulatoriali sono pertanto tenuti ad assicurare le consulenze per le strutture sopra indicate entro il debito orario, nel caso che il piano di lavoro lo consenta, o fuori dall'orario di servizio (ai sensi dell'articolo 32, comma 5, dell'ACN). I tempi massimi di erogazione delle prestazioni previste dal presente articolo vengono definiti a livello aziendale in coerenza con la normativa nazionale di riferimento.

Obiettivi di salute

È prioritario garantire, con spazi dedicati e concordati con l'Azienda, la definizione e la condivisione di Percorsi Integrati di Cura per:

- pazienti post-acuti, dimessi dall'ospedale, a rischio elevato di re-ospedalizzazione, che necessitano di competenze clinico-gestionali ed assistenziali in una struttura dedicata o a domicilio;
- pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, o pazienti fragili con elevati bisogni assistenziali, che richiedono una presa in carico da parte di un team multidisciplinare;
- pazienti cronici stabilizzati che necessitano di monitoraggio del loro stato di salute attraverso un approccio di medicina di iniziativa.

Al fine di garantire una appropriata continuità dell'assistenza, tali percorsi dovranno comprendere anche l'intervento di presa in carico dello specialista al manifestarsi delle riacutizzazioni nei pazienti stabilizzati.

Saranno, pertanto, concordati, condivisi, aggiornati all'occorrenza ed applicati i PDTA per patologie croniche prevalenti (per esempio, broncopneumologiche, cardiologiche, neurologiche, oncologiche).

Governo dell'offerta

Gli specialisti ambulatoriali, i professionisti e, per quanto di loro pertinenza, anche i veterinari, collaborano ai percorsi di semplificazione dell'accesso e alla costruzione di percorsi ambulatoriali complessi. I principi che ispirano la riorganizzazione sono la trasparenza dei criteri e delle modalità di accesso ai servizi, l'appropriatezza della risposta in relazione al bisogno di salute, l'equità di accesso alle prestazioni. In particolare, la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale, con i percorsi di semplificazione e di day service, ha la finalità di ricondurre l'intero percorso diagnostico agli accessi necessari, secondo modalità programmate, riducendo, per il cittadino, l'onere dei numerosi e frammentati passaggi per la prescrizione e la prenotazione delle prestazioni, che possono pregiudicare la stessa continuità dell'assistenza.

La prenotazione dei controlli – ravvicinati o a distanza, secondo indicazioni cliniche – da parte del professionista o della struttura ospedaliera/territoriale che ha in carico il cittadino è tassativa. Tale modalità di prenotazione è garantita dalla informatizzazione delle attività ambulatoriali per la gestione della prescrizione, con lo scopo di garantire al paziente la presa in carico e la continuità



dell'assistenza, oltre che assicurare il ritorno della refertazione elettronica al medico di ruolo unico di assistenza primaria ed al pediatra di libera scelta.

Per i pazienti più complessi si ribadisce l'importanza dello sviluppo dei percorsi di day service ambulatoriale, anche ai fini di trasferire in regime ambulatoriale le prestazioni che non necessitano di ricovero ospedaliero, e dei percorsi clinico-assistenziali integrati, da sviluppare a livello aziendale in base alle potenzialità e alle opportunità locali.

Gli specialisti garantiscono flessibilità organizzativa, ossia modulazione della tipologia di prestazioni e delle classi di priorità di accesso sull'agenda, ivi compresa la priorità U, nel rispetto dei tempi condivisi ed in presenza di criteri clinici/organizzativi di sicurezza, sulla base delle necessità aziendali.

Assistenza Farmaceutica

Si conviene di integrare la Commissione regionale per il farmaco con un rappresentante degli specialisti ambulatoriali, in occasione del prossimo rinnovo della composizione della predetta Commissione.

Per evitare duplicazioni di visite, e nello specifico interesse del cittadino, si concorda, oltre ad una piena applicazione dell'articolo 24, comma 8, lettera i) dell'ACN 2024, di autorizzare gli specialisti ambulatoriali alla prescrizione dei piani terapeutici a seconda dell'indicazioni della Direzione Sanitaria aziendale e in accordo con le indicazioni regionali riguardanti il governo della farmaceutica.

Attività di ricerca

Gli specialisti ambulatoriali e i professionisti si rendono disponibili a svolgere attività di ricerca clinica-epidemiologica e sperimentazione, con particolare riguardo alla farmaco vigilanza ed al monitoraggio post-marketing dei farmaci e dei dispositivi di recente introduzione, degli studi osservazionali su larga scala e degli studi sull'organizzazione sanitaria.

I veterinari si rendono disponibili a svolgere attività di ricerca clinica-epidemiologica e sperimentazione, con particolare riguardo alla farmaco vigilanza ed al monitoraggio post-marketing dei farmaci di recente introduzione.

Le modalità eventuali di riconoscimento di tali attività sono declinate negli accordi aziendali.

Compiti e funzioni del veterinario (Articolo 25)

Nel rispetto del modello organizzativo definito dalle stesse, le Aziende USL assicurano che il medico veterinario, ai sensi del presente Accordo ed inserito nel Sistema Sanitario della Regione Emilia-Romagna, concorra, congiuntamente ai dipendenti e agli altri operatori sanitari, allo svolgimento delle attività istituzionali ed al raggiungimento degli obiettivi di salute specificatamente individuate dal Piano Sanitario Regionale, in particolare, in osservanza ai Regolamenti UE nn. 2016/429 e 2017/625 ss.mm.ii e relativi regolamenti delegati e di esecuzione. in materia di controlli ed altre attività nel campo della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Vengono richiesti pertanto gli stessi requisiti professionali dei dipendenti in modo che le Aziende sanitarie possano avvalersi di personale con competenze omogenee. Le Aziende sanitarie offrono le medesime opportunità formative e di aggiornamento ai medici veterinari convenzionati.

Per l'esercizio della propria attività ispettiva e di controllo ufficiale al fine di dare attuazione a normative che prevedono obblighi e restrizioni per il cittadino/imprenditore, il medico veterinario convenzionato, al pari del dipendente, ricopre la funzione di Pubblico Ufficiale coi poteri ed i doveri previsti dal Codice penale.



In qualità di pubblico ufficiale, sulla base di quanto disposto dall'articolo 13, commi 1, 2 e 3, della L. n. 689/1981, in presenza di fattispecie di reato, è chiamato, nell'ambito delle attribuzioni e competenze assegnate dall'Amministrazione di appartenenza, a svolgere funzioni di ufficiale o agente di Polizia Giudiziaria.

Compiti e funzioni del professionista (Articolo 26)

I Biologi, i Chimici e gli Psicologi ambulatoriali costituiscono una componente professionale indispensabile per la compiuta realizzazione dei servizi volti alla prevenzione, alla diagnostica di laboratorio, alla diagnosi, al monitoraggio delle cure, nel rispetto delle relative competenze professionali.

Il professionista incaricato ai sensi del presente Accordo:

- a) concorre con l'Azienda al buon funzionamento dei presidi e al perseguimento dei fini istituzionali;
- b) esegue le prestazioni professionali proprie delle categorie così come regolamentate dalle relative leggi di ordinamento e dall'articolo 1 del D.P.R. 19 novembre 1998, n. 458;
- c) promuove e partecipa alle équipe multiprofessionali per la definizione dei PDTA e per l'utilizzo appropriato della diagnostica di laboratorio;
- d) partecipa ai programmi e ai progetti finalizzati, alle sperimentazioni cliniche e alle attività di telemedicina;
- e) attiva procedimenti ed iniziative tese a favorire la qualità dei servizi, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali condivisi, in particolare relativi al monitoraggio delle patologie croniche e oncologiche.

L'attività dei professionisti è pienamente integrata nelle attività svolte nella struttura complessa di appartenenza e con una forte integrazione con il personale laureato dipendente; pertanto, essi partecipano al perseguimento degli obiettivi dell'UO di afferenza, condividendone altresì l'eventuale raggiungimento e il relativo riconoscimento economico corrisposto in relazione dell'articolo 44, lettera B, comma 6, dell'ACN.

Resta in capo alle Aziende sanitarie la declinazione puntuale degli obiettivi e la relativa valutazione, in relazione alle singole specificità locali e nel rispetto del presente Accordo integrativo regionale.

Organizzazione del lavoro (Articolo 29)

Per promuovere l'integrazione professionale ed organizzativa dei SAI et al. è necessario definire congiuntamente alcuni punti qualificanti relativi all'organizzazione del lavoro.

Sviluppo organizzativo – Referente aziendale

In linea con quanto previsto dai precedenti AA.II.RR., si conferma che le Aziende USL individuano un Referente Aziendale scelto ai sensi dell'art. 8, co. 3 ACN 2024 tra i referenti di AFT.

Il Referente Aziendale individuato:

- partecipa al Collegio di Direzione;
- coordina i referenti di AFT e si raccorda con i responsabili di Branca;
- si raccorda con il RUA aziendale per le problematiche inerenti la specialistica ambulatoriale;
- propone programmi finalizzati all'abbattimento dei tempi di attesa, per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali mediante un miglior utilizzo delle risorse assistenziali



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

disponibili ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva anche secondo quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 (nuovi LEA).

Eventuali compiti ulteriori saranno declinati in sede aziendale.

È demandata alla contrattazione aziendale la definizione di un eventuale compenso aggiuntivo per il Referente Aziendale; le risorse per tale compenso derivano da quanto previsto dall'art. 43, lett. B, co. 7 e dall'art. 44, lett. B, co. 6 ACN 2024.

Sviluppo organizzativo – Responsabile di Branca

Per le branche specialistiche cui afferisce una pluralità di specialisti ambulatoriali (di norma non inferiori ad 8), anche di branche omogenee o complementari è individuato, in relazione alla programmazione aziendale, un responsabile di branca. Il responsabile di Branca viene individuato preferibilmente tra gli specialisti ambulatoriali titolari di un congruo numero di ore.

Ai sensi dell'art. 29, co. 9 ACN vigente, le Aziende USL valutano l'opportunità di istituire il responsabile di branca dei medici veterinari, dei biologi, dei chimici e degli psicologi, tenuto conto della consistenza numerica a livello aziendale dei convenzionati di riferimento.

Ai fini della individuazione del Responsabile di Branca, ogni Azienda USL raccoglie, presso tutti gli specialisti ambulatoriali della medesima branca e delle branche omogenee o complementari, veterinari, dei biologi, dei chimici e degli psicologi, la disponibilità a svolgere l'incarico.

L'incarico di responsabile viene assegnato da parte del Direttore Generale, sentito il Referente aziendale, tenuto conto del percorso professionale e dei seguenti criteri:

- congruo numero di ore di incarico (almeno 15 settimanali);
- svolgimento di attività anche sul territorio (per esempio, hospice, CRA, ADI);
- precedenti esperienze in ruoli di coordinamento;
- adeguato percorso formativo riconosciuto dalla Regione svolto anche durante l'incarico.

Il Responsabile di Branca:

- fa parte di diritto del Comitato di Dipartimento di afferenza;
- fa parte delle Commissioni Tecniche Aziendali;
- partecipa alla definizione del budget annuale del Dipartimento di afferenza;
- collabora, al pari degli altri professionisti, alla definizione dei PDTA relativi alle patologie delle branche di pertinenza;
- pianifica, con i Direttori dei Dipartimenti di riferimento, l'attività specialistica ambulatoriale per garantire una erogazione costante e continuativa nell'arco dell'anno, in aderenza alla programmazione e agli indirizzi assunti a livello aziendale, promuovendo attivamente flessibilità organizzativa in relazione all'andamento dei tempi di attesa e adottando le decisioni necessarie per l'impiego ottimale delle risorse, anche in riferimento alla programmazione delle assenze preventivabili;
- nel rispetto della programmazione regionale e nell'ambito di specifiche progettualità aziendali, possono essergli attribuiti compiti relativi all'organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- evidenzia i bisogni formativi e formula proposte di aggiornamento in merito al programma formativo annuale in coerenza con gli indirizzi strategici della direzione aziendale e con le indicazioni elaborate in seno al comitato di dipartimento;
- propone, sentito il referente di cui all'articolo 8, comma 3, dell'ACN, programmi finalizzati all'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, mediante il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili, e il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni anche secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017 ("Nuovi LEA") e dalle linee guida aziendali e al miglioramento della appropriatezza nell'accesso al Pronto Soccorso;
- ha l'onere della gestione del piano ferie garantendo la continuità dell'offerta;
- concorre alla realizzazione/raggiungimento degli obiettivi prescrittivi quali/quantitativi stabiliti ogni anno dalla Direzione di Dipartimento con gli opportuni indicatori.

Il ruolo del referente Aziendale, del referente di AFT e del responsabile di Branca dovrà essere richiamato negli atti aziendali.

I compiti precedenti, per quanto applicabili, fanno riferimento anche ai veterinari ed ai professionisti.

L'attuazione della funzione di responsabile di Branca non dovrà in ogni caso pregiudicare l'attività ambulatoriale ordinaria, dovendo essere svolta fuori orario.

Al responsabile di Branca, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 29, comma 8, dell'ACN viene riconosciuto un compenso annuo di € 10.000, al netto degli oneri previdenziali, rapportato ai mesi di attività svolta. Il compenso viene corrisposto:

- quota fissa (60%) per i compiti previsti dal presente accordo
- quota variabile (40%) proporzionalmente al grado di raggiungimento degli obiettivi.

La verifica sull'attività svolta è effettuata dal Direttore Generale o suo delegato, sentito il referente Aziendale, sulla base di criteri oggettivi, preventivamente individuati localmente, di concerto con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, e comporterà la decadenza dalla funzione qualora, nell'arco di un biennio, sia stato evidenziato il mancato raggiungimento degli obiettivi definiti.

Accesso al servizio mensa

Il diritto alla fruizione del pasto è riconosciuto agli specialisti ambulatoriali interni, ai veterinari e ai professionisti dell'Azienda con le stesse modalità ed al verificarsi delle condizioni previste per il personale dipendente.

Assenze per malattia e gravidanza (Articolo 34)

Le parti evidenziano come l'art. 34, co. 4 dell'ACN 2024 preveda un periodo massimo di 14 settimane complessive interamente retribuite al SAI et al. che si assenti dal servizio per gravidanza o puerperio, affido e adozione senza indicare la collocazione temporale di tale periodo nell'ambito dell'assenza dal servizio. Se ne deduce che si lascia alla scelta della professionista interessata l'individuazione temporale delle 14 settimane di assenza interamente retribuite.

Le parti convengono che, in presenza di incarichi in più Aziende, quanto previsto dal comma 7 dell'articolo 34 ("Per l'incarico a 38 ore settimanali il permesso è pari a 18 ore mensili fruibili



esclusivamente presso l'Azienda nella quale è maturato il diritto.") sia da intendere che le ore di permesso debbano essere fruite in ciascuna di queste in proporzione all'orario di incarico.

Formazione continua (Articolo 40)

Il piano annuale di formazione per i SAI et al. viene concordato perseguendo anche l'obiettivo della integrazione del percorso formativo con tutti i professionisti, dipendenti e convenzionati, che operano nell'ambito aziendale.

Si conviene di mantenere quanto già previsto nel precedente accordo regionale relativamente al limite massimo di 50 ore annue di formazione.

Modalità di svolgimento

Ciascun SAI et al. dispone di un monte ore formativo annuale così suddiviso:

- 50% (pari a 25 ore/anno) di aggiornamento professionale finalizzato alla partecipazione obbligatoria a corsi organizzati su tematiche di interesse regionale/aziendale – le tematiche saranno concordate con i responsabili di branca, ove individuati
- 50% (pari a 25 ore/anno) su tematiche di interesse specifico per lo specialista ambulatoriale, veterinario e professionista, ma comunque inerenti all'attività professionale svolta negli ambulatori aziendali e ricomprese nei LEA.

Nel caso in cui la formazione aziendale non venga programmata nei modi e nei tempi sopra specificati, lo specialista ambulatoriale, veterinario e professionista avrà la facoltà di acquisire i crediti formativi in modo autonomo, allo scopo di ottenere l'intero monte-crediti previsto, godendo del relativo permesso retribuito, nei limiti del monte ore formativo individuale.

La partecipazione alle iniziative formative determina il riconoscimento di un permesso retribuito nel rispetto dei seguenti limiti:

- 32 ore annue per incarichi fino a 15 ore settimanali;
- 50 ore annue per incarichi fino a 38 ore settimanali.

Il limite massimo annuo comprende anche le ore di formazione a distanza (FAD) debitamente autorizzato.

La durata del corso riconosciuta al singolo professionista verrà conteggiata considerando quanto certificato nell'attestato di frequenza o indicato in fase di accreditamento, ferma restando la possibilità di riconoscere, come orario di servizio e nel limite dell'orario previsto per quella giornata, anche le ore necessarie al raggiungimento (e relativo rientro) della sede formativa.

La partecipazione alle iniziative formative, nel limite di cui sopra, viene riconosciuta al professionista indipendentemente dal fatto che questa avvenga durante le ore di incarico.

Per gli specialisti, professionisti e veterinari con incarichi in più Aziende USL il limite orario deriva dalla somma delle ore di incarico settimanali.

Gli specialisti, professionisti e veterinari si impegnano a comunicare tempestivamente all'Azienda USL eventuali cambiamenti delle ore di incarico, nonché a richiedere l'autorizzazione alla partecipazione alle iniziative con almeno 30 giorni di preavviso.

Ai medici specialisti ambulatoriali, ai veterinari ed ai professionisti sono riconosciuti crediti didattici ai sensi dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano "La



Formazione Continua Nel Settore «Salute» del 2 febbraio 2017 e nei successivi manuali a cui lo stesso Accordo rimanda, in particolare il Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario.

In particolare gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti possono acquisire crediti oltre che in qualità di partecipanti ad eventi formativi accreditati, anche attraverso ulteriori attività ECM (per esempio, tutoraggio in aula, sul campo e in e-learning, autore di materiale FAD), come ricercatori nelle sperimentazioni cliniche, attraverso la redazione di pubblicazioni scientifiche, lo studio individuale di pubblicazioni scientifiche e, infine, attraverso il tutoraggio nella formazione e nei tirocini formativi professionalizzanti pre e post laurea, previsti dalla legge.

Si conviene che per le attività di docenza e tutoraggio (funzione quest'ultima strutturata per le tipologie di formazione individuate nell'AUSL) sia previsto un trattamento da concordare in sede locale, analogo a quello del dipendente.

Si conviene che la Regione promuova e favorisca iniziative regionali o aziendali volte a consolidare le competenze dei responsabili di branca, referenti di AFT e referenti aziendali; tali iniziative potranno essere svolte in modo integrato con le analoghe figure degli altri settori della medicina convenzionata.

Programmi e progetti finalizzati (Articolo 41)

Prioritariamente, si individuano i seguenti programmi e progetti finalizzati:

- la Regione Emilia-Romagna, con la D.G.R. n. 1056/2015 e successive note della Direzione generale regionale sui protocolli di appropriatezza prescrittiva (Prot. 21/03/2022. 0282714.U) e sulla presa in carico (Prot. 21/03/2022. 0282798.U), nonché con la D.G.R. n. 603/19 e la D.G.R. n. 620/24 sullo smaltimento delle liste di attesa, ha fornito indicazioni per la complessiva riorganizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per il contenimento dei tempi di attesa. Si conviene che le Aziende USL possano adottare provvedimenti di contenimento delle liste di attesa, in accordo con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, con il coinvolgimento dei referenti di AFT, secondo le modalità concordate in sede aziendale, anche attraverso il ricorso, fra gli altri, a *overbooking*, all'attivazione di sedute aggiuntive in simil-ALPI, alla erogazione di prestazioni "urgenze-U", alla costituzione di team di "specialisti *on call*" a supporto dei RUAP, comprese eventuali progettualità in itinere;
- ulteriore rafforzamento dell'attività ambulatoriale complessa, dei percorsi di semplificazione e *day service* ambulatoriale, anche mediante il concorso degli specialisti all'accesso, alla prenotazione e organizzazione delle attività ambulatoriali (es. DSA) per interventi di chirurgia ambulatoriale quali cataratta, tunnel carpale e ulteriori prestazioni previste dall'allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017;
- anche con riferimento all'articolo 4, lettera c), dell'ACN, i SAI et al. si rendono disponibili, nell'ambito della programmazione regionale, a collaborare, con modalità definite dagli accordi integrativi locali, alla attività delle strutture territoriali per la gestione delle urgenze a bassa complessità (per esempio, CAU);
- Costituzione di gruppi di lavoro multiprofessionali (specialisti ambulatoriali e altre professionalità-RUAP-altri specialisti) finalizzati alla predisposizione di raccomandazioni e linee di indirizzo per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva diagnostico-terapeutica;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- **Attribuzione di incarichi di responsabilità di progetto o di coordinamento funzionale**
- **Psicologi d'emergenza.** Le situazioni di emergenza e catastrofe hanno un significativo impatto sulla salute mentale delle popolazioni e delle comunità colpite. Gli interventi di prevenzione, preparazione e ripristino a seguito di eventi catastrofici prevedono anche l'intervento della funzione psicologica aziendale, attraverso l'operato di psicologi esperti e formati in psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia. L'organizzazione regionale prevede una catena di comando, che prende avvio dalla Protezione Civile e "Funzione Sanità e Assistenza Sociale" per poi attivare, se necessario, il Board regionale psicologia dell'emergenza e, a livello locale, le EPE - Equipe psicosociali per l'emergenza (DPCM 13 giugno 2006: "Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi" (GU n. 200 del 29-8-2006). In questo contesto di intervento, al personale convenzionato coinvolto sarà riconosciuto il compenso ai sensi art. 44, lett. A dell'ACN e un compenso aggiuntivo ai sensi dell'art. 44, lett. B, co. 1, lett. a) dell'ACN. Inoltre, agli psicologi dell'emergenza è riconosciuto il rimborso delle documentate spese di viaggio e pernottamento nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione, con la precisazione che, qualora non sia disponibile l'automezzo aziendale e il professionista si avvalga del proprio automezzo, è previsto un rimborso pari a un 1/5 del prezzo "ufficiale" di un litro di benzina verde per km. Per gli interventi degli psicologi dell'emergenza nel luogo in cui si sono verificati uno o più eventi catastrofici è garantita la copertura assicurativa totale ai sensi degli artt. 32, co. 9 e 52 dell'ACN.

I progetti e i programmi di cui sopra devono essere strutturati con indicatori e obiettivi facilmente misurabili.

Sorveglianza sanitaria (Articolo 50)

I SAI et al., qualora esposti a rischio radiologico o biologico, in quanto tenuti a prestare la propria attività in zone controllate, sono sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente, così come previsto dall'articolo 41 del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, con le stesse modalità e periodicità previste per il corrispondente profilo professionale CCNL presso le Aziende sanitarie.

Fondo per l'accordo attuativo aziendale (AAA)

Per l'adesione alle progettualità aziendali si concorda che le quote previste dall'art. 43, co. 8 (0,44 euro/ora) e dall'art. 44, comma 7 (0,26 euro/ora) vengano incrementate di 0,30 € per ora di attività. Tale riconoscimento è corrisposto nelle modalità previste dai citati articoli.

Le quote del fondo resesi disponibili per il parziale o mancato utilizzo e/o raggiungimento degli obiettivi nell'anno in corso rientrano nelle disponibilità aziendali finalizzate alle progettualità inerenti la specialistica ambulatoriale interna e altre professionalità.

Indennità Penitenziaria E Zone Disagiate

Ai sensi dell'articolo 43, comma 13 dell'ACN, per lo svolgimento delle attività dei SAI et al. presso gli istituti penitenziari è riconosciuto un emolumento orario aggiuntivo pari a 10 € rispetto a quanto previsto dall'ACN al citato articolo 43, Quota oraria e lettera B- Quota variabile, al successivo articolo 44, lettera A- Quota oraria e lettera B - Quota variabile e, infine, all'articolo 49.

La Regione individua, ove presenti strutture sanitarie, sia le sedi, sia le zone disagiatissime o disagiate, in base a quanto stabilito dall'articolo 43 dell'ACN.



Le zone e le sedi individuate per uniformità di indirizzi operativi sono comunicate al Comitato Regionale ex articolo 17 dell'ACN.

Per l'attività svolta presso tali sedi è riconosciuto un emolumento orario aggiuntivo rispetto a quanto definito dall'ACN all'articolo 43, lettera A- Quota oraria e lettera B - Quota variabile, al successivo articolo 44, lettera A-Quota oraria e lettera B-Quota variabile e, infine, all'articolo 49 pari a:

- zone disagiatissime: 7 euro
- zone disagiate: 5 euro.

Tutela Legale

Per le attività che i SAI et al. svolgeranno nelle strutture, come declinate nel presente accordo, e in coerenza con quanto previsto dalla legge 8 marzo 2017 n. 24, si specifica che il “Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie”(DGR n. 2079 del 23 dicembre 2013), a cui aderiscono tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, opera a copertura dei danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, quindi anche in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

La copertura assicurativa per responsabilità per colpa grave resta in capo ai professionisti.

Durata dell'accordo

Il presente accordo acquisirà validità ed efficacia solo dalla data di firma da parte del Direttore della Direzione Generale cura della persona, salute e welfare previa necessaria approvazione con deliberazione di Giunta regionale e rimarrà in vigore sino al 31.12.2027, fatte salve diverse determinazioni derivanti dalla ratifica di accordi collettivi nazionali, nonché disposizioni legislative a livello nazionale che vadano a modificare e/o integrare le disposizioni qui contenute.

NORME FINALI

NORMA FINALE n. 1

La Regione Emilia-Romagna comunica annualmente al Comitato Regionale l'entità e l'utilizzo dei fondi ponderali regionali, ai fini della verifica dello stato di attuazione dell'accordo.

NORMA FINALE n. 2

In relazione alla tipologia dell'ambulatorio e alla casistica clinica le Aziende sanitarie valutano la dotazione strumentale e di personale, al fine di ottimizzare le prestazioni erogate in termini di appropriatezza e sicurezza.



Bologna, _____

Il Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

SUMAI _____

FEDERAZIONE CISL MEDICI _____

FESPA _____

UIL FPL _____

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

COMUNICATO RESPONSABILE SETTORE ASSISTENZA TERRITORIALE

Comunicato relativo agli allegati, parti integranti e sostanziali, delle deliberazioni della Giunta regionale 5 febbraio 2026, n. 148 e 16 febbraio 2026, n. 187

Con la deliberazione regionale n. 148 del 05/02/2026, la Giunta regionale ha approvato lo schema di Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, dando mandato al Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di sottoscriverlo, apportando al testo le eventuali, necessarie modifiche non sostanziali. In merito a questo provvedimento, si comunica, pertanto, che il testo dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale è stato definitivamente sottoscritto, in attuazione di quanto previsto dal dispositivo, punto 2, della citata deliberazione n. 148, così come concordemente modificato, in maniera non sostanziale, dalle parti firmatarie: il Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna e le parti sindacali FIMMG e FMT - quest'ultima federatasi nel frattempo con Cisl medici - le quali rappresentano, complessivamente, la maggioranza delle deleghe sindacali a livello regionale. Il suddetto definitivo Accordo Integrativo Regionale è stato repertoriato con protocollo n. 0142508 del 17/02/2026.

Si comunica, infine, che con la deliberazione regionale n. 187 del 16/02/2026, la Giunta regionale ha altresì approvato lo schema di Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali. In merito a questo provvedimento, il testo dell'Accordo Integrativo Regionale è stato reso definitivo, senza modificazioni di refusi o errori materiali, con la sottoscrizione da parte del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e le parti sindacali rappresentative della categoria tutte: SUMAI, FEDERAZIONE CISL MEDICI, FESPA, UIL FPL, il 02/03/2026 ed è stato repertoriato con protocollo n. 0191873 del 02/03/2026.

LA RESPONSABILE DI SETTORE

Ilaria Camplone

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI
MEDICINA GENERALE**

Sommario

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI	6
CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE	6
Art. 1 – Il Contesto regionale	6
Art. 2 – Aggregazioni Funzionali Territoriali	7
CAPO II – CONTESTO ORGANIZZATIVO	8
Art. 3 – Caratteristiche delle AFT	8
Art. 4 – Sede della AFT	9
Art. 5 – Compiti della AFT	10
Art. 6 – Rete informatica di AFT	12
Art. 7 – Il referente di AFT	12
Art. 8 – Il coordinatore dell’attività oraria	15
Art. 9 – Il regolamento di funzionamento interno dell’AFT	15
Art. 10 – Forma organizzativa multiprofessionale – UCCP	16
Art. 11 – Il coordinatore di UCCP	16
CAPO III RELAZIONI SINDACALI	16
Art. 12 – Partecipazione a comitati e commissioni	16
Art. 13 – Incontri del comitato regionale e dei comitati aziendali	17
Art. 14 – Delegazioni trattanti	18
Art. 15 – Partecipazione a gruppi tecnici regionali e aziendali	20
CAPO IV TUTELE GENITORIALITÀ E ACCUDIMENTO	20
Art. 16 – Supporto alla genitorialità e all’accudimento	20
CAPO V – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE	21
Art. 17 – Graduatorie aziendali per incarichi temporanei provvisori, determinati e sostituzioni	21
Art. 18 – Procedimento di contestazione	23
Art. 19 – Formazione continua e attività didattica	23
TITOLO II – ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE	26
CAPO I – MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA	26
Art. 20 – Ruolo unico del medico di assistenza primaria	26
Art. 21 – Compiti del medico del ruolo unico di assistenza primaria	27
Art. 22 – Fase di transizione	28
Art. 23 – Disciplina dell’attività a ciclo di scelta	29
Art. 24 – Disciplina dell’attività oraria	30

Art. 25 – Attività oraria per i medici con incarico temporaneo.....	33
Art. 26 – Modalità operative per l'assegnazione delle attività a rapporto orario dei medici RUAP.....	33
Art. 27 – Partecipazione del medico RUAP alla équipe della UVM	34
Art. 28 – Specifiche tutele del medico RUAP per genitorialità e accudimento.....	34
Art. 29 – Assistenza medica nelle strutture residenziali accreditate	35
Art. 30 – Requisiti e criteri per il conferimento degli incarichi	35
Art. 31 – Tipologia di attività di assistenza primaria nelle strutture residenziali accreditate	36
Art. 32 – Iscrizione dell'ospite in struttura residenziale accreditata negli elenchi del medico del ruolo unico di assistenza primaria	37
Art. 33 – Verifica delle attività del medico RUAP nelle strutture residenziali accreditate	37
Art. 34 – Diagnostica di I° Livello e Telemedicina.....	38
Art. 35 – Assistenza medica negli Ospedali di Comunità	38
Art. 36 – Assistenza ai turisti	38
Art. 37 – Visite occasionali.....	39
Art. 38 – Organizzazione della continuità dell'assistenza	40
Art. 39 – Fase di transizione, revisione e ottimizzazione dei modelli di assistenza territoriale	41
Art. 40 – Nuove forme organizzative dei medici a ruolo unico di assistenza primaria - Équipe AFT	42
Art. 41 – Requisiti degli studi medici.....	44
Art. 42 – Modalità di contattabilità del medico RUAP con attività a ciclo di scelta	44
Art. 43 – Assistenza primaria nelle aree disagiate o disagiatissime.....	45
Art. 44 – Rapporto ottimale e carenza assistenziale	46
Art. 45 – Modalità per la determinazione delle carenze assistenziali	47
Art. 46 – Massimale e relative limitazioni.....	48
Art. 47 – Massimali dei medici corsisti incaricati temporanei.....	49
Art. 48 – Incarichi a tempo determinato e temporanei del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario dei medici corsisti	50
Art. 49 – Incarichi a tempo determinato.....	50
Art. 50 – Incarichi a tempo determinato del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria e a ciclo di scelta	51
Art. 51 – Scelte in deroga territoriale	51
CAPO II – TRATTAMENTO ECONOMICO	52
Art. 52 – Trattamento economico del medico RUAP, indicatori di risultato, costituzione e attribuzione dei Fondi.....	52
Art. 53 – Fondo aziendale per la presa in carico delle patologie croniche	52
Art. 54 – Fondo aziendale per lo sviluppo delle Case della Comunità.....	56

Art. 55 – Fondo aziendale per i fattori produttivi	57
Art. 56 – Modalità di attribuzione del fondo aziendale	58
Art. 57 – Fondo per il riconoscimento economico dei medici RUAP che aderiscono alle Équipe di AFT	58
Art. 58 – Fondo per il supporto informatico	60
Art. 59 – Fondo per appropriatezza prescrittiva	60
Art. 60 – Trattamento economico del medico RUAP operante a quota oraria	62
Art. 61 – Compensi dei ruoli di Referente di AFT, Referente distrettuale, Coordinatore per l'attività oraria e Coordinatore di UCCP	63
Art. 62 – Compensi per le attività nelle strutture residenziali accreditate	63
Art. 63 – Compenso per gli animatori di formazione	64
Art. 64 – Trattamento economico per l'assistenza domiciliare programmata e integrata	64
Art. 65 – Compenso per il turno di reperibilità e Festività di particolare importanza	64
CAPO III – MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI	65
ART. 66 – Disciplina della Medicina dei Servizi Territoriali	65
CAPO IV – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	66
ART. 67 – Disciplina della Emergenza Sanitaria Territoriale	66
CAPO V – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI	66
Art. 68 – Attribuzione degli Incarichi dei medici di Assistenza Penitenziaria	66
Art. 69 – Massimale orario - incarichi provvisori e a tempo determinato	66
Art. 70 – Compiti e partecipazione alle équipe assistenziali di residenzialità penitenziaria	67
Art. 71 – Idoneità delle sedi	68
Art. 72 – Formazione per i medici operanti all'interno delle strutture carcerarie	68
Art. 73 – Responsabile/Referente del servizio sanitario penitenziario	69
Art. 74 – Trattamento economico per i medici di assistenza penitenziaria	70
NORME FINALI E TRANSITORIE	70
Norma finale n. 1 - Formazione dei collaboratori di studio	70
Norma finale n. 2 - Attività territoriali programmate (ATP)	70
Norma finale n. 3 – Durata dell'accordo integrativo regionale	71
Norma finale n. 4 – Contribuzione ENPAM	71
Norma transitoria n. 1 – Accordi attuativi aziendali	71
Norma transitoria n. 2 – Massimali e rimodulazione fasce di cui art. 38, co. 1 ACN	71
Norma transitoria n. 3 - Attività di tutoraggio	71
ALLEGATI	73
Allegato 1 – Modulo – Costituzione Équipe AFT - ai sensi della DGR (AIR.....)	73
Allegato 2 - Schema di regolamento AFT	74
Allegato 3 - Prestazioni aggiuntive del medico RUAP nelle strutture residenziali accreditate	78

Allegato 4 – Prestazioni aggiuntive del medico RUAP.....	79
Allegato 5 – Partecipazione alla campagna vaccinale dei medici RUAP	81
Allegato 6 – Protocollo d'intesa per la determinazione di contingenti di personale medico	89
Allegato 7 – Assistenza domiciliare programmata e integrata nei confronti dei soggetti non ambulabili	90
Allegato 8 – Applicazione delle misure di deburocratizzazione per attività sostitutive degli obblighi prescrittivi e certificativi spettanti a tutti i medici del SSR	91

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE

Art. 1 – Il Contesto regionale

1. I medici di medicina generale sono professionisti che contribuiscono a preservare e promuovere la salute individuale e collettiva, con un approccio olistico, sia nelle attività preventive che in quelle diagnostiche terapeutiche della cronicità, come nelle acuzie, fornendo ai cittadini assistiti informazioni complete chiare e comprensibili sulla diagnosi, prognosi, opzioni e scelte terapeutiche e potenziali conseguenze, erogando direttamente le prestazioni di propria competenza.
2. L'assistenza dei medici di medicina generale si articola attraverso tutti i settori della medicina generale:
 - Medici del Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria
 - Medici della Medicina dei Servizi
 - Medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale
 - Medici dell'Assistenza Penitenziaria
3. L'Accordo Integrativo Regionale (di seguito AIR) definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per la loro attuazione, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale e in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto all'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale 15.01.2026 (di seguito ACN).
4. Le Regioni definiscono, ai sensi della normativa vigente, gli atti di programmazione inerenti alle forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali – di seguito AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (di seguito UCCP), osservando i seguenti criteri generali:
 - a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
 - b) istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa;
 - c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi.
5. La programmazione regionale finalizza l'AIR alle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di performance, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini e tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale e regionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:
 - a) Piano nazionale della cronicità (PNC);

- b) Piano nazionale della prevenzione;
 - c) Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV);
 - d) Accesso improprio al pronto soccorso;
 - e) Governo delle liste d'attesa;
 - f) Appropriatazza clinica e prescrittiva;
 - g) Partecipazione all'implementazione di quanto previsto dal DM n. 77/2022.
6. La Regione Emilia-Romagna ha sviluppato e promosso oltre a forme associative di rete e di gruppo fra i medici del ruolo unico di assistenza primaria (di seguito medici RUAP) anche forme di associazionismo multiprofessionale (Nuclei di Cure Primarie – di seguito NCP) come strumento di integrazione professionale e operativa, finalizzato al miglioramento dell'assistenza, all'integrazione delle risorse tecnico-professionali e alla semplificazione dei percorsi di accesso ai servizi.
7. In tutte le AUSL, i medici di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e tutti i professionisti sanitari e sociali collaborano alla programmazione dell'attività per garantire la continuità assistenziale attraverso percorsi diagnostico terapeutici condivisi e attraverso accessi diretti degli specialisti nelle sedi delle forme associative della medicina generale dei NCP per l'erogazione di prestazioni e consulenze.
8. A partire dal 2006 (AIR del 29 settembre 2006) i medici di assistenza primaria hanno aderito ai Nuclei di Cure Primarie quale strumento di miglioramento dell'assistenza territoriale, finalizzato a garantire lo sviluppo del modello di reti integrate, fondato su di un sistema di autonomie e responsabilità. Nel 2011 è stato poi sottoscritto un Accordo Integrativo Regionale con i medici di assistenza primaria che, in attuazione delle forme organizzative di cui all'Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005, come modificato ed integrato dagli AA.CC.NN. 29 luglio 2009 e 8 luglio 2010, ha previsto che il modello organizzativo dei NCP costituisse un'articolazione che, sia pur diversamente strutturata rispetto a quella delineata nell'ACN, era orientata alle medesime finalità di sviluppo e promozione dell'assistenza territoriale, alla realizzazione di adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione tra professionisti e pertanto che, nella Regione, il concetto di Aggregazione Funzionale Territoriale fosse sovrapponibile a quello di Nucleo di Cure Primarie.
9. Con la DGR n. 682 del 05/05/2025, la Regione ha adottato l'Atto di programmazione delle AFT e delle UCCP (Allegato 1 – Schema AFT).

Art. 2 – Aggregazioni Funzionali Territoriali

1. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali perseguono obiettivi di salute e di attività indicati dall'Azienda Unità Sanitaria Locale (di seguito AUSL) nell'ambito della programmazione regionale, coerenti con gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionali previsti nell'ACN attualmente vigente, brevemente di seguito richiamati:
- a) Piano Nazionale della Prevenzione: attiva partecipazione dei medici delle AFT nelle attività di promozione della prevenzione primaria, secondaria e terziaria secondo la programmazione regionale e aziendale;
 - b) Piano Nazionale della Cronicità: partecipazione attiva dei medici delle AFT nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure e individuazione della terapia ritenuta più

- idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente e coinvolgimento nel coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche;
- c) Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale: partecipazione attiva dei medici delle AFT nelle vaccinazioni che, di volta in volta, il piano vaccinale regionale indicherà come prioritarie e nelle relative attività, coerentemente alla programmazione aziendale;
 - d) Accesso improprio al Pronto Soccorso: integrazione delle AFT con i professionisti operanti nelle strutture territoriali e ospedaliere per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche attraverso l'utilizzo di diagnostica generalista di primo livello;
 - e) Governo delle liste di attesa: coinvolgimento e partecipazione dei medici delle AFT ai percorsi regionali e aziendali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni; per l'erogazione delle prestazioni potrà essere previsto il coinvolgimento dei medici delle AFT nei processi di budgeting aziendali;
 - f) Appropriatelyzza clinica e prescrittiva: perseguimento di appropriato utilizzo delle prestazioni di assistenza specialistica e diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché di assistenza farmaceutica, anche a seguito della partecipazione a percorsi finalizzati alla stesura di protocolli e linee d'indirizzo regionali;
2. Il presente Accordo Integrativo Regionale definisce il sistema di valutazione di tali obiettivi, inclusi i target e i relativi indicatori di processo ed esito. Tali indicatori, monitorati a livello regionale e misurati a livello di AFT, sono lo strumento di riferimento per l'applicazione di quanto previsto dall'art. 47, lett. B dell'ACN. Le economie, derivanti dal mancato raggiungimento dei suddetti target, possono essere assegnate, eventualmente integrando le risorse aziendali, sulla base di specifiche progettualità locali.
3. Le AFT vengono formalmente istituite e attivate alla data del 1° ottobre 2026. Da tale data devono essere costituiti i fondi e applicato il trattamento economico di cui agli artt. 51-64 del presente AIR.

CAPO II – CONTESTO ORGANIZZATIVO

Art. 3 – Caratteristiche delle AFT

1. Le AFT sono monoprofessionali, sono prive di personalità giuridica, hanno compiti assistenziali e funzioni di governo clinico della medicina generale. Così come confermato dal vigente ACN esse: condividono strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida e protocolli operativi; svolgono audit organizzativi e clinici; utilizzano cruscotti informativi a supporto dell'attività e dei processi decisionali dei medici in esse operanti, in un continuo rapporto tra pari.
2. Fanno parte delle AFT tutti i medici di assistenza primaria operanti nei modelli organizzativi definiti dalla Regione, a garanzia della continuità dell'assistenza.
3. In linea con l'art. 29, co. 5 dell'ACN, i medici RUAP partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizio, anche cooperative; in ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni

mediche proprie del medico di medicina generale regolamentate dal presente accordo e dagli accordi attuativi aziendali (di seguito AAA).

4. Come previsto dall'ACN, i medici RUAP sono tenuti a erogare attività sia a ciclo di scelta che, sulla base del proprio carico assistenziale, attività oraria. Resta inteso che, i medici RUAP a ciclo di scelta e a rapporto orario, i quali non hanno accettato il completamento dell'impegno settimanale ai sensi dell'art. 31, co. 3 dell'ACN, partecipano alle attività dell'AFT per i rispettivi ambiti di attività e concorrono all'assolvimento dei compiti e delle funzioni delle AFT.
5. Di norma, la popolazione di riferimento non è superiore ai 30.000 assistiti dai medici RUAP a ciclo di scelta. Per particolari e motivate esigenze (per esempio: alta densità abitativa, elevata dispersione), la popolazione di riferimento può discostarsi da questo parametro, senza essere inferiore ai 7.000 assistiti oppure superiore a 45.000. Analogamente, per motivate esigenze, le AFT possono essere costituite da medici RUAP operanti in Distretti diversi ancorché adiacenti.
6. L'articolazione organizzativa delle AUSL può prevedere che alcuni servizi di assistenza primaria abbiano un ambito di afferenza sovra-AFT, come: Ospedali di Comunità (di seguito OSCO), Casa della Comunità (di seguito CdC) hub, Unità di Cure Palliative Domiciliari, oppure sovra-distrettuale, come: OSCO (limitatamente alle aree di confine), Centrali telefoniche.
7. Gli ambiti territoriali delle AFT coincidono con quelli per l'individuazione delle zone carenti.
8. Le AFT sono attivate con provvedimento aziendale sulla base del modello organizzativo definito dalla Regione e condiviso con le Aziende sanitarie.

Art. 4 – Sede della AFT

1. Le AFT dispongono di una sede di riferimento riconoscibile presso una delle seguenti strutture:
 - a) Casa della Comunità hub o spoke;
 - b) struttura aziendale;
 - c) struttura proposta dai medici componenti l'AFT, in accordo con l'AUSL, rispondente ai requisiti previsti dalle norme vigenti.
2. I medici componenti l'AFT, nell'ambito delle attività a quota oraria, garantiscono attività ambulatoriale continuativa rivolta a tutta la popolazione di riferimento dell'AFT, almeno dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00, presso le sedi individuate dall'Azienda sanitaria nel rispetto della programmazione regionale e aziendale.
3. Qualora la sede dell'AFT sia collocata presso una CdC hub o spoke, l'attività ambulatoriale di cui sopra può esser accessibile, oltre ai cittadini afferenti a quella AFT, a chiunque ne abbia necessità per prestazioni cliniche indifferibili e concorre alla garanzia della presenza medica di cui all'art. 29, co. 6 dell'ACN e al DM n. 77/2022. In questo caso l'ambulatorio di AFT, che garantisce l'accesso sia ai cittadini dell'AFT che a tutti i cittadini, deve prevedere:
 - a) per i cittadini non afferenti alla AFT, un accesso libero previo preferibile contatto telefonico con il NEA 116117. Resta confermato che l'assistito debba sempre accedere prioritariamente al proprio medico curante o al medico dell'ambulatorio della propria AFT;
 - b) nelle sedi caratterizzate da un volume di accessi periodicamente superiore a quelli osservati in situazioni analoghe (per esempio: stagionalità, sedi logistiche ad alta

densità, presenza di cittadini fuori sede), l'AUSL può valutare un potenziamento dell'attività a quota oraria, al quale possono partecipare, su base volontaria, anche i medici RUAP di altra AFT del medesimo Distretto.

4. Qualora sul territorio su cui insiste una AFT siano presenti più CdC, la scelta della sede privilegia in prima battuta le CdC hub.
5. In situazioni di prossimità territoriale e di confine, la sede della AFT può essere individuata in una CdC spoke afferente al territorio della AFT confinante.
6. Le sedi di riferimento della AFT, identificate nell'Atto di programmazione regionale (DGR n. 682 del 05/05/2025), possono essere eventualmente modificate in coerenza con la programmazione distrettuale.

Art. 5 - Compiti della AFT

1. L'AFT, oltre ai compiti essenziali ai sensi dell'art. 29 co. 6 dell'ACN, garantisce per tutti i cittadini di riferimento dell'aggregazione funzionale stessa:
 - a) l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA) con modalità definite dal presente accordo ai successivi artt. 36 e 37;
 - b) la continuità dell'assistenza dell'AFT, estesa all'intero arco della giornata per 7 giorni alla settimana, anche mediante attività di assistenza domiciliare e nelle strutture residenziali e semi-residenziali;
 - c) la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE), il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata nonché l'alimentazione ed invio del patient summary all'FSE come sancito dall'intervento PNRR FSE 2.0: Subinvestimento M6 C2 I1.3.1, fermo restando l'aggiornamento del patient summary con modalità automatizzate e l'informativa ai fruitori sul possibile non aggiornamento in tempo reale. Tali flussi informativi saranno oggetto di confronto in seno al Tavolo di cui al successivo art. 6;
 - d) l'organizzazione delle attività con un approccio proattivo basato sull'analisi dei fabbisogni della popolazione di riferimento, in collaborazione con i servizi aziendali preposti e nell'ambito della programmazione distrettuale, al fine di consentire una programmazione locale dei servizi coerente con le necessità (Population Health Management – DM n. 77/2022); collaborazione alla definizione di Percorsi Preventivi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (di seguito PPDTA) e sviluppo di servizi ad hoc sulla popolazione di riferimento;
 - e) la presa in carico dei pazienti cronici e fragili da parte dell'AFT, aderendo ai percorsi regionali e/o aziendali secondo i più recenti "standard of care", così come normato dal DM n. 77/2022 e disciplinato dall'ACN;
 - f) la distribuzione capillare degli ambulatori anche nei piccoli Comuni o località di almeno 600 abitanti, o negli ambiti individuati dalla programmazione aziendale, anche mediante ore di attività a quota oraria programmate dall'AUSL qualora necessario, disciplinato da apposito regolamento definito in Comitato aziendale. I medici chiamati a svolgere tali attività devono sempre operare nell'ambito della propria AFT. In caso di necessità, per mancanza di medici con debito orario, possono essere conferiti incarichi a tempo determinato;

- g) la partecipazione alle équipes multidisciplinari di UCCP per la gestione dei casi complessi con i professionisti coinvolti nella medesima UCCP ed elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI) monitorato e aggiornato;
 - h) la partecipazione alla definizione dei percorsi della continuità dell'assistenza, anche mediante la collaborazione con i servizi sociali e le Centrali Operative Territoriali (di seguito COT), quale strumento di gestione delle transizioni tra setting assistenziali e di cura;
 - i) lo sviluppo di progetti e percorsi volti al miglioramento della continuità dell'assistenza attraverso l'utilizzo di strumenti di diagnostica generalista di primo livello (es. ECG, spirometro, ecografo, dermatoscopio, ecc.) con eventuale integrazione con i medici specialisti, in applicazione dei PPDTA condivisi;
 - j) l'adesione, la programmazione e la partecipazione ai percorsi formativi volti a promuovere l'integrazione multiprofessionale, con modalità innovative di formazione continua, al fine di potenziare la capacità dei professionisti di rispondere ai bisogni degli assistiti e di sviluppare percorsi assistenziali che sfruttino appieno la rete dei servizi presenti sul territorio. L'attività di formazione dei medici di AFT deve essere supportata dalle Aziende anche mediante potenziamento degli ambulatori di AFT;
 - k) la partecipazione ad attività finalizzate al governo clinico, in integrazione con le diverse articolazioni aziendali e in coerenza con la programmazione regionale, come ad esempio:
 - I. adesione e monitoraggio ai percorsi di presa in carico dei pazienti cronici (PAI e PDTA) in particolare PDTA diabete, BPCO, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica post-IMA, insufficienza renale cronica e ad altri percorsi che vengano successivamente definiti;
 - II. stratificazione del rischio di tutta la popolazione assistita;
 - III. governo e gestione delle prestazioni indifferibili territoriali;
 - IV. utilizzo degli strumenti di telemedicina (teleconsulto, telecontrollo, ecc.) per favorire la qualità e prossimità dell'assistenza in particolare a favore dei pazienti fragili e cronici.
 - l) la partecipazione ad attività concordate in accordi aziendali finalizzate al rispetto dei livelli di spesa programmati, in integrazione con le diverse articolazioni aziendali e in coerenza con la programmazione regionale, come ad esempio:
 - I. appropriatezza della prescrizione e del consumo di prestazioni specialistiche e governo dei tempi di attesa;
 - II. appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche.
2. In coerenza con l'atto di programmazione regionale (D.G.R. n. 682/2025), l'attività di AFT è organizzata per garantire:
- a) presso la sede di AFT dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20:
 - I. accessibilità ambulatoriale diretta, eventualmente previo contatto telefonico, anche integrato da altra modalità di accesso definita nel regolamento di AFT;
 - II. accessibilità telefonica anche con strumenti telematici;

- III. relativamente l'attività a ciclo di scelta nelle giornate prefestive valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per chi in quel giorno la svolge ordinariamente il mattino.
- b) nelle ore notturne (dalle 20 alle 8), il sabato e nei giorni festivi:
- I. continuità dell'assistenza partecipando ai modelli organizzativi aziendali e regionali, anche in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. 459/2024 sull'implementazione del progetto NEA 116117;
 - c) attività domiciliari anche in coordinamento con forme organizzative multiprofessionali per la presa in carico delle condizioni più complesse.
3. Ai sensi dell'art. 44, co. 11 e 13 dell'ACN:
- I. le sedi di svolgimento dell'attività assistenziale a prestazione oraria dei medici RUAP sono individuate dall'AUSL in ambito distrettuale, anche presso le sedi di AFT, le sedi di UCCP, le CdC hub e spoke;
 - II. l'Azienda USL assegna le sedi di attività e predispone, su base distrettuale, i turni di servizio, in collaborazione con i referenti di AFT e con i coordinatori dell'attività oraria, sentiti i medici interessati, come declinato dal presente comma. I turni di servizio sono assegnati sulla base del principio dell'equità distributiva tra tutti i medici incaricati.
4. Quanto sopra comporta una progressiva ottimizzazione delle attuali sedi di Continuità Assistenziale, al fine di garantire quanto previsto dall'ACN, dagli standard del DM n. 77/2022, tenendo comunque conto della tutela di eventuali specifiche esigenze connesse alle condizioni demografiche (residenti, domiciliati o comunque presenti) e oro-geografiche.

Art. 6 – Rete informatica di AFT

1. Ai sensi dell'art. 29, co. 9 dell'ACN, i medici RUAP sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni medico della AFT a informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure.
2. Nelle more dell'attuazione del modello organizzativo previsto dal presente accordo, le parti concordano di rinviare la trattativa del presente articolo ad apposito Tavolo della Delegazione regionale. Gli accordi stipulati dal predetto Tavolo confluiscono in un addendum all'AIR e sono parte integrante e sostanziale dell'AIR stesso.

Art. 7 – Il referente di AFT

1. Ogni AFT è coordinata da un referente, individuato, unitamente a un sostituto, dai medici dell'AFT, con requisiti, modalità di individuazione e remunerazione definite nel presente AIR.
2. Il Referente di AFT opera ai sensi dell'art. 30 dell'ACN, come integrato dal presente Accordo Regionale e dal regolamento di AFT, di cui all'art. 29, co. 12 dell'ACN, definito dal Comitato aziendale. E precisamente:
 - a) collabora con i referenti e dirigenti aziendali di cure primarie per garantire la continuità organizzativa dell'assistenza, fungendo da riferimento per la turnazione dei medici della

AFT. Nei casi in cui siano presenti nodi erogativi sovra-AFT (es. OSCO) si coordina con i referenti delle AFT coinvolte;

- b) monitora le attività dell'assistenza primaria in collaborazione con i servizi aziendali e partecipa attivamente ai momenti di discussione fra pari e con i referenti aziendali in relazione ai risultati di appropriatezza di utilizzo delle risorse;
- c) contribuisce ai momenti di comunicazione nei confronti dei cittadini e delle istituzioni preventivamente condivisi e approvati dai medici di AFT di pertinenza;
- d) identifica i percorsi formativi ed informativi a favore dei componenti delle AFT rilevando i bisogni di conoscenza dei professionisti, di empowerment della popolazione afferente alla AFT, veicolando mandati regionali ed aziendali ai singoli componenti;
- e) ha accesso a dati di attività, in forma aggregata e anonima, per la valutazione complessiva e la programmazione di percorsi assistenziali da garantire agli assistiti di riferimento della AFT, nonché agli strumenti di monitoraggio resi disponibili dalla Regione e dalle AUSL;
- f) promuove il raggiungimento degli obiettivi assegnati alla AFT attraverso il coordinamento delle attività di medicina di iniziativa, di gestione della cronicità, di diagnostica di primo livello e ogni progettualità di AFT anche mediante incontri periodici strutturati e presentazione di un piano annuale di azioni di miglioramento;
- g) partecipa personalmente, o tramite un suo delegato, al board della CdC di riferimento e alla successiva condivisione delle informazioni con i medici afferenti la propria AFT;
- h) collabora alla valutazione del raggiungimento dei risultati dell'AFT per l'attribuzione della quota variabile di cui all'art. 47, co. 2, lett. B dell'ACN;
- i) coordina l'attività assistenziale dell'AFT, ai sensi dell'art. 30, co. 3 dell'ACN, e l'estensione di apertura oraria dell'attività nelle CdC hub e spoke o altra sede dell'AFT prive di CdC, monitorando il piano di continuità dell'assistenza dei medici componenti della AFT. In caso di necessità, informa l'AUSL per l'eventuale reclutamento di nuovi medici a tempo determinato, seguendo le specifiche procedure aziendali;
- j) promuove e coordina le attività dei medici di AFT che riguardano le attività vaccinali e di screening delle AFT;
- k) coordina i medici della AFT attraverso le attività di monitoraggio previste dalla piattaforma di AFT, facilitando l'implementazione delle attività relative all'utilizzo dei sistemi informativi aziendali e regionali;
- l) cura l'applicazione a livello di AFT degli accordi e dei relativi obiettivi concordati dall'AUSL con le OO.SS. ed il Comitato aziendale;
- m) indice, organizza, convoca, conduce e coordina le riunioni periodiche (almeno trimestrali) di AFT, sia a carattere organizzativo che clinico, rivolte a tutti i medici afferenti alla AFT, redigendo e inviando il relativo verbale al Direttore del Dipartimento di cure primarie;
- n) predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi assegnati sia in relazione agli accordi attuativi aziendali che a quanto previsto dall'art. 47, co. 2, lett. B dell'ACN;
- o) si coordina con i Referenti delle AFT della Pediatria e della Specialistica ambulatoriale, in particolare per definire percorsi di transizione verso l'età adulta e la gestione dei casi complessi;

- p) collabora con l'AUSL nella diffusione delle informazioni, nelle iniziative formative, nelle necessità organizzative correlate a specifiche iniziative aziendali.
3. I medici componenti le AFT individuano il referente di AFT e il suo sostituto, entro 60 giorni dall'istituzione formale delle AFT, tenendo conto delle modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'art. 29, co. 12 dell'ACN e di quanto previsto dallo schema di regolamento allegato al presente AIR (Allegato 2).
 4. Considerato il ruolo cardine del Referente di AFT, lo stesso ha diritto all'autolimitazione del massimale di scelte in misura non inferiore al rapporto ottimale.
 5. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista; per tale motivo, non sono candidabili medici per i quali sia prevedibile il collocamento in quiescenza prima della decadenza naturale dall'incarico di referente.
 6. La durata del mandato del referente di AFT è triennale, fatto salvo quanto previsto dall'art. 30, co. 7 ACN, con possibilità di soli due mandati consecutivi e valutazione annuale da parte del Direttore Generale dell'AUSL, o suo delegato, in base all'organizzazione aziendale, in relazione ai compiti e agli obiettivi allo stesso assegnati, sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'AUSL stessa.
 7. Il referente di AFT decade dall'incarico nei casi richiamati dalle vigenti norme in materia di diritto penale, dall'ACN, in caso di sfiducia da parte di almeno i 2/3 dei medici componenti la AFT e in caso di sanzione disciplinare.
 8. L'incarico di referente di AFT è incompatibile con l'incarico di coordinatore di UCCP e con qualsiasi altro incarico di natura organizzativa aziendale.
 9. I referenti di AFT sono tenuti a perseguire gli obiettivi di efficientamento organizzativo e di governo clinico definiti nel presente accordo attraverso gli incontri di audit clinico-organizzativo.
 10. L'incarico di referente di AFT non incide sull'incarico convenzionale in essere.
 11. In caso di sostituzione del referente di AFT, per periodi di assenza del titolare superiori alla metà del mese, il sostituto percepisce la quota fissa mensile sopra prevista. Per assenze inferiori alla metà del mese, gli stessi medici della AFT sono tenuti ad accordarsi fra di loro sulle modalità di riconoscimento economico dell'impegno del sostituto.
 12. Il referente di AFT che intenda dimettersi dall'incarico è tenuto a comunicarlo per iscritto all'AUSL con un preavviso minimo di 60 gg. Nelle more della nomina di un nuovo referente di AFT, la funzione è garantita dal suo sostituto.
 13. Entro 180 giorni dall'approvazione dell'AIR, la Regione organizza un corso di formazione obbligatorio il cui programma è concordato in Comitato regionale.
 14. Il referente di AFT non è responsabile del venire meno della continuità dell'assistenza dovuta alla condotta del singolo medico o alla carenza di personale disponibile.
 15. Il referente di AFT non è titolato attraverso tale ruolo alla firma di Accordi con l'AUSL o con il Distretto.
 16. Tra i referenti di AFT del Distretto, l'AUSL, sentiti i referenti di AFT del Distretto, designa il referente di Distretto che, inoltre, partecipa in qualità di componente in rappresentanza dei medici di assistenza primaria all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, o agli Uffici aziendali ad esso equivalenti.

17. Al referente di Distretto sono attribuite le seguenti funzioni:

- a) collabora alla definizione e al successivo monitoraggio dei documenti di programmazione distrettuali;
- b) partecipa al Comitato del Dipartimento di Cure Primarie secondo quanto previsto dagli atti aziendali;
- c) concorre alla definizione del piano delle azioni e alla implementazione di raccomandazioni professionali (note AIFA, linee guida) con particolare riguardo nei confronti dei medici RUAP;
- d) supporta il Direttore del Dipartimento o le Unità operative di Cure Primarie per quanto attiene la diffusione, la stesura operativa e l'attuazione omogenea a livello aziendale delle indicazioni normative e organizzative in materia di assistenza sanitaria (primaria, specialistica e farmaceutica) in particolare di competenza dei medici convenzionati;
- e) collabora col Direttore di Distretto ai momenti di comunicazione nei confronti dei cittadini e delle istituzioni predisponendo comunicazioni informative richieste dal Direttore del Distretto e/o fornendo il proprio supporto tecnico ai documenti predisposti dal Direttore del Distretto;
- f) fornisce supporto tecnico all'Ufficio di Direzione distrettuale e al Comitato di Dipartimento garantendo i necessari collegamenti con gli altri servizi del territorio e con il presidio ospedaliero.

Art. 8 – Il coordinatore dell'attività oraria

1. È istituito il coordinatore dell'attività oraria che ha il compito di supportare i referenti di AFT ed i dirigenti aziendali, nella programmazione e organizzazione dell'attività oraria esercitata all'interno di strutture sovra-AFT e sovra-distrettuali.
2. L'attività ambulatoriale dei medici RUAP deve essere tenuta in considerazione dal coordinatore dell'attività oraria per l'organizzazione e la pianificazione delle attività a quota oraria.
3. Il coordinatore dell'attività oraria è individuato dai medici RUAP che svolgono attività oraria sia a tempo determinato che indeterminato e comunicato dal Referente di AFT all'azienda.
4. Possono candidarsi alla funzione di coordinatore dell'attività oraria i medici RUAP che svolgono attività oraria, a tempo indeterminato o determinato, purché questi ultimi abbiano una durata residua non inferiore a sei mesi dalla data di presentazione della candidatura.

Art. 9 – Il regolamento di funzionamento interno dell'AFT

1. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale sulla base delle linee di indirizzo regionali, da adottarsi non oltre 90 giorni dalla data di adozione dell'AIR.
2. Il regolamento deve dettagliare almeno i seguenti elementi:
 - a) azioni di governo clinico interne alla AFT, ossia modalità di incontro dei medici, tempistiche, regolamentazione degli incontri;
 - b) organizzazione della AFT;
 - c) piano di coordinamento dell'apertura degli studi;

- d) modalità di contattabilità della AFT.
- 3. Il Dipartimento di Cure Primarie supporta i referenti delle AFT nelle azioni per il perseguimento degli obiettivi.
- 4. Si allega uno schema di regolamento di AFT al presente accordo quale modello (Allegato 2- Schema di regolamento AFT).

Art. 10 – Forma organizzativa multiprofessionale – UCCP

- 1. In linea con quanto previsto dall'Atto di programmazione regionale (DGR n. 682/2025) la UCCP opera in forma integrata all'interno di Case della Comunità, strutture e/o presidi individuati dalle Aziende USL, con una sede di riferimento di riferimento nella CdC, di norma hub, anche nel rispetto di quanto previsto dalle DGR n. 2128/2016 e n. 2221/2022.
- 2. La UCCP persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria, operando in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo ai bisogni di salute complessi dei cittadini.

Art. 11 – Il coordinatore di UCCP

- 1. Per l'individuazione del coordinatore dell'UCCP fra i medici RUAP, l'Azienda USL pubblica un avviso di selezione per titoli e colloquio con la costituzione di una commissione valutatrice. Nel caso in cui il coordinatore dell'UCCP individuato sia un medico RUAP, si rinvia all'applicazione di quanto previsto dall'art. 10, co. 1 dell'ACN per la procedura di designazione e i criteri di scelta.
- 2. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista; pertanto, non sono candidabili medici per i quali sia prevedibile il collocamento in quiescenza prima della decadenza naturale dall'incarico di coordinatore. La durata del mandato del coordinatore di UCCP è triennale, con possibilità di soli due mandati consecutivi e valutazione annuale da parte del Direttore Generale o suo delegato in base all'organizzazione aziendale, in relazione ai compiti e agli obiettivi allo stesso assegnati, sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda USL.
- 3. Le attività e gli obiettivi delle UCCP possono essere valutate a livello aziendale definendo delle incentivazioni specifiche volte a misurare il grado di integrazione multiprofessionale e intersettoriale con i Servizi Sociali e Terzo Settore, a esempio: partecipazione strutturata alle valutazioni multidimensionali (di seguito UVM), partecipazione agli incontri periodici di UCCP sugli audit organizzativi, costruzione dei PAI dei casi complessi.

CAPO III RELAZIONI SINDACALI

Art. 12 - Partecipazione a comitati e commissioni

- 1. I medici RUAP, che partecipano ai comitati, regionale e aziendali, di cui agli artt. 11 e 12 dell'ACN devono essere operanti in Regione Emilia-Romagna in rappresentanza delle Organizzazioni Sindacali (di seguito OO.SS.) firmatarie del presente accordo e dotate di un terminale associativo.

2. Ai medici RUAP a ciclo di scelta che partecipano alle riunioni dei comitati di cui al precedente comma e ai medici che partecipano alle riunioni delle commissioni o degli organismi previsti da norme nazionali o regionali, come da art. 17 dell'ACN sono rimborsate dall'Azienda, che amministra la posizione del titolare, la spesa per le sostituzioni e le spese di viaggio, nella misura di euro 60/ora, cifra onnicomprensiva, eventualmente frazionabile alla durata effettiva delle sedute (ad esempio: euro 30 per ogni mezz'ora successiva alla prima ora). La partecipazione dei medici ad attività oraria è considerata attività di servizio. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria si applicano le medesime previsioni dei medici con attività a ciclo di scelta. La partecipazione alle suddette riunioni deve essere debitamente comprovata da attestazioni ufficiali. Le assenze dal servizio per le attività sono comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera. I sopraccitati compensi sono erogati nel mese successivo a quello di svolgimento degli incontri dei comitati, delle commissioni o degli organismi.

Art. 13 – Incontri del comitato regionale e dei comitati aziendali

1. Gli incontri del comitato regionale si tengono in presenza, presso la sede dell'Assessorato delle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, fatte salve condizioni contingibili o emergenziali che richiedano la necessità di attivare modalità di partecipazione da remoto.
2. Le regole di cui al precedente comma valgono altresì per gli incontri dei comitati aziendali, i quali si tengono di norma in presenza, presso le sedi individuate dalle AUSL.
3. In caso di impossibilità a partecipare da parte del componente titolare, la presenza ai comitati di cui al presente articolo è assicurata dal sostituto per tutta la durata della seduta. È responsabilità del componente titolare dare comunicazione alla Regione o alla AUSL della impossibilità a partecipare, assicurando la presenza del sostituto.
4. La componente sindacale del comitato regionale è costituita dal rappresentante legale pro tempore di ciascuna Organizzazione Sindacale in possesso dei requisiti di cui all'art. 11, co. 1 dell'ACN, o suo delegato da accreditarsi presso la Regione prima di ogni incontro. I componenti di parte pubblica del comitato regionale, titolari e sostituti, sono individuati nel provvedimento istitutivo del comitato in numero pari al totale dei rappresentanti di parte sindacale.
5. La componente di parte sindacale del comitato aziendale è costituita da un rappresentante di ciascuna Organizzazione Sindacale, in possesso dei requisiti di cui all'art. 12, co. 1 dell'ACN, indicato dal rappresentante legale pro tempore, o suo delegato (da accreditarsi presso l'azienda prima di ogni incontro). I componenti di parte pubblica del Comitato aziendale, titolari e sostituti, sono individuati nel provvedimento istitutivo del Comitato in numero pari al totale dei rappresentanti di parte sindacale.
6. A seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno, di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto del comitato. L'opportunità della presenza dell'esperto è preliminarmente valutata dal presidente del Comitato e, in ogni caso, la partecipazione dello stesso non comporta oneri gravanti sul bilancio regionale.
7. Alle riunioni dei comitati non è prevista la presenza di uditori.
8. Le determinazioni dei comitati hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle OO.SS. che rappresentano, complessivamente,

almeno il 50% più uno delle deleghe. Per ogni seduta deve essere redatto apposito verbale, secondo le modalità stabilite in sede regionale e/o aziendale.

9. Le AUSL, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, devono adottare un regolamento di funzionamento e organizzazione del Comitato.

Art. 14 – Delegazioni trattanti

1. Le delegazioni trattanti devono essere costituite sia a livello regionale che aziendale.
2. Ai medici che partecipano alle riunioni delle suddette delegazioni trattanti, per l'attività a ciclo di scelta è rimborsata dall'Azienda, che amministra la posizione del titolare, è riconosciuta una tariffa pari a 60 euro/ora onnicomprensiva, eventualmente frazionabile alla durata effettiva delle sedute (ad esempio: euro 30 per ogni mezz'ora successiva alla prima ora) per la partecipazione alle trattative negoziali a livello regionale e aziendale, per la durata effettiva delle sedute. La partecipazione dei medici ad attività oraria è considerata attività di servizio. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria si applicano le medesime previsioni dei medici con attività a ciclo di scelta. La partecipazione alle suddette riunioni deve essere debitamente comprovata da attestazioni ufficiali. Le assenze dal servizio per le attività sono comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera. I sopraccitati compensi sono erogati nel mese successivo a quello di svolgimento degli incontri delle delegazioni trattanti.
3. Per il medico di medicina generale convenzionato, in qualità di rappresentante sindacale di una delle Organizzazioni Sindacali formalmente accreditate, viene a configurarsi un «tetto» di ore annue per lo svolgimento delle attività sindacali a livello regionale o aziendale, certificato dal sistema di rilevazione SISAC, ai sensi dell'articolo 16, commi 2 e 3 dell'ACN. All'interno di tale «tetto» le ore di sostituzione, per i medici del ruolo unico di assistenza primaria e per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, sia per assicurare l'apertura dello studio medico che per altre attività assistenziali debitamente dimostrate, sono pagate al sostituto direttamente dall'AUSL di convenzionamento. Il medico titolare del ruolo unico di assistenza primaria e il medico titolare del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che si assenti per ragioni di mandato sindacale a livello regionale o aziendale è assente giustificato dal servizio nel limite del tetto di ore annue sopra previsto e, pertanto, non è previsto il rimborso delle spese per il sostituto da parte delle Ausl.
4. Concorrono al suddetto tetto le ore di seguito identificate:
 - a) orario di apertura dello studio, così come formalmente comunicato alle Aziende USL di convenzionamento;
 - b) ore di attività per l'erogazione di tutte le ulteriori prestazioni istituzionali di cui all'articolo 43 dell'ACN, espletate al di fuori dell'orario di apertura di cui al punto a), debitamente comprovate con autocertificazione, del medico titolare, ai sensi della normativa vigente in materia.
5. Il diritto di essere sostituiti va garantito secondo le previsioni dell'ACN vigente e quindi deve essere necessariamente confinato nel limite delle ore per cui è prestata l'attività di sostituzione comunicata a norma dell'art. 16, co. 6 dell'ACN, direttamente sul cedolino ovvero a fronte di fatturazione elettronica.
6. Il massimale orario mensile, secondo il quale medico titolare del ruolo unico di assistenza primaria e il medico titolare del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di

scelta può autocertificare l'assenza e, di conseguenza la sostituzione, per la partecipazione alle delegazioni trattanti, è calcolato in base al numero di scelte in capo al medico secondo il rapporto previsto al comma 7 dell'articolo 38 dell'ACN, ossia il rapporto di 40 assistiti/ora per settimana. Ad esempio, il medico massimalista con n. 1.500 assistiti in carico può autocertificare, ai fini della sostituzione per agibilità sindacale, massimo 162 ore mensili (calcolate come 37,50 ore medie settimanali moltiplicate per 4,3 settimane medie al mese). Ciò può avvenire sempre nel limite massimo a norma dell'art. 16, co. 5 dell'ACN. Per ogni medico di medicina generale convenzionato a rapporto orario l'Azienda provvede al pagamento sulla base del suo orario di incarico. Le assenze per attività sindacale sono considerate attività di servizio.

7. Gli incontri delle delegazioni trattanti si tengono in presenza, fatte salve condizioni contingibili o emergenziali, che richiedano la necessità di attivare modalità di partecipazione da remoto, presso la sede dell'Assessorato delle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, in caso di delegazione trattante regionale e presso le sedi individuate dalle AUSL, in caso di delegazione trattante aziendale. In caso di impossibilità a partecipare da parte del componente titolare la presenza è assicurata dal sostituto per tutta la durata della seduta. È responsabilità del componente titolare dare comunicazione alla Regione o alla AUSL della impossibilità a partecipare, assicurando la presenza del sostituto.
8. Gli incontri delle delegazioni trattanti devono essere convocati, di norma, con almeno 10 giorni di anticipo rispetto alla data dell'incontro stesso, in modo da consentire la copertura del turno dell'attività oraria del medico impegnato nelle attività sindacali.
9. I rappresentanti sindacali devono essere formalmente accreditati quali componenti delle delegazioni trattanti. Per la delegazione trattante sindacale, calcolata secondo il criterio della consistenza associativa, a livello regionale, la rappresentanza è pari a n. 11 componenti. La rappresentanza di parte pubblica, a livello regionale, è pari a n. 11 componenti. I nominativi degli 11 componenti titolari delle citate delegazioni devono essere formalizzati così come i nominativi dei rispettivi 11 sostituti.
10. Per la delegazione trattante sindacale, calcolata secondo il criterio della consistenza associativa, a livello aziendale, la rappresentanza varia dai 6 agli 8 componenti in base alle esigenze aziendali. La rappresentanza di parte pubblica, a livello aziendale, varia dai 6 agli 8 componenti in base alle esigenze aziendali. I nominativi dei componenti titolari delle citate delegazioni devono essere formalizzati così come i nominativi dei rispettivi sostituti.
11. A seconda della specificità degli argomenti all'ordine del giorno di ciascuna riunione, i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi di esperti che a nessun titolo risultano componenti della delegazione trattante. L'opportunità della presenza dell'esperto è preliminarmente valutata dal coordinatore del tavolo trattante e, in ogni caso, la partecipazione dello stesso non comporta oneri gravanti sul bilancio regionale.
12. Alle riunioni delle delegazioni trattanti non è prevista la presenza di uditori.
13. La composizione della delegazione trattante di parte sindacale – sia regionale che aziendale – è eventualmente aggiornata annualmente, sulla base della rilevazione delle deleghe sindacali da parte di SISAC al primo gennaio dell'anno precedente.
14. I coordinatori delle delegazioni trattanti di cui al presente punto sono individuati dalla parte pubblica.

15. Per le delegazioni trattanti di livello regionale non è prevista la funzione verbalizzante di ogni singolo incontro. Per le delegazioni trattanti di livello aziendale, viene lasciata ad ogni singola Azienda USL la decisione in merito alle modalità e alle tempistiche relative alla funzione verbalizzante dei tavoli in oggetto.
16. In caso di trattative separate, non sono riconosciute indennità oltre il numero della delegazione trattante ordinaria ed il numero dei partecipanti di parte sindacale è fissato e comunicato a cura della Organizzazione sindacale.

Art. 15 – Partecipazione a gruppi tecnici regionali e aziendali

1. La Regione, sentite le OO.SS., individua i partecipanti ai gruppi tecnici regionali, e le Aziende USL, sentite le OO.SS., individuano i partecipanti ai gruppi tecnici aziendali, sulla base delle competenze riconosciute dalle Ausl dei singoli componenti dagli stessi proposti.
2. Gli esiti dei gruppi tecnici regionali e aziendali, supportati da adeguati verbali, sono condivisi in Comitato regionale e aziendale preliminarmente alla loro implementazione.
3. Il compenso per la partecipazione ai suddetti gruppi di lavoro è attribuito solo ai medici che non rivestono cariche di coordinamento ed è erogato dalla Ausl che amministra la posizione del componente nella misura di euro 40/ora, cifra omnicomprensiva, eventualmente frazionabile alla durata effettiva delle sedute (ad esempio: euro 20 per ogni mezz'ora successiva alla prima ora). Il compenso è riconosciuto anche ai referenti di AFT in caso di partecipazione ai tavoli.

CAPO IV TUTELE GENITORIALITÀ E ACCUDIMENTO

Art. 16 – Supporto alla genitorialità e all'accudimento

1. Nella logica della massima tutela e sostegno, ai medici di medicina generale sono riconosciute, per quanto compatibili con il rapporto convenzionale con il SSN e con la normativa vigente, tutte le tutele in materia di genitorialità e accudimento previste dall'ordinamento.
2. L'Azienda USL, in collaborazione con i rispettivi referenti/coordinatori della turnistica, si impegna ad agevolare i medici di medicina generale, mettendo in atto condizioni utili per facilitare lo svolgimento delle loro attività istituzionali, nelle situazioni sottoelencate, oltre a quanto già previsto dall'art. 22, co. 3 dell'ACN:
 - a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
 - b) adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dall'adozione o affido;
 - c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti con le comprovate disabilità previste dall'art. 3, co. 3 della L. n. 104/1992 e s.m.i. e, in ogni caso, fino al permanere della condizione di disabilità;
 - d) assistenza a familiari, anche temporaneamente conviventi, entro il secondo grado di parentela, con le comprovate disabilità previste dall'art. 3, co. 3 della L. n. 104/1992 e s.m.i. e, in ogni caso, fino al permanere della condizione di disabilità.
3. Le medesime condizioni sono altresì riconosciute nei casi seguenti:

- a) medici con figli sotto responsabilità genitoriale di età inferiore a 6 anni e, in ogni caso, fino al compimento del sesto anno di età;
 - b) ai medici con le comprovate disabilità, proprie o di familiari entro il secondo grado di parentela, previste dall'art. 3, co. 3 della L. n. 104/1992 e s.m.i. e, in ogni caso, fino al permanere della condizione di disabilità.
4. Nei casi sopra descritti, le Aziende USL si impegnano ad agevolare i medici di medicina generale per lo svolgimento delle attività correlate alla continuità dell'assistenza con modalità di reperibilità domiciliare, da concordare a livello di AAA, eventualmente con progetti in cui si favorisce l'utilizzo della telemedicina.
5. Nelle situazioni elencate dall'art. 22, co. 3, lett. a) e b) dell'ACN, i medici di medicina generale non sono tenuti a svolgere attività orarie notturne (20:00 - 8:00), salvo loro esplicita richiesta. L'Azienda USL si impegna a favorire condizioni organizzative utili a garantire il periodo di allattamento e accudimento, ivi compresa una agevole allocazione lavorativa.
6. Per garantire una flessibilità organizzativa e l'ottimizzazione dei servizi/offerta anche attraverso sistemi digitali e telemedicina, in particolare in specifiche aree territoriali disagiate in caso di gravidanza, per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino, ovvero in caso di adozione o di affidamento fino al compimento del terzo anno di età, o in alternativa il padre convivente, la continuità dell'assistenza è garantita con modalità di reperibilità domiciliare, in particolare nelle ore notturne e mediante, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina in tutte le sue fattispecie.
7. I medici di medicina generale in stato di gravidanza, fin dall'inizio della stessa, e in allattamento fino al 7° mese, nell'ambito delle attività a quota oraria, sono ricollocati in funzioni nelle quali non siano esposti a rischio biologico/infettivo.

CAPO V – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Art. 17 – Graduatorie aziendali per incarichi temporanei provvisori, determinati e sostituzioni

1. Ai sensi dell'art. 19, co. 6 dell'ACN, la Regione entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria regionale definitiva, valida per l'anno successivo, pubblica sul BURERT un avviso per la predisposizione delle graduatorie aziendali dei medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:
- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
 - b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
 - c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni;

- d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
 - e) medici iscritti ai corsi di specializzazione;
 - f) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale entro il 31.12.1994 (titolo equipollente per l'iscrizione in graduatoria regionale) non iscritti in graduatoria regionale.
2. I medici di cui alle lettere dalla b) alla f) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.
 3. Per la categoria c) (medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella Regione Emilia-Romagna), i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 sono interpellati in subordine rispetto ai medici già iscritti al suddetto corso ai sensi dell'art. 9, comma 1 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, convertito con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, nonché ai medici già iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi del D.lgs. n. 368/1999.
 4. La priorità di interpello, all'interno di ciascuna delle categorie dalla a) alla e), è la residenza nell'ambito AFT e, successivamente, nell'Azienda, nella Regione e, infine, fuori Regione.
 5. Per la parte oraria, per la categoria d) (medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994) la priorità di interpello è per i medici che abbiano svolto attività a rapporto orario nella stessa Azienda USL per almeno 6 mesi e, a seguire, minore età al conseguimento del diploma di laurea, voto di laurea, anzianità di laurea.
 6. Per la parte oraria, per la categoria c) (medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella Regione Emilia-Romagna), l'Azienda USL può conferire incarichi ad attività oraria come di seguito riportato:
 - I. per i medici iscritti al primo anno di corso conferimento di incarichi pari a 12 o 24 ore/settimana;
 - II. per i medici iscritti al secondo e al terzo anno di corso conferimento di incarichi fino a 38 ore/settimana.
 7. Nel caso di medici già iscritti in graduatoria regionale e, contemporaneamente, iscritti anche al corso di formazione specifica in medicina generale oppure ad un corso di specializzazione, essi vanno inseriti, rispettivamente, nella categoria "medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale", oppure nella categoria "medici iscritti ai corsi di specializzazione".
 8. Gli incarichi all'interno degli Istituti penitenziari possono essere conferiti per 24 ore settimanali fino ad un massimo, su base volontaria, di 38 ore settimanali. L'incarico a 38 ore settimanali comporta un rapporto di esclusività. Infine, possono essere previsti, sulla base di esigenze aziendali, anche incarichi per 12 ore/settimana, agevolando in tal modo la copertura dei turni da parte delle AUSL. La priorità di interpello è per i medici che già operano in AUSL e a seguire in Regione sulla base della maggiore anzianità di servizio.
 9. Ogni Azienda USL predispone una graduatoria unica per l'eventuale conferimento di incarico a tempo determinato o di sostituzione e la durata massima di tali incarichi è fissata in mesi 12.

10. Le graduatorie sono valide fino alla approvazione di nuove graduatorie ai sensi dell'art. 19, co. 6 dell'ACN.
11. Una volta scaduti i termini per la presentazione delle domande di inserimento nella graduatoria aziendale annuale i medici possono inviare, successivamente, una dichiarazione di disponibilità a eventuali incarichi provvisori, determinati e sostituzione; di tali dichiarazioni è formato un elenco, per ordine temporale di arrivo, al quale attingere a seguito dell'esaurimento delle disponibilità da graduatoria aziendale.
12. I medici disponibili per incarichi a tempo determinato nel settore dell'emergenza sanitaria territoriale devono essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale rilasciato ai sensi della normativa vigente. I medici interessati possono presentare domanda ad una o più Aziende USL e possono essere interpellati solo dalle Aziende USL a cui è presentata domanda. La domanda di partecipazione, in bollo, deve essere trasmessa entro 30 (trenta) giorni. La presentazione della domanda da parte dei medici interessati ai fini dell'inclusione nelle graduatorie aziendali per il conferimento di incarichi a tempo determinato nei settori della medicina generale, la compilazione e l'invio delle domande stesse deve avvenire esclusivamente in modalità "on line", mediante l'utilizzo del programma informatico appositamente sviluppato, che consente la ricezione e la gestione delle domande in via telematica. Altre modalità di trasmissione sono ritenute causa di esclusione della domanda.
13. La Regione si impegna a implementare sulla piattaforma già esistente la possibilità di presentare un'unica domanda con opzione contestuale su più AUSL.

Art. 18 – Procedimento di contestazione

1. Nei procedimenti di contestazione di cui all'art. 25 ACN, nelle procedure da adottare, il Direttore di Distretto può essere sostituito dal Direttore di Dipartimento Cure Primarie secondo le modalità decise all'interno dell'Azienda USL di convenzionamento del medico.

Art. 19 – Formazione continua e attività didattica

1. La formazione continua dei medici di medicina generale rappresenta quel processo attraverso il quale gli stessi si mantengono aggiornati e in grado di rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze organizzative e clinico-assistenziali del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, nonché ai propri sviluppi professionali in termini di competenze possedute.
2. La formazione dei medici di cui al comma precedente, nei limiti delle ore necessarie a conseguire i crediti ECM di cui al comma 6 dell'art. 26 dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente, è considerata orario di servizio e concorre al rispettivo orario convenzionale da svolgersi per i medici a rapporto orario. La retribuzione oraria è determinata dal profilo di attività che supera il 50% delle ore di incarico.
3. Una adeguata formazione di questi professionisti si fonda su differenti tipologie di interventi formativi, quindi non solo su corsi frontali di tipo accademico, ma anche su acquisizione di competenze rispetto ad approcci innovativi con strumenti digitali o di diagnostica ambulatoriale di primo livello (definibile come generalista). Quest'ultimo tipo di formazione è meglio agibile con percorsi di formazione sul campo, formazione in simulazione, blended o attivando percorsi di ricerca nello specifico in medicina territoriale. Da valutare anche percorsi di confronto inter pares su protocolli e linee

guida e sulla loro applicabilità nel contesto locale e anche sull'organizzazione del lavoro ambulatoriale e domiciliare.

4. Nuovi contenuti formativi devono essere sviluppati nell'acquisizione di competenze di lavoro in team monoprofessionale o multiprofessionale. Fanno parte di questa formazione i momenti di confronto interprofessionale all'interno di AFT e UCCP.
5. Nel caso in cui eventi formativi vengano organizzati con formazione residenziale di norma vengono effettuati di sabato mattina; nel caso vengano organizzati con modalità più innovative gli orari di espletamento possono anche essere altri. In ogni caso, il monte ore di formazione specifica/anno è di almeno 40 ore, la partecipazione agli eventi formativi rientra nei compiti retribuiti e la sostituzione del professionista avviene con risorse a carico dell'Azienda USL.
6. Gli ambulatori di AFT possono vicariare l'attività dei medici RUAP occupati nei processi di formazione, attraverso modalità da declinare in AAA.
7. La Regione deve svolgere funzioni di indirizzo, coordinamento e valutazione della attività formativa ed è anche in parte garante del sistema ECM regionale. Infatti, fra i suoi compiti sta la validazione dei piani formativi pluriennali e annuali delle AUSL, ivi compresi quelli della medicina generale.
8. Le AUSL, tramite i Medici RUAP animatori di formazione, in collaborazione con i Referenti di AFT e di Distretto, realizzano l'analisi dei bisogni formativi dei medici RUAP, elaborano, e inoltrano alla Regione il Piano Formativo Aziendale (di seguito PFA) per la medicina generale, da condividere annualmente in Comitato aziendale, lo adottano e lo trasmettono anche alla Regione. Gli eventi del PFA sono regolarmente accreditati al fine del conseguimento di parte dei crediti ECM previsti per il triennio.
9. Le AUSL, inoltre, pubblicano sui propri siti istituzionali il PFA della medicina generale entro il 30 giugno di ogni anno e gli eventi ECM che intendono organizzare nell'anno in corso in modo che i professionisti possano integrare e raggiungere la totalità dei crediti anche accedendo all'offerta aziendale. Fra tali eventi le AUSL si impegnano ad organizzare anche eventi facoltativi su argomenti di particolare interesse per problematiche contingenti di rilievo.
10. Le AUSL possono definire eventi, all'interno del PFA, come non sostituibili perché di particolare e specifico interesse per il raggiungimento di obiettivi di assistenza e cura considerati prioritari e coerenti con gli indirizzi di politica sanitaria nazionale e regionale. Eventi formativi non sostituibili possono altresì essere rappresentati da attività di audit organizzativo anche alla luce dei nuovi modelli assistenziali introdotti dalle norme nazionali e regionali.
11. Gli obiettivi strategici e definiti come non sostituibili devono essere corredati di indicatori e strumenti di valutazione che consentano di verificare la propria efficacia. In sintesi, per ogni singolo obiettivo strategico aziendale individuato deve essere riportato lo specifico indicatore per la misurazione del grado di raggiungimento dell'obiettivo stesso da parte del singolo professionista. L'indicatore può variare in relazione alle caratteristiche dell'obiettivo proposto.
12. Gli strumenti di verifica del piano formativo possono essere quantitativi o qualitativi e devono essere formalmente esplicitati nel format di ogni evento.
13. Il medico che non frequenta per due anni consecutivi le iniziative di formazione obbligatoria almeno al 75% del monte ore, e/o risulti non aver assolto per due trienni

consecutivi il debito formativo nazionale dei crediti ECM, è soggetto alle procedure disciplinari di cui all'art. 25, co. 9 dell'ACN.

14. Di seguito si elencano gli eventi formativi rispondenti ad obiettivi ritenuti particolarmente rilevanti per il SSR:

- I. fragilità e cronicità (anziani, minori, dipendenze patologiche, salute mentale, multipatologici, non autosufficienti, migranti) con specifico focus su aspetti assistenziali, sociosanitari e socio assistenziali (anche assieme ad altri profili professionali);
- II. presa in carico delle patologie croniche, tramite sviluppo di PDTA, e delle cure palliative
- III. innovazione tecnologica (valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle nuove tecnologie biomediche, dei dispositivi, degli strumenti di telemedicina, FSE 2.0, patient summary;
- IV. diagnostica di I livello (ecografia, elettrocardiogramma, spirometria);
- V. gestione sistemi informativi relativi a: PPDTA, assistenza domiciliare e residenziale, hospice, OSCO;
- VI. appropriatezza prestazioni sanitarie sistemi di valutazione, verifica miglioramento efficienza ed efficacia del sistema all'interno delle nuove forme organizzative, audit clinici, audit organizzativi, rispetto dei LEA, percorsi di analisi di over treatment e under treatment (ricognizione e riconciliazione terapeutica), sovra utilizzo e sotto utilizzo della diagnostica e della consulenza specialistica;
- VII. aspetti relazionali e umanizzazione delle cure gestione del conflitto nel setting ambulatoriale e domiciliare con elementi di de-escalation e negoziazione, organizzazione logistica e di personale dello studio medico, comunicazione efficace con l'utente e medicina narrativa, strumenti di valutazione del livello di soddisfazione dell'utenza, relazioni interprofessionali deontologicamente corrette;
- VIII. acquisizione di competenze e metodologia in ambito di ricerca e sperimentazione, anche in collaborazione con le Università.

15. Di seguito si elencano eventi formativi rispondenti a tematiche ritenute particolarmente rilevanti per SSN:

- I. area tematica vaccini e strategie vaccinali;
- II. area tematica prevenzione primaria, secondaria e promozione della salute;
- III. area tematica "One health" e clima;
- IV. area responsabilità professionale eventualmente in collaborazione con gli Ordini Professionali comprensiva anche di adempimenti certificativi e obblighi normativi e deontologici;
- V. area antimicrobico resistenza con la gestione delle verifiche di diagnostica di primo e secondo livello e gestione adeguata della terapia;
- VI. area tematica medicina di genere;
- VII. area tematica fertilità (NIPT, contraccezione);
- VIII. area privacy e utilizzo corretto della documentazione;
- IX. area rischio clinico (infettivo, diagnostico, terapeutico).

16. Nella predisposizione dell'evento formativo le AUSL si avvalgono della collaborazione di un gruppo di professionisti esperti detti "animatori di formazione". Il fabbisogno regionale e per ogni singola AUSL di animatori di formazione viene definito dalla Regione, previa condivisione con le Aziende. A seguito della pianificazione, le AUSL, anche con modalità interaziendali, predispongono percorsi dedicati alla formazione degli stessi anche avvalendosi del contributo degli organi aziendali preposti e dei Comitati di cui all'art 12, con l'utilizzo di format specificamente codificati dalla Regione di almeno 40 ore e con produzione da parte dei discenti di un project work. Le ore di formazione per i professionisti che si candidano al ruolo di animatore di formazione sono parte delle ore di aggiornamento obbligatorio.
17. Alla luce della istituzione dei nuovi modelli organizzativi della assistenza primaria, è compito della Regione garantire la predisposizione del percorso formativo destinato ai referenti di AFT e UCCP (qualora sia un medico di ruolo unico di assistenza primaria) destinati ad affinare competenze organizzativo-gestionali e di governo dei candidati al ruolo, è compito delle AUSL recepirne e svilupparne operativamente i contenuti.
18. Il percorso formativo di cui al comma precedente deve comprendere esperienze di formazione sul campo, study tour, eventi di partecipazione ad attività congiunte multiprofessionali presso le Case di Comunità o Ospedali di Comunità, elementi di lean management e utilizzo ottimale delle risorse.

TITOLO II – ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE

CAPO I – MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Art. 20 – Ruolo unico del medico di assistenza primaria

1. Fin dall'entrata in vigore dell'ACN 28.04.2022, i medici già titolari di incarico di assistenza primaria e di continuità assistenziale hanno assunto la denominazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria che svolgono attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria.
2. Fanno parte delle AFT tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti in modelli organizzativi definiti dalla Regione a garanzia della continuità dell'assistenza.
3. Come previsto dall'ACN i medici del ruolo unico di assistenza primaria sono tenuti, in funzione del proprio carico assistenziale, ad erogare attività sia a ciclo di scelta che a rapporto orario.
4. Resta inteso, che i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e a quota oraria che non hanno esercitato, ai sensi dell'ACN 2024, l'opzione di passaggio al ruolo unico, partecipano alle attività dell'AFT per i rispettivi ambiti di attività e concorrono all'assorbimento dei compiti e delle funzioni delle AFT.
5. Con l'ACN 04.04.2024, a partire dall'anno 2025, tutti i nuovi incarichi sono pubblicati ed assegnati a ruolo unico, con obbligo per il medico di svolgere un numero di ore di attività commisurate al numero di scelte con un massimo di 38 ore (con progressiva riduzione del monte ore al crescere del numero delle scelte degli assistiti), a favore di tutta la popolazione in sedi aziendali (come la Casa della Comunità Hub e Spoke) definite a

livello distrettuale e con la contemporanea apertura dello studio per acquisire assistiti se non effettua unicamente attività oraria.

6. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria è tenuto a svolgere la propria attività partecipando alla realizzazione e al conseguimento degli obiettivi di assistenza e cura della propria AFT.
7. Al fine della pubblicazione, la base di calcolo degli incarichi vacanti deve, di norma, coincidere con la AFT.
8. Dalla stessa data i medici già titolari di convenzione, inclusi i titolari di incarico temporaneo, ogni volta che sono determinati e indetti gli incarichi vacanti, possono optare per il passaggio al ruolo unico nel limite delle necessità di carenza assistenziale determinate sulla base del fabbisogno individuato dall'Azienda.
9. In linea con quanto previsto dall'art. 33, co. 4 dell'ACN, il medico del ruolo unico di assistenza primaria è assegnato a una AFT e alla forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) di riferimento, all'interno delle quali opera rispettando le modalità organizzative concordate all'interno delle stesse secondo il modello previsto dalla Regione.

Art. 21 – Compiti del medico del ruolo unico di assistenza primaria

1. Il medico RUAP:
 - a) concorre obbligatoriamente al perseguimento degli obiettivi di salute dei cittadini di cui all'art. 4 dell'ACN, con il miglior impiego delle risorse, in particolare per la realizzazione del PNC e del PNPV, così come declinati negli accordi regionali e locali per i PPDTA; tale attività è monitorata e rendicontata per mezzo di indicatori di processo e di esito, a livello di AFT, individuati nell'ambito dell'AIR e degli accordi attuativi aziendali;
 - b) cura la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata di ciascun assistito, a uso del medico, dell'assistito stesso e del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito SSN), anche attraverso la consultazione del fascicolo sanitario elettronico (di seguito FSE), condividendola con gli altri medici attraverso una piattaforma orizzontale dell'AFT, connessa verticalmente agli altri servizi aziendali mediante il sistema informatico SOLE, secondo le vigenti norme sulla tutela in materia di protezione dei dati personali;
 - c) opera nell'ambito delle AFT e delle forme organizzative multiprofessionali, rispettando le modalità organizzative concordate all'interno delle stesse, ai sensi dell'art. 43, co. 5, lett. e) dell'ACN, svolgendo eventualmente anche l'attività oraria convenuta;
 - d) partecipa alle attività di audit previste all'interno dell'AFT e, se necessario, a livello distrettuale;
 - e) concorre a progetti e programmi di attività finalizzati alla razionalizzazione della spesa, alla promozione di corretti stili di vita e all'uso appropriato dei farmaci e delle indagini funzionali e strumentali nonché delle consulenze specialistiche;
 - f) partecipa alle attività formative programmate dall'Azienda nell'ambito del Piano di Formazione Aziendale (PFA), inclusi i corsi obbligatori di cui all'art. 26 dell'ACN.

Art. 22 – Fase di transizione

1. Nella fase di transizione, fino al pieno compimento del ruolo unico, i RUAP sono di quattro tipologie:
 - a) medici del ruolo unico di assistenza primaria titolari di incarico a tempo indeterminato al 31.12.2024 ad esclusiva attività a ciclo di scelta (M A P – C S) , che non abbiano optato anche per l'attività a Quota Oraria (QO), che svolgono:
 - I. attività fiduciaria presso i rispettivi studi;
 - II. visite presso il domicilio dei propri assistiti secondo quanto previsto da ACN;
 - III. assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali;
 - IV. continuità dell'assistenza rivolta agli assistiti della AFT di appartenenza dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 attraverso l'apertura coordinata degli studi e integrata con l'attività di ambulatorio di AFT.
 - b) medici del ruolo unico di assistenza primaria ad esclusiva attività oraria titolari di incarico a tempo indeterminato al 31.12.2024 che non abbiano optato anche per l'attività a CS (MAP – QO), che svolgono:
 - I. attività a quota oraria a favore di tutta la popolazione in sedi definite a livello distrettuale e aziendale, anche in orario diurno;
 - II. visite domiciliari a favore di tutta la popolazione dalle 20 alle 8 di sabato e nei giorni festivi;
 - III. prestazioni presso la centrale unica, Numero Europeo Armonizzato 116117.
 - c) medici del ruolo unico di assistenza primaria titolari di incarico a tempo indeterminato al 31.12.2024 (MAP CS/QO) che, a partire dal 1 gennaio 2025 hanno optato per il ruolo unico e svolgono:
 - I. attività fiduciaria presso i rispettivi studi;
 - II. visite presso il domicilio dei propri assistiti secondo quanto previsto da ACN;
 - III. assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali;
 - IV. continuità dell'assistenza rivolta agli assistiti della AFT di appartenenza dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 attraverso l'apertura coordinata degli studi e integrata con l'attività di ambulatorio di AFT;
 - V. attività a quota oraria a favore di tutta la popolazione in sedi definite a livello distrettuale e aziendale, anche in orario diurno, se con debito orario;
 - VI. prestazioni presso la Centrale Unica, Numero Europeo Armonizzato 116117, di un definito ambito territoriale;
 - d) medici del ruolo unico di assistenza primaria titolari di incarico a tempo indeterminato dal 01.01.2025 (MAP-post 2025), compresi gli incaricati temporanei con completamento del percorso formativo in data successiva al 1° gennaio 2025, che svolgono:
 - I. attività fiduciaria presso i rispettivi studi;
 - II. visite presso il domicilio dei propri assistiti secondo quanto previsto da ACN;
 - III. assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture

residenziali;

- IV. continuità dell'assistenza rivolta agli assistiti della AFT di appartenenza dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 attraverso l'apertura coordinata degli studi e integrata con l'attività di ambulatorio di AFT;
 - V. attività a quota oraria a favore di tutta la popolazione in sedi definite a livello distrettuale e aziendale, anche in orario diurno, se con debito orario;
 - VI. prestazioni presso la Centrale Unica, Numero Europeo Armonizzato 116117, di un definito ambito territoriale.
2. I medici RUAP operanti in zone disagiate e disagiatissime possono, a domanda, essere esonerati dalla attività a quota oraria oppure autolimitarla con una garanzia minima di 6 ore, a parte quella per formazione di AFT e PFA, perché gestiscono più studi ed effettuano visite domiciliari a lungo chilometraggio.

Art. 23 – Disciplina dell'attività a ciclo di scelta

1. Nella sua attività a ciclo di scelta, il medico RUAP assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun assistito che abbia liberamente scelto il rapporto di fiducia, come previsto dall'ACN.
2. Nell'ambito dell'attività ambulatoriale, il medico:
 - a) effettua visite ambulatoriali, possibilmente su appuntamento, nell'ambito degli orari di apertura dello studio medico secondo quanto previsto dall'art. 35 dell'ACN;
 - b) partecipa attivamente alla continuità dell'assistenza in forma integrata rivolta agli assistiti della AFT di appartenenza dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 20:00, anche mediante l'apertura coordinata degli studi, in quanto la AFT costituisce il modello organizzativo entro il quale opera, di fatto, la rete assistenziale composta dai medici del ruolo unico di assistenza primaria;
 - c) ai sensi dell'art. 47, co. 2, lett. B), punto IV) dell'ACN 15.01.2026, i medici RUAP nell'attività a ciclo di scelta che non hanno optato per il passaggio al ruolo unico non sono tenuti alla effettuazione di attività a quota oraria presso la sede di AFT o presso altre sedi aziendali, ma possono contribuire su base volontaria per almeno 4 ore a settimana. Tale attività contribuisce alla presa in carico e gestione complessiva dell'assistito con patologie croniche, al fine di evitare e prevenire episodi di riacutizzazione, ricoveri ospedalieri e accessi al PS.
3. Nell'ambito dell'attività domiciliare, il medico:
 - a) effettua le visite domiciliari richieste dai propri assistiti, tenendo conto delle condizioni cliniche e della conseguente impossibilità di spostamento in sicurezza. La visita per prestazioni indifferibili è eseguita nel più breve tempo possibile e, se differibile indicativamente entro la stessa giornata se recepitata entro le ore 10 oppure entro il giorno successivo (incluso il sabato) se recepitata dopo le 10, fatti salvi gli accordi aziendali previgenti;
 - b) fornisce l'assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, e in raccordo concordemente normato con l'assistenza sociale, secondo la normativa vigente;
 - c) eroga l'assistenza programmata per i pazienti ospiti di strutture residenziali.

Art. 24 – Disciplina dell'attività oraria

1. In applicazione dell'ACN, i medici impegnati a svolgere attività oraria sono:
 - a) i medici attualmente in servizio che optano volontariamente per il completamento dell'impegno settimanale secondo le procedure previste dall'ACN (attività oraria e attività a ciclo di scelta);
 - b) i medici con incarico temporaneo che conseguono il diploma del corso di formazione specifica in medicina generale (di seguito CFSMG), a partire dall'anno 2025;
 - c) i medici incaricati a seguito delle procedure a tempo determinato, indeterminato e temporaneo, a partire dall'anno 2025;
 - d) i medici con incarico a tempo indeterminato ad attività oraria prima dell'anno 2025 (con attività notturna per tutto l'arco della settimana e diurna il sabato e i festivi).
2. L'attività oraria svolta dai medici RUAP è coordinata funzionalmente e organizzativamente a livello distrettuale, per garantire l'integrazione organizzativa e professionale e agevolare l'accesso dei cittadini alle cure.
3. L'AUSL definisce periodicamente l'articolazione dei servizi a quota oraria distrettuali e di AFT, lo comunica rispettivamente al Coordinatore dell'attività oraria del Distretto e al Referente di AFT i quali collaborano a predisporre, su base distrettuale, i turni di servizio, sentiti i medici interessati, comunicando mensilmente tali turni all'Azienda USL.
4. I turni di servizio sono assegnati sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati.
5. Le modalità di organizzazione per il riassorbimento del riposo compensativo per i medici che svolgono attività notturna sono definite nel regolamento di AFT.
6. L'attività in quota oraria, remunerata ai sensi dell'ACN, è prioritariamente rivolta alla garanzia della continuità dell'assistenza nell'ambito dell'AFT e viene resa a favore di tutta la popolazione secondo la programmazione nazionale, regionale e aziendale con l'intento di introdurre servizi aggiuntivi ed innovativi, forniti in maniera uniforme e omogenea, al fine di garantire più agevolmente l'accesso alle cure. Tale attività è inoltre svolta per garantire alla popolazione i servizi di continuità dell'assistenza, riorganizzati secondo una logica di copertura di fasce orarie a maggiore accesso (v. art. 44 dell'ACN e DM n. 77/2022).
7. Le sedi per l'attività in quota oraria devono essere stabili, identificabili dalla popolazione e collocate di norma nel territorio dell'AFT, in Case della Comunità hub o spoke, o locali messi a disposizione dall'AUSL, ovvero in altre sedi individuate in accordo con l'AFT, compresi locali in cui sono presenti più medici nella stessa sede con adeguata dotazione informatica per registrare le prestazioni, prescrivere farmaci e accertamenti urgenti, accedere al FSE e rilasciare certificazioni. Tutte le sedi di servizio individuate devono essere dotate di idonei locali, anche per il riposo, servizi igienici nonché di adeguate misure di sicurezza sia strutturali che per il personale in servizio (v. art. 44, co. 12 ACN).
8. I Referenti di AFT e il Distretto, nel rispetto delle risorse orarie disponibili, si coordinano al fine di garantire le attività previste.

9. L'attività in quota oraria, finalizzata a potenziare la disponibilità delle strutture territoriali, è svolta in una o più delle seguenti macroaree, nelle sedi definite secondo le priorità identificate dall'Azienda USL in collaborazione con i referenti di AFT, sentiti i medici interessati (v. art. 44, co. 13 ACN):
- a) prestazioni assistenziali non differibili presso le CdC e/o le altre sedi individuate dalle AUSL (tra cui sono comprese quelle volte a garantire la continuità dell'assistenza in zone disagiate, gli ambulatori di AFT della medicina generale, le strutture di assistenza primaria attivate per emergenze ambientali o epidemiologiche), rivolte a tutta la popolazione e per ogni fascia d'età, secondo le indicazioni aziendali di organizzazione e in raccordo con il Numero Europeo Armonizzato (di seguito NEA) 116117, come previsto dall'art. 44 dell'ACN, comprese le visite domiciliari. Se clinicamente necessario, il medico attiva direttamente il servizio di emergenza-urgenza 118. L'attività diurna feriale (8:00-20:00) è realizzata in modo capillare nelle sedi ambulatoriali di AFT, anche presso le CdC. L'attività notturna e festiva è erogata e coordinata nelle strutture territoriali individuate dal processo di progressiva ottimizzazione e concentrazione delle attuali sedi di continuità assistenziale prevista dalla DGR n. 682/2025, in particolare integrandole nelle CdC hub, per garantire la presenza medica H24 come previsto dal DM n. 77/2022. Per migliorare i tempi di risposta, erogare il consulto telefonico o la televisita, la Regione supporta la sperimentazione e lo sviluppo di forme innovative di utilizzo di sistemi e algoritmi di gestione delle chiamate;
 - b) erogare il consulto telefonico o la televisita, mediante l'utilizzo di sistemi che consentano la gestione delle richieste indifferibili sia in presenza presso una centrale telefonica che da remoto. La Regione supporta lo sviluppo di forme innovative di utilizzo di centrali telefoniche aziendali, provinciali o sovrazionali, di sistemi e algoritmi concordati di gestione delle chiamate, nelle more della creazione e avvio delle Centrali Uniche NEA 116117;
 - c) prestazioni rivolte a soggiornanti temporanei non assistiti (quali, per esempio, partecipanti a manifestazioni prolungate, aree ricettive e/o turistiche). Tali prestazioni sono di norma svolte sia in CdC, sia presso altre sedi definite e concordate con le AUSL; la remunerazione delle prestazioni erogate presso sedi di AFT non identificate come CdC hub e spoke avviene secondo quanto previsto per le visite occasionali
 - d) assistenza residenziale nelle strutture assistenziali di seguito elencate, con modalità e modelli retributivi definiti nella sezione del trattamento economico:
 - I. strutture intermedie (es. Ospedali di Comunità);
 - II. rete delle cure palliative;
 - III. strutture residenziali e semi residenziali sociosanitarie;
 - e) assistenza a domicilio, ad integrazione e supporto del RUAP a ciclo di scelta, in collaborazione con infermieri e/o specialisti, anche sulla base di protocolli aziendali concordati con il Referente di Distretto, per la presa in carico di pazienti in condizioni di particolare complessità clinico-assistenziale (per esempio, trasfusioni, gestione di terapie domiciliari complesse che richiedono supervisione medica), anche a seguito di contatto/invio da parte delle COT e del NEA 116117, nonché partecipazione alle attività assistenziali della rete locale di

cure palliative, in coerenza con gli standard previsti dal D.M. n. 77/2022; la modalità e i modelli retributivi sono definiti nella sezione del trattamento economico;

- f) attività oraria in COT aziendale o nelle centrali NEA 116117, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza da erogare attraverso le attività di AFT descritte nei punti precedenti; si ribadisce l'importanza, nelle centrali NEA 116117, del contributo (anche con modalità di lavoro agile) di medici RUAP come riferimento per quesiti medici da parte dell'utenza, nel rispetto di quanto previsto dalla DGR 459/2024; la modalità e i modelli retributivi sono definiti nella sezione del trattamento economico;
 - g) attività prevista dall'articolo 36, comma 2, con modalità definite nell'ambito del regolamento di AFT;
 - h) attività territoriali programmate secondo quanto declinato alla norma transitoria n. 2 del presente AIR.
10. Nell'ambito dell'attività a quota oraria per i medici RUAP, 6 ore di attività previste dagli incarichi a ruolo unico di cui all'art. 31 dell'ACN sono finalizzate, di norma, a garantire l'erogazione delle prestazioni assistenziali non differibili oppure per altre attività cliniche o di governo clinico di AFT o sovra-AFT in ambito distrettuale (incluso audit di AFT), dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00.
11. La registrazione delle prestazioni eseguite, delle prescrizioni di farmaci e/o accertamenti e delle eventuali certificazioni, in particolare nell'ambito delle attività di cui al primo e al quarto punto sopra descritti, deve essere rilasciata nella scheda sanitaria o mediante referto da trasmettere al medico RUAP di fiducia (e agli altri medici dell'AFT), per garantire la continuità dell'assistenza.
12. Posto quanto previsto al comma 1 dell'art. 38 dell'ACN, l'AUSL provvede all'adeguamento dell'attività oraria entro i 3 mesi successivi al raggiungimento del limite numerico di assistiti di ciascuna fascia. Tuttavia, al fine di evitare un sovraccarico al medico che acquisisce un numero di scelte di assistiti elevato in breve tempo, si ritiene che l'assegnazione delle attività orarie debba avvenire entro un mese dalla variazione del numero di assistiti, anche su tempestiva segnalazione del singolo medico.
13. L'attività a quota oraria deve essere documentata dal medico RUAP, ad inizio e fine turno, attraverso il sistema informatico aziendale di rilevazione dell'attività.
14. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività oraria contribuisce al mantenimento al domicilio dei pazienti in assistenza domiciliare e partecipa per quota parte ai programmi di medicina di iniziativa.
15. Qualora l'attività programmata di accesso al domicilio del paziente sia previsto in orario notturno o diurno festivo, il compenso orario è maggiorato dalla relativa quota di accesso, a seconda del livello di assistenza.
16. Le Aziende USL, valutato il contesto organizzativo e le caratteristiche delle specifiche attività, possono predisporre modalità di reperibilità dei medici RUAP a quota oraria, finalizzate a garantire, in via prioritaria, la continuità dell'assistenza presso le CdC hub. L'individuazione della reperibilità ha come riferimento il livello distrettuale. Il medico reperibile può essere attivato da un'ora prima ad un'ora dopo l'inizio del turno previsto.
17. Le parti condividono di strutturare ed avviare, a livello aziendale, percorsi di formazione con contenuti e modalità organizzative relative alla attività clinica erogata in quota

oraria negli ambulatori di AFT. I contenuti della formazione sono definiti fra le aziende e le OO.SS. secondo linee di indirizzo definite congiuntamente insieme ai medici RUAP. I docenti possono essere inquadrati fra medici RUAP. Per lo svolgimento dell'attività di docenza ai fini della formazione viene riconosciuto un importo concordato in sede di trattativa aziendale.

Art. 25 – Attività oraria per i medici con incarico temporaneo

1. Alla luce dei massimali previsti dal presente AIR, dal verbale d'Intesa di cui alla DGR n. 1240/2022, come prorogata dalla DGR n. 774/2025, l'incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria è modulato come di seguito indicato:
 - I. dal conferimento dell'incarico fino a 650 assistiti, 24 ore;
 - II. da 651 a 1.000 assistiti, 12 ore;
 - III. da 1.001 a 1.200 assistiti, 6 ore;
 - IV. da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore su base volontaria.
2. L'assenza per garantire la frequenza alle lezioni del CFSMG va programmata e comunicata dal medico in formazione, una volta conosciuta la programmazione dei seminari e la frequenza concordata col Tutor, al Referente di AFT, per la programmazione dell'attività a quota oraria.
3. Qualora il medico iscritto al CFSMG si assenti dalle attività a ciclo di scelta per la frequenza delle attività formative, i componenti della stessa AFT che ne diano disponibilità garantiscono la continuità dell'assistenza attraverso cambi di orario ambulatoriale o sostituzione reciproca, analogamente a quanto previsto dall'art. 36, co. 2 dell'ACN.

Art. 26 – Modalità operative per l'assegnazione delle attività a rapporto orario dei medici RUAP

1. Al fine di garantire i servizi attivi, le Aziende USL definiscono annualmente un atto di programmazione per definire il fabbisogno orario complessivo delle attività delle AFT. Tale fabbisogno orario può variare nel corso del tempo in ragione della dinamicità che l'evoluzione del contesto reca con sé, a garanzia dell'assistenza ai cittadini.
2. Così come previsto dall'art. 44, co. 13 dell'ACN, l'AUSL, nel rispetto dell'atto di programmazione di cui sopra, verifica e aggiorna mensilmente il fabbisogno orario di AFT e lo comunica ai Referenti di AFT che predispongono i turni di servizio dell'AFT e collaborano tra loro per predisporre i turni relativi alle attività sovra-AFT o distrettuali, sentiti i medici interessati e tenuto conto delle rispettive competenze. I turni vengono successivamente comunicati all'Azienda USL, che provvede alla pubblicazione e assegnazione. L'impossibilità, da parte di uno o più referenti di AFT a soddisfare il fabbisogno orario richiesto, deve essere comunicata all'Azienda USL che provvede a definire quali servizi garantire in via prioritaria.
3. Qualora l'AUSL ravvisi la necessità di effettuare un interpello per l'assegnazione della parte oraria dell'incarico RUAP, in particolare a seguito dei conferimenti in applicazione dell'art. 34 dell'ACN, si applicano le seguenti modalità operative:

- I. l'AUSL raccoglie le opzioni in ordine di preferenza da parte dei medici assegnatari degli incarichi vacanti in riferimento alle attività orarie definite per la AFT di assegnazione, o sopra AFT, e attribuisce le attività orarie, tenendo conto delle opzioni espresse dai medici, sulla base della graduatoria – già in essere – utilizzata per le assegnazioni degli incarichi vacanti di cui all'art. 34 dell'ACN (procedure per l'assegnazione di incarichi vacanti di medico RUAP);
- II. qualora non sia possibile attribuire il primo incarico opzionato, o nel caso in cui il medico non abbia espresso la propria volontà tra le diverse opzioni possibili, le attività a rapporto orario sono attribuite dall'AUSL sempre sulla base della posizione del medico inserito nelle graduatorie formate in base ai criteri di cui all'art. 34 dell'ACN;
- III. qualora non vi sia necessità di provvedere all'interpello, le attività a rapporto orario dei medici RUAP sono conferite in base all'opzione espressa dal medico.

Art. 27 – Partecipazione del medico RUAP alla équipe della UVM

1. Ai sensi dell'articolo 43, comma 6, lettera g), punto VI, il medico RUAP predispone le certificazioni necessarie alla programmazione delle UVM e partecipa effettivamente alla équipe della UVM per l'attivazione dei servizi e la costruzione del progetto di vita del paziente.

Art. 28 – Specifiche tutele del medico RUAP per genitorialità e accudimento

1. Nei casi descritti al precedente art. 16, co. 1 e co. 2, le Aziende USL si impegnano inoltre ad agevolare i medici RUAP, per i periodi in cui non si decide di optare per la sospensione dell'attività oraria di cui all'art. 38 ACN, mettendo in atto condizioni quali a titolo esemplificativo:
 - a) svolgimento delle attività correlate alla continuità dell'assistenza con modalità di reperibilità domiciliare, da concordare a livello di AAA, eventualmente anche con progetti in cui si favorisce l'utilizzo della telemedicina;
 - b) l'autolimitazione delle attività a ciclo di scelta in misura non inferiore al rapporto ottimale di cui all'ACN vigente;
 - c) la possibilità di limitare il massimale orario, su richiesta del medico RUAP, come segue:
 - I. dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti fino a 24 ore;
 - II. da 401 a 1000 assistiti fino a 12 ore;
 - III. da 1001 a 1200 assistiti fino a 6 ore;
 - IV. nessun debito orario è dovuto oltre le 1200 scelte.
2. Nei casi di cui al comma precedente, i medici RUAP già autolimitati ai sensi dei previgenti AA.CC.NN. possono richiedere che non sia applicato al massimale autolimitato il 20% delle scelte di cui all'art. 38, co. 3 dell'ACN.
3. Oltre alla possibilità di essere ricollocati in funzioni proprie del ruolo, che siano coerenti con la valutazione dei rischi dell'attività svolta, si prevede anche la possibilità di ricollocamento dei medici RUAP a rapporto orario in attività organizzative a supporto dell'assistenza primaria, del referente di AFT e della U.O. delle Cure Primarie.

Art. 29 – Assistenza medica nelle strutture residenziali accreditate

1. Il percorso regionale di accreditamento dei servizi socio-sanitari disciplina i criteri, i requisiti, gli ambiti di applicazione con l'obiettivo di promuovere la qualità del sistema integrato dei servizi e di garantire la trasparenza dei soggetti gestori, la tutela del lavoro e la qualità sociale e professionale dei servizi e delle prestazioni erogate.
2. Le residenze protette e per la collettività di cui al presente accordo sono rappresentate dalle Case Residenza per Anziani Non Autosufficienti (di seguito CRA), dai Centri Socio Riabilitativi Residenziali (di seguito CSRR) e dai Nuclei residenziali dedicati alle persone con gravissima disabilità acquisita nell'ambito dei contratti di servizio stipulati tra AUSL, Ente Locale e gestore.
3. Il requisito specifico per l'accreditamento di una CRA prevede quale standard di assistenza: un medico con presenza programmata da un minimo di 5 ore settimanali a un massimo di 15 ore ogni 25 anziani in relazione alle condizioni e necessità sanitarie degli ospiti.
4. Per quanto riguarda invece gli inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR n. 2068/2004 in strutture residenziali per anziani e disabili, deve essere garantita la presenza quotidiana di personale medico su 5 giorni feriali, con un parametro aggiuntivo rispetto a quanto previsto per gli altri ospiti, di 1 ora settimanale per ogni persona con grave disabilità acquisita.
5. Per le strutture e i Nuclei residenziali dedicati alle persone con gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR n. 2068/2004 deve essere garantita la presenza quotidiana di personale medico (di norma medico RUAP) in un rapporto di 5 ore settimanali ogni 5 ospiti, su 5 giorni feriali; mentre, in caso di nuclei con più di 10 ospiti, in rapporto di 3 ore aggiuntive ogni 5 ospiti superiori ai 10. Nel caso in cui il medico non possieda un'esperienza consolidata nel campo, deve essere adeguatamente formato attraverso percorsi formativi accreditati ECM concordati in ambito aziendale.
6. L'assistenza medica nelle CRA accreditate è garantita di norma dai medici RUAP, intesi come tutti gli incaricati già al 31.12.2024 e dal 01.01.2025, nell'ambito dell'attività a ciclo di scelta oppure, in subordine, nell'ambito dell'attività a rapporto orario.
7. Fermo restando quanto definito dai requisiti specifici di accreditamento, l'AUSL di riferimento territoriale, in accordo con il soggetto gestore, per ciascun incarico di assistenza primaria definisce il numero di incarichi e di ore necessario a garantire gli standard assistenziali. Le ore di attività di diagnosi e cura, nella misura prevista dai requisiti del sistema di accreditamento socio-sanitario, concorrono ad assolvere il debito orario del medico RUAP, previa valutazione del fabbisogno assistenziale della AFT di appartenenza.
8. In caso di necessità l'AUSL, mediante le consuete modalità di comunicazione (albo online), rende noto un avviso per il conferimento degli incarichi di assistenza nelle strutture residenziali sopra indicate sia per anziani che per disabili.

Art. 30 – Requisiti e criteri per il conferimento degli incarichi

1. Gli aspiranti al conferimento di un incarico di assistenza primaria in struttura residenziale accreditata devono essere iscritti nell'elenco dei titolari di incarichi RUAP a tempo indeterminato o temporaneo nell'ambito dell'Azienda USL.

2. Gli incarichi sono conferiti ai medici RUAP sulla base di una graduatoria predisposta dall'Azienda USL secondo le seguenti priorità:
 - I. medici RUAP convenzionati nell'ambito della AFT dove è ubicata la struttura;
 - II. medici RUAP convenzionati nell'ambito distrettuale dove è ubicata la struttura;
 - III. medici RUAP convenzionati nell'Azienda USL dove è ubicata la struttura.
3. Criteri per la graduazione:
 - I. pregressa esperienza presso strutture residenziali per non autosufficienti accreditate: 0,5 punti anno fino ad un massimo di 6 punti;
 - II. anzianità di convenzionamento: 0,5 punti anno fino ad un massimo di 6 punti.
4. Titoli:
 - I. attestato di formazione specifica in medicina generale: 4 punti;
 - II. specializzazione in geriatria, medicina interna o specialità equipollenti: 3 punti;
 - III. altre specializzazioni di area medica: 2 punti;
 - IV. master di II livello in ambito di assistenza geriatrica: 0,5 punti.
5. I titoli sono valutati complessivamente fino ad un massimo di 6 punti. Il punteggio complessivo massimo è pari a 12 punti.
6. In caso di parità di punteggio, precede il medico RUAP con minor numero di scelte.

Art. 31 – Tipologia di attività di assistenza primaria nelle strutture residenziali accreditate

1. I medici a cui viene conferito l'incarico di assistenza primaria nelle strutture residenziali accreditate garantiscono le seguenti attività:
 - a) assumere il governo complessivo in ordine alla tutela della salute degli ospiti, che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
 - b) assicurare l'attività medica di diagnosi e cura all'interno della struttura residenziale con un numero di accessi settimanali adeguato alle condizioni e necessità sanitarie degli ospiti;
 - c) assicurare le visite richieste in via d'urgenza per prestazioni indifferibili tra le 8:00 e le 20:00 nei giorni feriali secondo le norme convenzionali, anche al di fuori degli accessi previsti; qualora l'ente gestore richieda prestazioni non differibili in favore di ospiti non in carico al medico RUAP di struttura, le visite sono retribuite dall'ente gestore secondo la tariffa della visita occasionale domiciliare;
 - d) porre attenzione a qualsiasi segnale che potrebbe celare abuso o maltrattamento dell'ospite;
 - e) assicurare il raccordo con il Dipartimento di Sanità Pubblica per i provvedimenti da adottare nella gestione di ospiti con sospetta patologia infettiva e dei loro contatti, garantendo, in caso di positività, la sorveglianza clinica a tutti i casi che non necessitano di ospedalizzazione e verificando che sia monitorata nel tempo l'evoluzione del quadro clinico;
 - f) assicurare il raccordo con i presidi ospedalieri in caso di ricovero dell'ospite e per le prestazioni ambulatoriali specialistiche, anche collaborando mediante teleconsulto;

- g) partecipare agli incontri di programmazione e coordinamento con gli altri operatori della struttura residenziale al fine di assicurare la valutazione multidimensionale dell'ospite, programmare, attuare e verificare periodicamente i PAI con l'équipe multi-professionale;
- h) partecipare alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza agli ospiti, nell'ambito dei programmi promossi annualmente dall'AUSL;
- i) partecipare agli incontri periodici per la verifica dei programmi di attività dell'intera struttura di norma semestrali all'interno dell'orario di permanenza nella struttura;
- j) partecipare all'attività di informazione, formazione e consulenza nei confronti dei familiari degli ospiti con orari dichiarati e anche su appuntamento;
- k) provvedere, per ciascuno degli ospiti, alla tenuta ed aggiornamento, per la parte di competenza, di una cartella socio-sanitaria individuale informatizzata, orientata per problemi, concordata a livello aziendale, da cui risultino comunque gli elementi necessari alla classificazione annuale degli ospiti secondo le indicazioni regionali in materia;
- l) garantire la riconciliazione farmacologica;
- m) redigere le eventuali certificazioni concernenti l'esercizio dell'attività di assistenza primaria, a norma convenzionale, comprensivo della constatazione del decesso e della scheda ISTAT;
- n) collaborare al monitoraggio della qualità dell'assistenza nella struttura presso la quale è stato conferito l'incarico secondo quanto previsto dai criteri e dai requisiti in materia di accreditamento.

Art. 32 – Iscrizione dell'ospite in struttura residenziale accreditata negli elenchi del medico del ruolo unico di assistenza primaria

1. Alla persona non autosufficiente definitivamente ospitata nelle strutture residenziali viene revocata la scelta del medico RUAP di fiducia e trasferita al medico di struttura incaricato quando si tratta di un medico RUAP, salvo diversa volontà espressa dall'interessato all'atto dell'ammissione.
2. In caso di ricovero temporaneo in residenza, al medico RUAP che ha in carico l'assistito viene mantenuta la scelta, al fine di assicurare il necessario collegamento per un adeguato rientro dell'ospite al proprio domicilio.
3. Per le persone stabilmente ospitate in residenza accreditata su posti non previsti nel contratto di servizio non si opera l'automatica revoca della scelta nei confronti del medico RUAP di fiducia.

Art. 33 – Verifica delle attività del medico RUAP nelle strutture residenziali accreditate

1. Le attività realizzate dal medico RUAP nelle strutture residenziali accreditate sono verificate dal Direttore di Distretto in ragione della sua funzione di committenza e controllo. Tale verifica riguarda tutti i medici RUAP incaricati anche anteriormente alla data del presente accordo ed è effettuata ogni 3 anni (dalla data di incarico) dall'Azienda USL che, se del caso, adotta le necessarie modifiche, con riferimento al perseguimento degli obiettivi sotto indicati.

2. Per quanto riguarda gli obiettivi clinici, la verifica delle attività è la medesima di quella dei medici RUAP prevista dal presente accordo e, inoltre, date le caratteristiche dell'incarico di diagnosi e cura, è valutata anche l'ottemperanza dei parametri previsti dall'accreditamento, quali, ad esempio: il rispetto degli orari di presenza in struttura, la partecipazione alla équipe per i PAI e ai colloqui con i familiari degli ospiti.

Art. 34 – Diagnostica di I° Livello e Telemedicina

1. Nelle more dell'attuazione del DM 29 luglio 2022 e considerato quanto in esso previsto dall'art. 3, co. 3, le parti concordano di rinviare la trattativa del presente argomento ad apposito Tavolo di confronto della Delegazione regionale i cui accordi confluiscono in un Addendum all'AIR e sono parte integrante e sostanziale dell'AIR stesso. Le parti si impegnano a raggiungere l'accordo entro mesi 6 dalla sottoscrizione del presente AIR.

Art. 35 – Assistenza medica negli Ospedali di Comunità

1. Ai sensi del DM n. 77/2022 e della DGR n. 221/2015, la gestione e l'attività negli Ospedali di Comunità (OSCO) sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.
2. L'assistenza medica è assicurata di norma dai medici RUAP, nel turno diurno (8-20) per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7, mentre nel turno notturno (20-8), diurno festivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita di norma dai medici RUAP ad attività oraria, come definito da specifici accordi locali.
3. In fase di accesso e di dimissione presso gli OSCO il medico e l'infermiere Case Manager effettuano la valutazione multidimensionale per individuare gli obiettivi assistenziali e terapeutici conseguibili, il tempo previsto per il raggiungimento dei risultati attesi e il team per la costruzione del PAI.
4. I medici incaricati si rendono disponibili, al di fuori della presenza presso la struttura, ad essere contattabili (anche con modalità di telemedicina) per la gestione di eventi clinici non differibili e per le ammissioni presso la medesima struttura. Qualora sia richiesto, sempre al di fuori degli orari di presenza, l'intervento del medico presso la struttura viene riconosciuto un compenso forfettario aggiuntivo rispetto alla quota oraria.

Art. 36 – Assistenza ai turisti

1. La Regione individua annualmente le località a forte afflusso turistico, nelle quali risulti necessario organizzare un servizio di assistenza sanitaria destinato alle persone non residenti (art. 46, co. 1 dell'ACN). Ciò consente di attivare ambulatori di assistenza primaria diffusi, integrativi di quelli già presenti nella/e AFT locale/i, e di garantire attività domiciliare diurna.
2. Tale fabbisogno stagionale, aggiuntivo rispetto alla programmazione ordinaria delle AFT, è volto a rafforzare la rete di offerta delle cure primarie e a supportare l'attività dei medici RUAP operanti nei territori interessati.

3. L'attività di assistenza turistica estiva è rivolta, nel periodo definito da ciascuna Azienda, a turisti italiani e stranieri e a lavoratori stagionali.
4. Le Aziende USL nel cui territorio si trovano le località ad alto impatto turistico, organizzano il servizio di assistenza ai turisti utilizzando, in via prioritaria e su base volontaria, tutti medici RUAP nell'ambito della loro attività a ciclo di scelta, garantendo in tal modo l'assistenza turistica all'interno delle AFT.
5. Le prestazioni rese dai suddetti medici RUAP nell'ambito dell'attività di assistenza turistica sono compensate direttamente dall'utente, a fronte di rilascio di ricevuta fiscale da parte del professionista.
6. Le tariffe onnicomprensive, previste dall'art. 46, co. 3 dell'ACN, per tale attività sono:
 - I. visita ambulatoriale: 25,00€;
 - II. visita domiciliare: 40,00€.
7. Nessun altro emolumento si intende dovuto dall'Azienda USL organizzatrice del Servizio.
8. Qualora si renda necessario reperire ulteriori risorse per garantire l'operatività del Servizio possono essere interpellati, in ordine di priorità, ed utilizzati con adesione su base volontaria:
 - a) i medici RUAP ad attività oraria (incaricati fino al 31.12.2024);
 - b) i medici RUAP (incaricati dal 01.01.2025) utilizzandone l'attività in quota oraria.
9. Laddove le adesioni dei medici RUAP aziendali, sia nell'ambito dell'attività a ciclo di scelta che nell'ambito dell'attività a quota oraria non siano sufficienti per far fronte al fabbisogno assistenziale individuato dall'AUSL per garantire l'attività di assistenza ai turisti, sia ambulatoriale, che domiciliare, le Aziende USL possono procedere al reclutamento di ulteriori medici, mediante apposite graduatorie aziendali, conferendo incarichi RUAP ad attività oraria a tempo determinato.
10. L'attività a quota oraria di cui sopra è retribuita con compenso orario onnicomprensivo pari a 25,36€.
11. Ulteriori modalità di erogazione dell'assistenza in situazioni caratterizzate da peculiarità oro-geografiche e sociali possono essere definite nell'ambito degli accordi attuativi aziendali.

Art. 37 – Visite occasionali

1. I medici RUAP nell'ambito dell'attività a ciclo di scelta prestano la propria opera anche a favore di cittadini, che trovandosi occasionalmente al di fuori della AFT di riferimento, ricorrano ad essi (art. 46, co. 2 dell'ACN), per tali prestazioni si applicano le tariffe previste dall'art. 46, co. 3 ACN.
2. L'attività di cui al comma precedente, prestata dai medici in attività oraria è erogata gratuitamente ai cittadini assistiti nell'ambito regionale. Le prestazioni erogate ai cittadini non assistiti nell'area distrettuale di appartenenza della sede di servizio sono notulate all'Azienda USL secondo i compensi stabiliti in ACN.
3. Le visite ambulatoriali erogate nell'ambito dell'attività dell'ambulatorio di AFT a favore di cittadini non assistiti in Emilia-Romagna sono compensate direttamente dall'assistito con le tariffe previste dall' art. 46, co. 3 ACN.

4. Ai medici RUAP a ciclo di scelta che effettuino visite a favore di cittadini stranieri temporaneamente soggiornanti in Italia, in possesso di idonea documentazione comprovante il diritto all'assistenza a carico del Servizio Sanitario Nazionale, spettano i medesimi compensi di cui sopra, per visita ambulatoriale e/o domiciliare. In tal caso, il cittadino straniero non paga alcuna prestazione, il medico trasmette notula alla propria AUSL, riportando gli estremi del documento, le generalità dell'assistito e la tipologia della prestazione erogata (art. 46, co. 5 dell'ACN).
5. Le Aziende USL possono, in relazione alle esigenze organizzative del territorio e alla struttura dei servizi già attivi, definire modalità aggiuntive di erogazione e di remunerazione delle visite occasionali e in assistenza turistica previste dal presente paragrafo, nonché introdurre eventuali ulteriori prestazioni.
6. Per le prestazioni oggetto del presente provvedimento, il medico è tenuto a utilizzare la ricetta del SSN, indicando la residenza del paziente, secondo le disposizioni vigenti (art. 46, co. 7 dell'ACN).

Art. 38 – Organizzazione della continuità dell'assistenza

1. L'ACN vigente e il DM n. 77/2022 ampliano il concetto di servizio di continuità assistenziale organizzato in turni notturni e diurni festivi per assicurare le prestazioni assistenziali non differibili ai cittadini, per passare ad una concezione più ampia di continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana (anche in orario diurno e feriale), realizzando così pienamente il dettato dell'art. 5 del DPCM 12/01/2017.
2. L'ACN prevede che, su base distrettuale, sia inoltre favorita l'integrazione organizzativa e professionale dei servizi territoriali e l'accesso del cittadino attraverso il coordinamento dell'attività dei medici del ruolo unico da svolgersi presso le sedi delle AFT e UCCP, le Case della Comunità hub e spoke, gli Ospedali di Comunità nonché presso gli ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria, concorrendo in questo modo all'incremento della capacità e della qualità di tutto il sistema.
3. La continuità dell'assistenza nei confronti di tutta la popolazione, inclusa quella in età pediatrica e quella istituzionalizzata presso le strutture residenziali e semiresidenziali per le prestazioni richieste, è organizzata dalle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, secondo quanto disposto dall'art. 44 dell'ACN e in linea con le disposizioni del D.M. n. 77/22, in attuazione della programmazione regionale secondo un modello organizzativo che prevede:
 - a) attivazione della Centrale Operativa Numero Europeo Armonizzato 116117 per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti e indifferibili, in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. 459/2024;
 - b) attivazione di ambulatorio di continuità dell'assistenza gestito da medici del ruolo unico di assistenza primaria integrati, ove necessario, con personale infermieristico, anche in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. 1206/2023;
 - c) organizzazione della continuità dell'assistenza in orario diurno e con ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con i modelli organizzativi previsti dal presente Accordo per la copertura h24, secondo protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118 (articolo 44, comma 4, lettera c).

Art. 39 – Fase di transizione, revisione e ottimizzazione dei modelli di assistenza territoriale

1. Si pone la necessità di integrare i modelli in atto con i nuovi modelli organizzativi a favore dello sviluppo di risposte innovative ai bisogni assistenziali, funzionali e integrate nell'ambito delle AFT e UCCP e in coerenza con le indicazioni del DM n. 77/2022, al fine di garantire l'erogazione di prestazioni assistenziali non differibili rivolte a tutta la popolazione, 7 giorni su 7.
2. Tra le azioni necessarie da parte delle Aziende per arrivare alla piena attuazione di questo modello, vi è quella di una progressiva ottimizzazione delle attuali sedi di Continuità Assistenziale, secondo criteri condivisi anche in Comitato aziendale e basati, tra gli altri, su criteri di distanze e viabilità distrettuali ed eventualmente sovradistrettuali al fine anche di garantire l'assistenza medica h24 nelle CdC hub prevista dagli standard del DM n. 77/2022, tenendo conto della tutela di eventuali specifiche esigenze in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche e di densità abitativa del territorio.
3. In casi eccezionali, contingenti, i medici RUAP a ciclo di scelta, che non hanno optato per il passaggio al ruolo unico, comunicano all'AUSL la disponibilità a svolgere attività oraria rivolta a tutta la popolazione (per esempio: CAU, ambulatori di AFT). In tali casi, l'AUSL può valutare la necessità di ricorrere alla loro disponibilità per garantire la continuità dell'assistenza.
4. Ai fini della completa attuazione della risposta delle AFT ai fabbisogni della popolazione, si prevede una fase di transizione in cui è necessaria la revisione e l'ottimizzazione dei modelli di assistenza territoriale attuali in cui sia l'attività dei medici a ciclo di scelta, che l'attività oraria svolta presso le sedi di CA e presso gli ambulatori urgenze minori (di seguito CAU) siano integrati con le attività delle AFT.
5. Si prevede l'evoluzione degli attuali CAU come segue:
 - I. i CAU già attivi presso una CdC hub o spoke, a cui afferiscono e partecipano i medici delle AFT, sono di fatto "*ambulatori di AFT della medicina generale*" che si integrano con i percorsi assistenziali di tutti i professionisti che le compongono. Tali ambulatori per prestazioni cliniche indifferibili sono accessibili, di norma previo accesso mediato e sono accessibili a tutti i pazienti ai sensi degli standard del DM n. 77/2022 e mantengono i requisiti organizzativi, strutturali e di formazione analoghi a quelli previsti per i CAU dalla deliberazione n. 1206/2023. Tali sedi possono assolvere alle funzioni di sedi di AFT in coerenza con l'Atto di programmazione regionale (DGR n. 682/2025). L'attività in essi svolta rientra prioritariamente nei compiti dei medici RUAP, la cui remunerazione è definita al punto "Trattamento economico dei RUAP operanti nelle CdC". L'attività può essere svolta dai medici RUAP a rapporto orario o, in subordine, a ciclo di scelta, su base volontaria, con le medesime modalità di remunerazione previste per i RUAP;
 - II. i CAU collocati presso strutture diverse dalla CdC hub e spoke, ma comunque afferenti al Dipartimento di Cure Primarie esclusi quelli collocati presso i DEA, sono di fatto "*ambulatori di AFT della medicina generale*" che si integrano con i percorsi assistenziali di tutti i professionisti che le compongono. Tali ambulatori mantengono i requisiti organizzativi, strutturali e di formazione analoghi a quelli previsti per i CAU dalla deliberazione n. 1206/2023. Tali sedi possono assolvere alle funzioni di sedi di AFT o funzioni distrettuali in coerenza con l'Atto di programmazione regionale (DGR

- n. 682/2025). L'attività in essi svolta rientra prioritariamente nei compiti dei medici RUAP, la cui remunerazione è definita al punto "Trattamento economico dei RUAP operanti nelle CdC". L'attività può essere svolta dai medici RUAP a rapporto orario o, in subordine, a ciclo di scelta, su base volontaria, con le medesime modalità di remunerazione previste per i RUAP;
- III. nelle more della piena attuazione della rete ambulatoriale delle AFT e dell'implementazione del NUE 116117, i CAU collocati presso i DEA rimangono operativi e contribuiscono a garantire percorsi diagnostico terapeutici per la presa in carico di condizioni urgenti non differibili secondo protocolli condivisi nell'ambito delle AFT.

Art. 40 – Nuove forme organizzative dei medici a ruolo unico di assistenza primaria - Équipe AFT

1. Dalla data di istituzione delle AFT, cessa la possibilità per le Aziende USL di riconoscere formalmente l'attivazione di nuove forme associative di gruppo e rete di cui all'art. 54 dell'ACN 2005. Inoltre, dalla medesima data, non è più possibile autorizzare l'ingresso di medici RUAP nelle medesime forme associative, fatta salva la possibilità per i medici aderenti a una medicina di gruppo di chiedere il trasferimento ad altra medicina di gruppo. I medici RUAP, che già aderiscono alle forme associative di gruppo e rete, sono tenuti a garantire i medesimi standard previsti dall'art. 54 dell'ACN 2005 sopra richiamato.
2. Tenuto conto del ruolo fondamentale che le medicine di gruppo hanno avuto nel potenziamento dell'assistenza territoriale, la Regione, nell'ambito del nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale, ritiene opportuno supportare modalità di erogazione dell'assistenza caratterizzate dalla presenza di più medici in una stessa sede di lavoro, con coordinamento degli orari di apertura degli studi finalizzato a garantire una maggior accessibilità ed una estesa continuità dell'assistenza, nonché con la disponibilità di personale di studio e infermieristico ed eventuale disponibilità di strumentazione diagnostica di base.
3. A tal fine, tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria possono chiedere alle AUSL di costituire ed essere inseriti nelle nuove forme organizzative denominate "Équipe di AFT", la cui sede deve essere preferibilmente istituita presso le Case della Comunità hub e spoke, ovvero in altre sedi individuate dalla Équipe di AFT. Le Aziende USL valutano le richieste pervenute, ed eventualmente le autorizzano, in rapporto a criteri di opportunità rispetto al servizio e di sostenibilità economica. Le Équipe di AFT previste dal presente AIR devono soddisfare i requisiti di seguito definiti:
 - I. individuazione di una sede unica di équipe facilmente identificabile, ferma restando la necessità per l'AUSL di salvaguardare la presenza, nel medesimo ambito territoriale, di studi di prossimità in particolare nelle aree a bassa densità abitativa per garantire l'assistenza secondo quanto previsto dall'art. 32, co. 6 dell'ACN, ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'Équipe di AFT;
 - II. fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla Équipe di AFT si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma organizzativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;

- III. non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito di AFT;
 - IV. l'utilizzo, per l'attività assistenziale, di dotazioni tecnologiche diagnostiche e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;
 - V. l'impiego da parte di tutti i componenti dell'équipe di personale di segreteria e infermieristico comune, secondo un accordo interno;
 - VI. la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico, collegamento in rete dei vari supporti con sistemi interoperabili e la condivisione delle informazioni sanitarie contenute nella scheda medesima;
 - VII. fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 35 dell'ACN, gli orari di attività dei singoli medici devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso, anche senza prenotazione, presso la sede dell'Équipe di AFT per almeno 10 ore giornaliere, dal lunedì al venerdì, estendibili a 12 ore su richiesta dei medici RUAP componenti la Équipe di AFT;
 - VIII. qualora la sede dell'Équipe di AFT sia collocata presso una CdC hub o spoke e l'Équipe garantisca una copertura oraria di 12 ore, l'attività ambulatoriale, previa valutazione in sede di Comitato aziendale, in coerenza con la programmazione aziendale e tenuto conto delle caratteristiche orogeografiche e dei servizi presenti, può essere accessibile oltre ai cittadini afferenti a quella AFT a chiunque ne abbia necessità per prestazioni cliniche indifferibili e concorre alla garanzia della presenza medica di cui all'art. 29, co. 6 dell'ACN 2024 e al DM n. 77/2022;
 - IX. la chiusura pomeridiana di uno degli studi della Équipe di AFT non prima delle ore 19:00, in caso di apertura h10 della sede di Équipe di AFT, e non prima delle ore 20:00, in caso di apertura h12 della sede di Équipe di AFT;
 - X. comunicazione agli assistiti e all'AUSL, da parte dei medici aderenti, degli orari di apertura, delle modalità di accesso, con particolare riguardo all'organizzazione e contattabilità dell'Équipe di AFT.
- 4. Le forme associative già attive ai sensi dell'ACN 2005 possono chiedere alle AUSL la conversione in Équipe di AFT, fermo restando l'obbligo di soddisfare i requisiti definiti per le Équipe di AFT.
 - 5. I medici componenti delle Équipe di AFT perseguono gli obiettivi e svolgono i compiti assegnati alla AFT di riferimento.
 - 6. Le Équipe di AFT possono utilizzare sistemi di comunicazione informatica predisposti per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda USL.
 - 7. Le sedi delle Équipe di AFT possono coincidere con la sede di AFT di riferimento.
 - 8. Si specifica che l'adesione alla Équipe di AFT non comporta il completamento orario prevista ai sensi dell'art. 31 dell'ACN.
 - 9. L'Équipe di AFT può avvalersi di società di servizio, anche cooperative nella fornitura dei fattori produttivi per il personale e per la sede come previsto dall'art. 29, co. 5 dell'ACN.

Art. 41 – Requisiti degli studi medici

1. Nel caso in cui lo studio del medico RUAP sia ubicato presso le strutture adibite ad altre attività non mediche oppure attività sanitarie soggette ad autorizzazione, i requisiti di cui all'art. 35, co. 4 dell'ACN sono derogati, per consentire una maggiore equità di accesso alle attività assistenziali garantite dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.
2. In linea con quanto previsto dal DM n. 77/2022, agli studi medici ubicati presso le CdC non si applicano le limitazioni previste dell'art. 35, co. 4 dell'ACN.
3. La sede dello studio medico può essere utilizzata per la presa in carico e gestione dei casi complessi anche in collaborazione con le équipe multiprofessionali.
4. L'eventuale attività libero professionale svolta dal medico RUAP non può in alcun modo entrare in conflitto di interessi con le attività previste dagli accordi integrativi nazionali, regionali e locali, in particolare con le attività rivolte alla continuità dell'assistenza all'interno della AFT e quelle rivolte alla presa in carico delle patologie croniche.
5. Si prevede la possibilità di erogare prestazioni medico-specialistiche rientranti nel novero dell'offerta del servizio sanitario pubblico negli studi medici dotati dei requisiti strutturali di autorizzazione al funzionamento per l'erogazione di attività ambulatoriale, in base alle necessità del rispettivo ambito territoriale aziendale. Si rimanda agli Accordi Attuativi Locali l'organizzazione e le modalità di riconoscimento anche economico di tali attività.
6. Al fine di potenziare l'assistenza territoriale convenzionata le parti concordano di rimandare ad appositi confronti in sede di gruppo tecnico la valutazione se inserire nella programmazione regionale la possibilità di utilizzare gli studi medici per: attività di alfabetizzazione sanitaria/family learning e di promozione della salute, ambulatori dedicati per specifiche patologie/diagnostica di primo livello e percorsi di ricognizione e riconciliazione terapeutica, attività di prevenzione primaria e secondaria.

Art. 42 – Modalità di contattabilità del medico RUAP con attività a ciclo di scelta

1. Il medico RUAP a ciclo di scelta deve dotarsi di un sistema di ricezione delle chiamate al quale possa essere raggiungibile.
2. Per qualsiasi comunicazione di carattere formale da parte del medico e, viceversa, da parte dell'Azienda USL, deve essere utilizzato o l'indirizzo di posta elettronica con dominio di Progetto SOLE o altro indirizzo di posta elettronica con dominio fornito dall'AUSL. Qualora sia necessario inviare dati personali e/o sensibili, deve essere utilizzata la posta elettronica certificata (di seguito PEC).
3. Al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio, come previsto all'art. 35, co. 7 dell'ACN, il medico è contattabile indirettamente tramite il personale di studio e/o segreteria telefonica.
4. Gli orari di contattabilità comunicati alle AUSL devono essere pubblicati sui siti delle stesse. Il medico RUAP, nell'ambito della propria attività a ciclo di scelta, mette a disposizione dei propri assistiti il telefono fisso e/o mobile al quale è contattabile, direttamente negli orari di studio in fasce orarie prefissate od anche indirettamente tramite il/la segretario/a il personale di studio e/o la segreteria telefonica. Tali modalità devono essere comunicate anticipatamente agli assistiti in modo chiaro, affisse negli

studi e rese pubbliche. Le modalità di ricezione dei contatti durante gli orari di apertura dello studio medico sono definite dal singolo medico e possono essere filtrate dal personale di studio. La contattabilità del medico RUAP, nell'attività a ciclo di scelta, da parte dell'assistito, nell'ambito della fascia oraria diurna feriali, al di fuori dall'orario di apertura dello studio medico deve essere garantita dall'AFT secondo il proprio modello organizzativo.

5. Per garantire la continuità dell'assistenza della AFT, h12, 7/7 giorni, i medici di Équipe di AFT devono dotarsi di una Carta dei servizi in cui vengano esplicitati canali di contatto, le modalità di gestione urgenze e delle visite programmabili, sia domiciliari che ambulatoriali. Inoltre, i medici di Équipe di AFT devono dotarsi di un numero dedicato al sistema delle centrali aziendali esistenti e, a regime, con il NEA 116117 per il pronto trasferimento di chiamata e la gestione, in giornata, del paziente per le prestazioni assistenziali non differibili.

Art. 43 – Assistenza primaria nelle aree disagiate o disagiatissime

1. Nelle zone individuate dalle AUSL come disagiate o disagiatissime, le richieste dei medici RUAP di costituire un'Équipe di AFT sono valutate dalle Aziende stesse e autorizzate in rapporto a criteri di opportunità rispetto al servizio e di sostenibilità economica. Le AUSL valutano tale opportunità in ordine alla garanzia di equità di offerta e di assistenza nelle aree di cui al presente capitolo. In tali aree, le Équipe di AFT devono garantire la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico, collegamento in rete dei vari supporti con sistemi interoperabili e la condivisione delle informazioni sanitarie contenute nella scheda medesima.
2. Nelle zone disagiate o disagiatissime, inoltre, il requisito delle Équipe di AFT di avere un'unica sede è modulato in relazione alle caratteristiche dell'offerta complessiva e alla necessità di prevedere un unico sistema di contattabilità sempre accessibile per mettere in contatto gli/le utenti con il medico RUAP.
3. Per lo svolgimento dell'attività nelle zone individuate dalle AUSL come disagiate o disagiatissime il compenso aggiuntivo è il seguente:
 - I. 5 euro/assistito/anno per le zone disagiate;
 - II. 7 euro/assistito/anno per le zone disagiatissime.
4. Resta inteso che le Ausl possono tenere conto di ulteriori specificità territoriali per la formulazione di progetti a supporto della assistenza primaria in queste aree.
5. Vengono considerate zone disagiate e disagiatissime anche le sedi di riferimento per l'attività di continuità dell'assistenza negli ambiti territoriali già riconosciuti tali per l'assistenza primaria.
6. Ai medici RUAP operanti in quota oraria in questi ambiti, nel limite dello stanziamento annuale ripartito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma individuato all'art. 1, co. 274 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 e ss.mm.ii., è riconosciuto, per ogni ora di attività, in aggiunta alla quota oraria di 24,25 €, negoziata a livello nazionale e alla quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari a 0,26 € per ciascuna ora di incarico, un compenso aggiuntivo di 13,62 € per ciascuna ora di incarico svolta per le attività previste dal presente AIR.

7. Si rinvia alla trattativa locale la definizione degli incentivi da riconoscere ai medici che garantiscono il turno in tale contesto. Il riconoscimento economico non può, in ogni caso, superare quanto previsto per la copertura del turno in quella sede.
8. In sede locale, a fronte di contingenti situazioni di maggiore impegno prestazionale, l'Azienda può valutare di favorire la prossimità anche mediante il mantenimento dell'apertura di ambulatori satelliti integrati con la AFT di riferimento e servizi di telemedicina.

Art. 44 – Rapporto ottimale e carenza assistenziale

1. L'assetto organizzativo dell'assistenza primaria e l'attuazione del ruolo unico implicano l'individuazione di eventuali nuovi parametri e un eventuale diverso criterio di determinazione del rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio e abitanti residenti, da definire coerentemente con i modelli organizzativi adottati. In tale contesto possono essere indicati, 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.
2. Si prevede l'applicazione del parametro di un medico ogni 1.200 residenti o frazione di 1.200 superiore al 50%, calcolato secondo quanto previsto dall'Allegato 7 dell'ACN, con un correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5.000 residenti.
3. Si definisce che la popolazione residente da utilizzare per l'applicazione del parametro ottimale è quella di età superiore a 14 anni, mentre quella da utilizzare per il correttivo aggiuntivo è la popolazione residente totale per ogni AFT, al netto delle scelte effettuate al di fuori dell'ambito ovvero all'interno dello stesso.
4. Le Aziende USL – sulla base di una valutazione condivisa in sede di Comitato aziendale – possono determinare una diminuzione del rapporto ottimale in particolari ambiti territoriali (zone disagiate, a popolazione sparsa, con peculiari caratteristiche del territorio), o in altre particolari situazioni locali, quali:
 - I. diverso impegno professionale relativo agli assistibili appartenenti alle varie classi di età;
 - II. peculiarità geografiche del territorio e densità abitativa;
 - III. presidi sanitari pubblici operanti nel territorio;
 - IV. incidenza di patologie croniche e disabilità.
5. In ogni caso, il rapporto ottimale non può essere inferiore a 1/1.000 e la frazione che determina la zona carente deve essere superiore a 500.
6. La AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale a scelta e su base oraria, e per il calcolo per l'applicazione del rapporto ottimale.
7. Il parametro indicativo per stabilire il fabbisogno assistenziale orario settimanale, per ciascuna AFT, ai fini di assicurare la continuità dell'assistenza, comprensiva della contattabilità, di norma, è pari a 108 ore/sett. (notturne, sabato e festivi) più 60 ore/sett. diurni feriali. Tale fabbisogno contribuisce alla copertura oraria all'interno del modello organizzativo delineato dall'art. 38 del presente AIR.

Art. 45 – Modalità per la determinazione delle carenze assistenziali

1. A far data dalla istituzione delle AFT, l'ambito per la determinazione degli incarichi vacanti di norma coincide con l'AFT e l'articolazione organizzativa delle Aziende USL può prevedere che alcuni servizi di assistenza primaria abbiano un'afferenza sovra-AFT e/o sovra-distrettuale.
2. Al fine di uniformare l'applicazione delle disposizioni di carattere convenzionale per la determinazione degli incarichi vacanti in tutto il territorio regionale, si precisano le seguenti fasi:
 - I. Le AUSL calcolano le carenze per i medici RUAP a ciclo di scelta, a livello di AFT, come segue:
 - popolazione residente di età superiore ai 14 anni;
 - detratti il numero dei residenti che hanno scelto medico in altra AFT;
 - aggiunto il numero dei residenti di altre AFT che hanno scelto medico nella AFT.

Il risultato viene diviso per 1.200 e il valore così ottenuto è confrontato con medici titolari di incarico a tempo indeterminato e temporaneo attivi nella AFT;

- II. le AUSL calcolano le carenze per i medici RUAP a rapporto orario, a livello di AFT, come segue:
 - il numero dei residenti nella AFT viene diviso per 5.000 e il valore così ottenuto confrontato con medici titolari di incarico a tempo indeterminato e temporaneo attivi nella AFT.

La somma dei risultati di cui ai punti I) e II) fornisce la carenza assistenziale nella AFT;

- III. le AUSL deliberano o determinano con atto formale la carenza assistenziale;
- IV. ai sensi dell'art. 32, co. 8 dell'ACN, le AUSL interpellano, per il passaggio a ruolo unico i seguenti medici:
 - titolari di doppio incarico compatibile di medico RUAP a ciclo di scelta e a rapporto orario su ambiti di Aziende USL diverse (art. 31, co. 3 dell'ACN). La domanda è presentata all'AUSL dove il medico svolge attività a ciclo di scelta;
 - medici già titolari di incarico a tempo indeterminato o temporaneo a ciclo di scelta per il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario;
 - medici già titolari di incarico a tempo indeterminato o temporaneo RUAP a rapporto orario (24 ore), per il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nella AFT (art. 32, co. 8 dell'ACN);
- V. mobilità intraaziendale dei medici già titolari di incarico RUAP (art. 32, co. 9 dell'ACN). Tale mobilità coincide con quella fra AFT. Il medico che partecipa alla mobilità intraaziendale qualora risulti assegnatario di incarico tramite tale procedura passa a ruolo unico. I medici aspiranti alla mobilità devono essere titolari di incarico da almeno 2 anni nella Azienda USL stessa, con priorità dell'assegnazione ai medici con maggiore anzianità di incarico, all'atto della presentazione della domanda. La richiesta di mobilità intraaziendale formalmente presentata da parte del medico è irrevocabile. Si precisa che anche i medici ai quali è stato conferito un incarico con prescrizione di zona

- ai sensi dell'art. 34, co. 2 dell'ACN, possono concorrere alla procedura di mobilità intraziendale in una AFT diversa ai sensi dell'art. 32, co. 9 dell'ACN, se titolari da almeno due anni di incarico;
- VI. raccolta delle domande pervenute e graduatoria degli aventi diritto di ciascuna delle tipologie di cui al punto IV) e al punto V) nel rispetto dell'ordine di cui al punto IV) e al punto V), e assegnazione degli incarichi del ruolo unico;
 - VII. le AUSL rivalutano la carenza assistenziale all'esito della procedura di cui ai punti precedenti, con informazione nei Comitati aziendali;
le AUSL deliberano o determinano formalmente gli incarichi vacanti risultanti dalla procedura;
 - VIII. le AUSL comunicano formalmente gli incarichi vacanti nei tempi definiti dalla Regione, e contemporaneo caricamento degli stessi sull'apposito portale GRU;
 - IX. pubblicazione degli incarichi vacanti del ruolo unico sul BUR.
3. La carenza assistenziale deve essere rivalutata al netto delle domande di mobilità e di pensionamento (irrevocabili) ricevute. In merito alla previsione di cessazioni per pensionamento, oltre al calcolo derivante dall'applicazione del raggiungimento del 70esimo anno di età che avvengono nel corso del 2025, le AUSL devono tenere in considerazione la volontà, da parte dei medici, di anticipare la risoluzione del rapporto convenzionale prima del compimento del 70esimo anno di età solo qualora la richiesta sia sostenuta da atti formali da parte dei medici.
 4. I medici iscritti al corso di formazione specifica di medicina generale già titolari di incarico temporaneo ai sensi dell'art. 9, co 1 del D.L. n. 135/2018, convertito con modificazioni in L. n. 12/2019, e ss.mm.ii. possono – volontariamente – optare per il passaggio al ruolo unico prima della conclusione del corso.
 5. L'opzione per il passaggio a ruolo unico è irreversibile. Il passaggio a ruolo unico è riproposto ogniqualvolta l'Azienda USL pubblica gli incarichi vacanti del ruolo unico in oggetto. Ne consegue che, per i medici a ciclo di scelta o a quota oraria, la mancata adesione agli interpelli per il passaggio al ruolo unico dell'assistenza primaria, precedentemente inviati dalle AUSL, non comporta l'impossibilità di aderire agli interpelli successivi.
 6. Per la rimozione del vincolo di zona con mantenimento dello studio nella stessa AFT è necessario seguire la procedura prevista dall'art. 34, co. 3 dell'ACN.
 7. Successivamente alla conclusione delle procedure di assegnazione degli incarichi vacanti pubblicati entro il mese di marzo di ogni anno, la Regione valuta di procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi.

Art. 46 – Massimale e relative limitazioni

1. Il massimale di scelte pari a 1.500 assistiti può essere innalzato nella misura massima del 20% con le scelte riguardanti:
 - a) Il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito, già in carico al medico del ruolo unico di assistenza primaria (art. 39, co. 4 dell'ACN);
 - b) i parenti di primo e secondo grado;

- c) scelte in deroga territoriale in Comuni limitrofi di Aziende/Regioni diverse da quella di appartenenza (art. 39, co. 5 dell'ACN);
 - d) cittadini non residenti (art. 39, co. 6 dell'ACN);
 - e) cittadini extracomunitari (art. 39, co. 7 dell'ACN);
 - f) scelte dei minori nella fascia di età 0-6 anni in caso di carenza di assistenza pediatrica (art. 38, c. 3, ACN).
2. Si prevede la possibilità di innalzare il massimale di assistiti di cui all'art. 38, comma 1 fino a ad un massimo di 1.800 nei seguenti casi:
- a) per i medici che operano nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria (UCCP), con personale di segreteria e infermieri ed eventualmente altro personale sanitario;
 - b) per i medici che operano con personale di segreteria e infermieri ed eventualmente altro personale sanitario;
 - c) per i medici che operano in aree disagiate individuate dalla Regione nelle quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza;
 - d) ove l'AUSL, verificata l'effettiva carenza di medici di assistenza primaria nella AFT, e dopo aver interpellato i medici in graduatoria per l'assegnazione di incarichi a tempo determinato, non sia in grado di garantire l'assistenza a tutti cittadini afferenti alla AFT.
3. Nei casi indicati all'articolo 16 del presente accordo, i medici RUAP già autolimitati ai sensi dei previgenti AA.CC.NN. possono richiedere che non sia applicato al massimale autolimitato il 20% delle scelte di cui all'art. 38, co. 3 dell'ACN.

Art. 47 – Massimali dei medici corsisti incaricati temporanei

1. In attuazione dell'art. 38, co. 9 dell'ACN, per i medici corsisti incaricati temporanei si prevedono i seguenti massimali di scelta:
- a) per i medici iscritti al primo anno di corso di formazione specifica in medicina generale il massimale è fissato in 1.000 assistiti, facoltativamente estendibile, su base volontaria, a 1.200 assistiti;
 - b) per i medici iscritti al secondo e al terzo anno di corso di formazione specifica in medicina generale il massimale è fissato in 1.200 assistiti estendibile, su base volontaria, in 1.500 assistiti.
2. Per i medici in CFSMG, appartenenti a qualsiasi triennio, l'attività lavorativa espletata in ambito convenzionale è riconosciuta a tutti gli effetti quale attività pratica del corso stesso, fino al completamento del computo orario mensile previsto dal corso, nonché come previsto dalla L. 19 maggio 2022, n. 52.
3. Alla luce dei massimali sopra previsti, in deroga al vigente ACN, l'incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria è modulato come di seguito indicato:
- I. dal conferimento dell'incarico fino a 650 assistiti, 24 ore;
 - II. da 651 a 1.000 assistiti, 12 ore;
 - III. da 1.001 a 1.200 assistiti, 6 ore;
 - IV. da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore su base volontaria.

4. L'AUSL è tenuta all'adeguamento dell'attività entro i 3 mesi successivi al raggiungimento del limite numerico di assistiti di ciascuna fascia.
5. Al fine di evitare un sovraccarico al medico neo convenzionato che acquisisce un numero di scelte di assistiti elevato in breve tempo, si ritiene che l'assegnazione delle attività orarie possa avvenire entro un mese dal conferimento dall'incarico.
6. Si ribadisce la volontà di individuazione di modalità organizzative maggiormente flessibili riguardo le attività teoriche del corso assicurando la possibilità di partecipazione alla didattica teorica anche mediante strumenti telematici, in modo da massimizzare la possibilità di partecipazione attiva dei discenti che svolgono attività lavorativa anche dalle aree più periferiche del territorio regionale.
7. Si esprime inoltre la volontà di garantire il tutoraggio ai medici corsisti incaricati in attività di assistenza primaria, da parte dei medici di assistenza primaria senior.
8. Si demanda l'individuazione delle modalità organizzative di quanto specificato nei commi precedenti al Consiglio Didattico Regionale.

Art. 48 – Incarichi a tempo determinato e temporanei del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario dei medici corsisti

1. Per gli incarichi conferiti ai medici corsisti:
 - a) a tempo determinato del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario ai sensi dell'art. 37 ai sensi dell'ACN 2024;
 - b) temporanei del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario ai sensi dell'art. 34, co. 18 dell'ACN 2022, che non hanno optato per il ruolo unico, si prevedono i seguenti massimali orari:
 - I. per i medici iscritti al primo anno di corso conferimento di incarichi pari a 12 o 24 ore/settimana;
 - II. per i medici iscritti al secondo e al terzo anno di corso conferimento di incarichi fino a 38 ore/settimana.

Art. 49 – Incarichi a tempo determinato

1. Qualora in un ambito territoriale permanga una carenza assistenziale dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte o le ore disponibili, in attesa del conferimento di incarichi a ruolo unico di assistenza primaria, l'Azienda può conferire incarichi a tempo determinato per l'attività a ciclo di scelta e/o per l'attività oraria. L'incarico a tempo determinato, da conferirsi secondo quanto previsto all'art. 37 dell'ACN, ha durata fino a dodici mesi, cessa alla data di scadenza o di inserimento del medico titolare.
2. Al momento dell'iscrizione del nuovo medico RUAP titolare di incarico a tempo indeterminato negli elenchi dei medici scegliibili, l'AUSL informa gli assistiti in merito alla necessità di effettuare la scelta nei confronti del nuovo medico o di altro medico disponibile.

Art. 50 – Incarichi a tempo determinato del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria e a ciclo di scelta

1. Per gli incarichi a tempo determinato conferiti ai medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività oraria in CFSMG si prevedono i seguenti massimali orari:
 - a) per i medici iscritti al primo anno di corso conferimento di incarichi pari a 12 o 24 ore/settimana;
 - b) per i medici iscritti al secondo e al terzo anno di corso conferimento di incarichi fino a 38 ore/settimana.
2. Per gli incarichi a tempo determinato conferiti ai medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività in ciclo di scelta in CFSMG si prevedono i seguenti massimali di scelta:
 - a) per i medici iscritti al primo anno di corso di formazione specifica in medicina generale il massimale è fissato in 1.000 assistiti, facoltativamente estendibile, su base volontaria, a 1.200 assistiti;
 - b) per i medici iscritti al secondo e al terzo anno di corso di formazione specifica in medicina generale il massimale è fissato in 1.200 assistiti estendibile, su base volontaria, fino a 1500 assistiti.
3. Al fine di incentivare l'accettazione di incarichi a tempo determinato di assistenza primaria, la Regione assicura per i medici incaricati a tempo determinato del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta la medesima applicazione degli istituti economici già previsti per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato a seguito della definizione di progetti innovativi e sperimentali con specifici obiettivi correlati.
4. Per gli incaricati a tempo determinato di assistenza primaria, l'Azienda può concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso nell'ambito territoriale di incarico, fatto salvo la disponibilità delle proprie strutture o di eventuali accordi con gli enti locali (EE.LL.).
5. Le AUSL si impegnano inoltre a riconoscere ai medici incaricati a tempo determinato l'adesione alle Équipe di AFT anche qualora il medico titolare cessato non abbia fatto parte di nessuna forma associativa. Allo stesso modo, le AUSL si impegnano a riconoscere ai medici incaricati a tempo determinato le indennità di personale infermieristico e amministrativo anche se il medico cessato non avesse avuto personale di supporto.
6. In caso di trasformazione di un incarico da tempo determinato a tempo indeterminato in capo al medesimo medico, le scelte, sentito il Comitato aziendale, sono mantenute per tacito assenso previa informazione alle stesse della possibilità di effettuare una nuova scelta, a salvaguardia del loro diritto alla scelta.

Art. 51 – Scelte in deroga territoriale

1. Il medico, previa sua accettazione, può essere scelto da assistiti residenti/domiciliati in Comuni di altra AFT. La scelta in deroga territoriale in Comuni limitrofi di altre Aziende/Regioni di cui all'articolo 39, comma 5 dell'ACN può essere autorizzata dalla Azienda Sanitaria qualora sia comprovata una delle seguenti condizioni personali:

- a) abitazione in area territoriale identificata dalla Regione (anche confinante) come disagiatissima, ove l'ambulatorio del medico risulti significativamente il più accessibile per distanza/viabilità;
 - b) perdurante necessità di trasferimento quotidiano (per necessità personali/lavorative) presso un Comune dell'AFT in cui opera il medico, quando questa pregiudichi per l'intero arco della giornata l'accesso alla continuità dell'assistenza presso l'AFT di riferimento;
 - c) per prosecuzione del rapporto fiduciario del medico in caso di trasferimento della residenza dell'assistito che sia affetto da patologie croniche e invalidanti valutate dal competente servizio aziendale.
- 2. L'Azienda USL provvede all'iscrizione temporanea previo riscontro della documentazione, prodotta dal cittadino di altra Regione, dell'avvenuta cancellazione dall'elenco del medico dell'Azienda USL di provenienza. La scelta è prorogabile, su richiesta dell'interessato, qualora permangano le suddette motivazioni.
 - 3. In caso di trasferimento in Comune limitrofo di altra Azienda USL/Regione l'assistito è cancellato dall'elenco del medico di provenienza.
 - 4. Gli Accordi Attuativi Aziendali possono ulteriormente definire la procedura di applicazione del presente articolo.

CAPO II – TRATTAMENTO ECONOMICO

Art. 52 – Trattamento economico del medico RUAP, indicatori di risultato, costituzione e attribuzione dei Fondi

- 1. L'Accordo Collettivo Nazionale vigente prevede che la remunerazione complessiva del medico del ruolo unico di assistenza primaria sia costituita, oltre che dalla quota capitaria (v. articolo 47, lettera A), dalla quota per servizi (lettera C) e dalla quota per ulteriori attività e prestazioni (lettera E), da due ulteriori fondi per i quali occorre prevedere, nell'ambito dell'AIR, le modalità di attribuzione ai singoli medici. In particolare, il fondo per la presa in carico delle patologie croniche (lettera B) e il fondo regionale per i fattori produttivi (lettera D).

Art. 53 – Fondo aziendale per la presa in carico delle patologie croniche

- 1. Il fondo è costituito dalle quote previste dall'art. 47, lett. B dell'ACN, per complessivi 7,65 € per assistito. In particolare:
 - I. quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari a 3,08 € per assistito, incrementata di 1,66 € per assistito con decorrenza dal 1° ottobre 2022 e, a partire dal 1° gennaio 2021, di ulteriori 1,90 € per assistito;
 - II. quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010 quale incremento contrattuale, pari a 0,81 € per assistito. Tali risorse sono per ciascun anno preventivamente decurtate delle risorse necessarie al

- finanziamento per la remunerazione del referente di AFT e UCCP, qualora quest'ultimo sia individuato tra i medici RUAP (art. 10, co. 4 e art. 30, co. 6 dell'ACN);
- III. quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari a 0,20 €;
- IV. il fondo è ulteriormente incrementato da risparmi e residui economici annuali derivanti da residuo fondo dei fattori produttivi (art. 47, lett. D, punto VIII dell'ACN);
2. Ai sensi dell'ACN, a ogni AFT è assegnata una quota di fondo alla quale ogni AFT può accedere a fronte del raggiungimento di tutti i risultati (c.d. "quota potenziale"). La quota potenziale è assegnata annualmente alle AFT in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico. Al riparto di tale fondo accedono i medici RUAP per la parte di attività ciclo di scelta.
3. Per il riconoscimento delle risorse e dei risultati, si concorda di prevedere indicatori, e relativi obiettivi, che valorizzino il coordinamento dell'attività dei professionisti partecipanti alla singola AFT, unitamente a uno strumento di monitoraggio a livello regionale. Tale sistema di monitoraggio deve anche prevedere la predisposizione di una reportistica nominativa periodica destinata ai Referenti di AFT con il posizionamento dei singoli professionisti rispetto al raggiungimento dei target di cui alla sottostante Tabella A. Resta inteso che le Ausl, nell'ambito della rispettiva contrattazione decentrata possono prevedere ulteriori forme di riconoscimento finalizzate al supporto di specifiche progettualità di interesse locale.
4. La valutazione dei risultati raggiunti da ogni AFT e dai singoli medici secondo la gradualità definita successivamente al comma 8, e il conseguente riconoscimento economico (c.d. "quota effettiva"), avviene annualmente, entro il mese di giugno, nell'anno successivo a quello di analisi, previo confronto con il Comitato regionale, sulla base di quanto previsto dallo strumento regionale di monitoraggio. È demandata agli accordi attuativi locali la definizione delle modalità di riparto della quota effettiva tra i medici aderenti alle AFT e dei risparmi derivanti dalle quote non assegnate alle AFT, valorizzando il contributo individuale secondo la performance del singolo medico.
5. In coerenza con quanto previsto dagli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (art. 4 dell'ACN), le aree all'interno delle quali devono essere promosse attività e progettualità finalizzate alla promozione del governo clinico sono:
- a) accessi al pronto soccorso;
 - b) adesione alle campagne vaccinali;
 - c) adesione agli screening;
 - d) miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (con particolare attenzione a diabete mellito, BPCO, scompenso, cardiopatia ischemica, insufficienza renale cronica ed altre eventualmente ritenute di interesse per la rilevanza epidemiologica o per la programmazione regionale);
 - e) appropriatezza prescrittiva farmacologica e specialistica.
6. Fermo restando l'impianto complessivo della gestione del fondo, le parti concordano di rivedere con cadenza annuale, ed eventualmente rinegoziare nell'ambito del Tavolo Trattante regionale, gli indicatori e i relativi target, in un'ottica di progressivo miglioramento della presa in carico della popolazione.

7. Le AFT che raggiungono almeno 75 punti su 100 accedono automaticamente ai 100 punti.
8. Tenuto conto della innovazione rappresentata dal fondo della cronicità ed in un'ottica di progressività, le parti concordano di implementare le modalità di assegnazione delle risorse rispetto al raggiungimento degli obiettivi con le seguenti tempistiche:
 - **Anno 2026:**
 - a. assegnazione del 100% della quota potenziale del fondo in funzione dei risultati raggiunti individualmente dal singolo RUAP a ciclo di scelta rispetto agli obiettivi previsti;
 - **Anno 2027:**
 - a. assegnazione del 75% della quota potenziale del fondo funzione dei risultati raggiunti individualmente dal singolo RUAP a ciclo di scelta rispetto agli obiettivi previsti per l'AFT di appartenenza;
 - b. assegnazione del 25% del fondo in funzione del raggiungimento dei risultati da parte della AFT di appartenenza;
 - **Anno 2028:**
 - a. assegnazione del 50% della quota potenziale del fondo funzione dei risultati raggiunti individualmente dal singolo RUAP a ciclo di scelta rispetto agli obiettivi previsti per l'AFT di appartenenza;
 - b. assegnazione del 50% del fondo in funzione del raggiungimento dei risultati da parte della AFT di appartenenza;
 - **Anno 2029:**
 - a. assegnazione del 100% del fondo in funzione del raggiungimento dei risultati da parte della AFT di appartenenza.
9. Le parti concordano che il compenso viene corrisposto:
 - I. quota in acconto 4 euro/anno per assistito in ragione mensile;
 - II. quota a saldo proporzionalmente al grado di raggiungimento degli obiettivi con congruaggio, positivo o negativo, da erogarsi in un'unica soluzione, entro il 30 giugno di ciascun anno.
10. Le risorse che, per effetto del parziale o mancato raggiungimento dei target da parte delle AFT si rendono disponibili, sono attribuite, in accordo con il Comitato aziendale, alle AFT che hanno raggiunto i risultati migliori in una logica di progressiva premialità. Nel corso del periodo di transizione, le parti si riservano di valutare, sentito il Comitato regionale, l'introduzione di tetti alla attribuzione delle quote residue.
11. Le parti concordano che la "quota potenziale" di fondo è attribuita alle AFT secondo i seguenti criteri:
 - a) 50% in base al numero di assistiti/residenti al 1° gennaio di ogni anno;
 - b) 50% in base al numero di assistiti/residenti di età superiore a 75 anni al 1° gennaio di ogni anno.
12. Qualora, a fronte del miglioramento dei sistemi informativi, si rendano disponibili dati più attendibili sulla gravosità delle patologie croniche, le parti si riservano di modificare i criteri di riparto di cui al precedente comma 11.

13. Di seguito gli indicatori, che a partire dall'anno 2026 (Tabella A), sono utilizzati sia per rilevare l'attività del singolo medico sia, a partire dall'anno 2027 (Tabelle B e C), diventano rilevabili anche per l'attività delle AFT, consentendo l'accesso alla quota potenziale del fondo in proporzione rispetto al punteggio complessivo raggiunto dal singolo medico e dalla singola AFT in base alla gradualità temporale di cui al precedente comma 8.

Tabella A - Indicatori anno 2026

Indicatore	Target	Punteggio
1. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT con ricovero con diagnosi di scompenso cardiaco con adeguata copertura con farmaci con azione bloccante dei recettori β -adrenergici nell'anno successivo al ricovero indice	<40	0
	40% - 49%	3
	50% - 59%	5
	60% - 69%	8
	$\geq 70\%$	10
2. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT affetti da patologia diabetica che abbiano effettuato adeguato numero di esami ematici per il dosaggio dell'emoglobina glicata nell'anno di osservazione (≥ 1 misurazione)	<40%	0
	40% - 49%	3
	50% - 59%	5
	60% - 69%	8
	$\geq 70\%$	10
3. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva con adeguata copertura con farmaci con azione broncodilatatrice a lunga durata d'azione nell'anno di osservazione	<11%	0
	11% - 14%	3
	15% - 16%	5
	17% - 19%	8
	$\geq 20\%$	10
4. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT affetti da malattia renale cronica (E023; E061) che abbiano eseguito adeguati esami laboratoristici nell'anno di osservazione (1 creatininemia 1 microalbuminuria/proteinuria) media dei due punteggi	Creatininemia	
	<75%	
	75% - 80%	0
	80% - 85%	3
	85% - 90%	5
	>90%	8
	Proteinuria/Albuminuria	10
	<35%	
	35 - 44%	
	45% - 54%	
5. Proporzione percentuale di assistiti dell'AFT eleggibili per età con screening colon retto eseguito.	<30%	0
	30% - 40%	3
	40% - 50%	5
	50% - 54%	8
	>55%	10
6. Prese in carico over 65 in Assistenza Domiciliare AFT secondo i target assegnati alle Aziende	8 - 10%	5
	>10% over 65	10

14. Per la valutazione dell'obiettivo n. 5 di cui alla Tabella A, le AUSL si impegnano a mettere a disposizione di ciascun medico gli strumenti per l'attivazione dei percorsi di screening.

Tabella B - Indicatore osservazionale soltanto nell'anno 2026

Indicatore	Target	Punteggio
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 1.000 assistiti) per ricoveri potenzialmente evitabili - diabete, BPCO e scompenso cardiaco, media dei tre punteggi	Diabete	0
	>1	3
	0,9-0,8	5

Indicatore	Target	Punteggio
	0,7-0,6	8
	0,5-0,3	10
	0,2-0,1	
	BPCO	
	>0,8	
	0,8-0,7	
	0,6-0,5	
	0,4-0,3	
	0,2-0,1	
	Scompenso	
	>2,2	
	2,2-2,1	
	2-1,8	
	1,7-1,6	
	1,5-1,3	

Tabella C – Indicatori osservazionali

Indicatore	Target	Punteggio
1. Proporzione percentuale di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA), tra gli assistiti in carico all'AFT		
2. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT affetti da malattia renale cronica (E023; E061) che abbiano eseguito nell'anno di osservazione (1 emocromo)	Emocromo	
3. Proporzione percentuale di assistiti dell'AFT eleggibili per età con vaccinazione antinfluenzale eseguita		
4. Proporzione percentuale di assistiti dall'AFT di età superiore a 65 anni con almeno una prescrizione di farmaci potenzialmente inappropriati		
5. Tasso standardizzato di accesso al PS generale per codici non urgente/urgente differibile con accesso tra le 8:00 e le 20:00 nei giorni feriali e dimessi al domicilio con codice non urgente/urgente differibile. NO FAST TRACK; NO PS SPECIALISTICI		

Art. 54 – Fondo aziendale per lo sviluppo delle Case della Comunità

1. I medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta o su base oraria di cui all'art. 31 dell'ACN, che si rendono disponibili a garantire almeno 4 ore settimanali in attività diurna feriale nelle Case della Comunità, sono tenuti a comunicare tale disponibilità all'Azienda con cadenza annuale. Tale disponibilità è modificabile con un preavviso di almeno 60 giorni. Si concorda che tali medici, in aggiunta al compenso orario di cui al seguente art. 60, sono rispettivamente remunerati con una quota di 1,32 euro/assistito e 0,36 euro per ciascuna ora di incarico (art. 47, co. 2, lett. B, punto IV) e co. 3, lett. D dell'ACN). Eventuali risorse non utilizzate confluiscono in un fondo destinato alla remunerazione di progettualità di AFT, da concordare a livello aziendale, promuovendo prioritariamente la partecipazione delle Équipe di AFT all'attività ambulatoriale rivolta a tutta la popolazione.

Art. 55 – Fondo aziendale per i fattori produttivi

1. Ai sensi dell'art. 47, lett. D dell'ACN, alla istituzione delle AFT le indennità e gli incentivi per lo sviluppo strutturale e organizzativo dell'attività dei medici a ciclo di scelta – ossia indennità di gruppo, indennità di rete, indennità per la funzione informativo-informatica, per l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario – costituiscono il fondo aziendale dei fattori produttivi. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda USL.
2. A fronte della cessazione di attività dei medici titolari degli incentivi e indennità oppure della mancata assicurazione degli standard strutturali, strumentali e organizzativi da parte dei medici ancora in attività, le risorse derivanti confluiscono nel fondo dei fattori produttivi e vengono utilizzate a favore dei medici delle AFT per garantire: il supporto alla informatizzazione, l'eventuale impiego di personale di studio e infermieristico e i modelli organizzativi.
3. Alla luce di quanto sopra, tenuto conto degli indirizzi del presente accordo, le AUSL, devono costituire il fondo dei fattori produttivi con riferimento alle risorse storicizzate al 30/09/2026. Per effetto di quanto previsto dal medesimo articolo, dalla data del 1° ottobre 2026, cessa la possibilità di nuove affiliazioni di medici alle precedenti forme associative precedenti, ferma restando la possibilità per tutti i medici RUAP di costituire e aderire alle Équipe di AFT.
4. Nel fondo confluiscono, anche esse storicizzate al 30/09/2026, le risorse presenti nell'ambito di accordi regionali già in essere quali:
 - I. risorse di cui alla DGR n. 1398/2006 (AIR 2006), così costituito:
 - a) 1 €/assistito per adesione alla logica di NCP;
 - b) 0,30 €/assistito per disponibilità all'allacciamento alla rete informatica;
 - c) 1 €/assistito per ogni ora aggiuntiva oltre la settima ora per l'ulteriore estensione della fascia oraria giornaliera di accesso ambulatoriale per 5 gg./settimana;
 - d) 5 €/assistito per l'allacciamento alla rete SOLE;
 - e) compensi orari per coordinatore di NCP e referente distrettuale (Allegato 4 – AIR 2006);
 - f) riconoscimento aggiuntivo per assistenza domiciliare e prestazioni aggiuntive.
 - II. risorse di cui alla DGR n. 1240/2022 (Verbale di intesa per la definizione di misure eccezionali e temporanee per la garanzia dell'erogazione dell'assistenza primaria), così costituito:
 - a) 3 €/assistito aggiuntivi per l'indennità di collaboratore di studio infermieristico;
 - b) 2,28 €/assistito aggiuntivi per l'indennità di collaboratore di studio
 - c) 8 €/assistito per i MMG con oltre 1.500 assistiti.
5. Le parti concordano che le risorse derivanti dalla applicazione degli istituti economici già previsti per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato ai medici con incarico determinato continuano a essere corrisposte ai medesimi professionisti a fronte della definizione di obiettivi collegati all'incarico.

6. Ai sensi dell'art. 47, lett. D dell'ACN, le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che, al 31 dicembre 2025:
 - I. aderiscono ad una forma associativa di gruppo, rete e/o;
 - II. usufruiscono di un collaboratore infermieristico e/o di studio;
 - III. percepiscono le indennità per la funzione informatica.
7. Tali risorse vengono riconosciute a condizione che i medici assicurino i medesimi standard previsti per le forme associative e per l'utilizzo di personale di studio, nonché l'utilizzo dello strumento informatico.
8. Il fondo così costituito viene comunicato annualmente alle AUSL e rappresenta per le medesime un vincolo di spesa.
9. Nelle more della piena attivazione di quanto previsto dal comma 3, rimangono invariate le modalità di attribuzione dei compensi a tutti i medici RUAP.
10. Ogni anno il Comitato aziendale verifica il rendiconto consuntivo dell'utilizzo del fondo aziendale dei fattori produttivi dell'anno precedente e destina l'eventuale residuo all'incremento del fondo aziendale per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico di cui al comma 2, lettera B, per l'anno successivo, come previsto dall'art. 47, lettera D, punto VIII dell'ACN.
11. Ogni anno il Comitato Regionale acquisisce e verifica il rendiconto consuntivo dell'utilizzo del fondo di tutte le AUSL.

Art. 56 – Modalità di attribuzione del fondo aziendale

1. Il fondo costituito ai sensi del precedente art. 54 viene utilizzato prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici RUAP che garantiscono i medesimi standard.
2. Le restanti risorse, nei limiti della capienza del fondo aziendale per i fattori produttivi definito come al comma precedente, vengono destinate, in ordine di priorità a:
 - a) riconoscimento economico dei medici che aderiscono alle "Équipe di AFT";
 - b) supporto informatico (PS, SIAP);
 - c) fondo per appropriatezza organizzativa.

Art. 57 – Fondo per il riconoscimento economico dei medici RUAP che aderiscono alle Équipe di AFT

1. Il fondo per il riconoscimento economico dei medici RUAP che aderiscono alle Équipe di AFT si compone delle seguenti quote:
 - a) 11 € per assistito per l'adesione all'Équipe di AFT di cui al presente accordo; la quota è incrementabile a 13 € per le équipe che optano per le 12 ore di accessibilità quotidiana;
 - b) collaboratore di studio (per ogni medico):
 - i. 5,78 € per assistito per almeno 10 ore settimanali;
 - ii. 7,20 € per almeno 15 ore settimanali;

- c) Collaboratore di studio infermieristico (per ogni medico)
 - i. 7 € per almeno 6 ore settimanali;
 - ii. 8,5 € per almeno 9 ore settimanali.
- 2. Il riconoscimento di tali indennità è finalizzato al maggiore impegno del personale:
 - a) nei percorsi aziendali di presa in carico del paziente cronico;
 - b) alla garanzia della contattabilità telefonica nell'ambito della rete dei servizi aziendali, ivi incluso il NUE 116117;
 - c) al raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza di cui all'articolo 4, comma 1, lettera D dell'ACN.
- 3. Allo scopo di garantire alle Équipe di AFT il riconoscimento di indennità congrue con la specifica organizzazione si prevede la possibilità di un correttivo per il numero di ore di cui ai punti B. e C. pari a 0,8. Per l'ulteriore rafforzamento di quanto previsto ai commi precedenti, resta ferma, sulla base di accordi attuativi locali, la possibilità di prevedere, per le Équipe di AFT rispetto a specifiche progettualità, aumenti della disponibilità oraria dei collaboratori con relativa rimodulazione dell'indennità.
- 4. Per i medici del ruolo unico di assistenza primarie che non richiedono l'ingresso nelle Équipe di AFT oppure già parte di una medicina di gruppo/rete al momento dell'entrata in vigore del presente accordo sono previste le seguenti indennità:
 - a) Collaboratore di studio (per ogni medico):
 - i. 3,5 € per assistito per almeno 10 ore settimanali;
 - ii. 5,78 € per almeno 15 ore settimanali;
 - b) Collaboratore di studio infermieristico (per ogni medico)
 - i. 4 € per almeno 6 ore settimanali;
 - ii. 7€ per almeno 9 ore settimanali.
- 5. Le indennità per l'adesione alla Équipe di AFT non sono cumulabili con le indennità di adesione alle forme associative di cui all'ACN 2005.
- 6. L'indennità è riconosciuta ai RUAP che si avvalgono di collaboratori di studio e/o personale infermieristico in presenza delle seguenti condizioni:
 - a) personale assunto direttamente dal medico o fornito da altri soggetti (società di servizio, cooperative) secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali (di IV livello o superiore) e degli infermieri;
 - b) possono essere riconosciuti altri tipi di contratto, previa autorizzazione da parte dell'Azienda e purché stipulati nel rispetto della normativa vigente, con retribuzione ed attività oraria pari a quelle sopra indicate;
 - c) per l'infermiere è richiesta l'iscrizione all'Ordine delle professioni;
 - d) il medico che richiede la corresponsione delle indennità deve certificare di essere intestatario del contratto di lavoro o destinatario delle prestazioni, se il personale è fornito da società o altri soggetti.
- 7. In caso di difficoltà a reperire figure idonee, oppure in caso di necessità legata ai volumi e alla complessità assistenziale, fermo restando il mantenimento degli standard, è

possibile provvedere alla distribuzione delle ore purché ciò avvenga a favore delle ore di presenza infermieristica.

Art. 58 – Fondo per il supporto informatico

1. Con il DM 27 giugno 2025 e il DM 4 agosto 2025 sono stati definiti, rispettivamente, i contenuti informativi del profilo sanitario sintetico (di seguito PSS), previsto dal FSE 2.0, e del sistema informativo dell'assistenza primaria (di seguito SIAP).
2. Il profilo sanitario sintetico, o anche detto "patient summary", è il documento socio-sanitario informatico redatto e aggiornato da medici RUAP e pediatri di libera scelta che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta. La finalità del profilo sanitario sintetico è di favorire la continuità di cura, permettendo un rapido inquadramento dell'assistito al momento del contatto con i servizi sanitari, fermo restando il rispetto del diritto di oscuramento. La completezza di tali informazioni, comprensive delle abitudini di vita rilevanti dell'assistito e dei parametri antropometrici, consente inoltre di effettuare valutazioni di stratificazione di popolazione che si possono connettere a tutti gli strumenti di sorveglianza epidemiologica (es. passi, HBSC, okkio alla salute).
3. Il sistema informativo dell'assistenza primaria raccoglie invece le informazioni relative alle attività e alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, comprese quelle erogate nell'ambito della continuità assistenziale e dell'assistenza ai turisti, con la finalità di consentire il monitoraggio e la programmazione delle attività e delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, nonché consentire il monitoraggio dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.
4. Per supportare l'adempimento a quanto previsto dall'articolo 6 del vigente ACN e, in particolar modo, la corretta e completa compilazione del profilo sanitario sintetico (DM 7 settembre 2023, art. 4, co. 1) e l'alimentazione del sistema informativo dell'assistenza primaria (DM 4 agosto 2025, art. 3, co. 4) le parti concordano di prevedere un compenso annuale di 1,5 € per assistito.
5. Con finalità osservazionali si concorda di attivare un monitoraggio periodico dell'alimentazione del PSS nonché del SIAP. Rispetto al PSS si concorda, in particolare, di monitorare la % di PSS indicizzati su FSE degli assistiti con almeno 1 esenzione patologia rispetto al totale degli assistiti con almeno 1 esenzione patologia.
6. In seguito al consolidamento della trasmissione del PSS, le parti concordano di rivedere, nell'ambito del Comitato regionale, l'assegnazione di tale compenso in base agli ulteriori obiettivi prioritari di politica sanitaria.

Art. 59 – Fondo per appropriatezza prescrittiva

1. A livello regionale è in corso dal 2021 un lavoro per la definizione di protocolli di appropriatezza prescrittiva per singola prestazione con indicazioni cliniche esplicite per ciascuna priorità, in cui gli applicativi di cartella clinica informatizzata orientano e supportano il prescrittore nella scelta.
2. È inoltre già in corso il continuo aggiornamento che riguarda le prestazioni specialistiche e le indicazioni cliniche condivise, sia alla luce del progressivo utilizzo del metodo da parte di un crescente numero di professionisti e sia in seguito all'analisi dei risultati raggiunti e del continuo perfezionamento delle indicazioni.

3. Il progetto nasce con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ambulatoriali, valorizzando il ruolo dei medici RUAP, rafforzando la fiducia dei cittadini nel Servizio Sanitario Regionale e garantendo, nel rispetto dell'autonomia professionale, un uso efficiente e sostenibile delle risorse sanitarie.
4. Questo sistema rappresenta un'opportunità di aggiornamento continuo, integrata nella pratica quotidiana, che aiuta a restare allineati alle evidenze scientifiche più recenti.
5. Rappresenta un valore per il sistema e per il medico riducendo il rischio di prescrizioni inappropriate che possono generare contenziosi, migliorando la relazione medico-paziente. Lo strumento infatti aiuta a spiegare al paziente perché una prestazione è utile o meno, rafforzando quindi la fiducia.
6. In fase di prescrizione di tali prestazioni è raccomandato attenersi a queste indicazioni:
 - a) selezione della condizione clinica appropriata;
 - b) tracciabilità della voce selezionata nel flusso informatico della ricetta;
 - c) descrizione del quesito diagnostico coerente con la condizione selezionata.
7. Gli applicativi di prescrizione in uso ai RUAP in fase di prescrizione della ricetta dematerializzata trasmettono al SAR (sistema di accoglienza regionale) le informazioni inerenti la condizione clinica del paziente che il medico ha selezionato, valorizzando in particolare:
 - a) codice percorso;
 - b) descrizione percorso.
8. L'informazione circa la condizione clinica del paziente viene inoltre stampata sul promemoria della ricetta di fianco alla descrizione della prestazione.
9. I criteri di appropriatezza relativi alle principali prestazioni definite in ambito di programmazione regionale, sono condivisi e approvati, anche in base alle principali evidenze scientifiche, nell'ambito del Tavolo tecnico regionale Appropriatelyzza – costituito a seguito di richiesta formale della Regione Emilia-Romagna con nota n. 0019522 del 13 gennaio 2026 - con possibilità di declinazione e implementazione a livello aziendale.
10. A fronte del rispetto di tali criteri di appropriatezza viene corrisposto ai medici RUAP un compenso pari a 4 € per assistito.
11. Le parti concordano che l'approvazione dei primi criteri di appropriatezza deve avvenire entro l'anno 2026, al fine di avviare implementazione, monitoraggio e incentivazione a partire dal 2027 come di seguito specificato. Per il 2026, il compenso viene erogato a tutti i medici RUAP a fronte della condivisione, approvazione da parte del Tavolo tecnico regionale Appropriatelyzza e implementazione nell'applicativo di cartella in coerenza alle specifiche regionali di almeno 7 percorsi. In caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo, si rinvia alla Delegazione trattante regionale la valutazione delle motivazioni della mancata condivisione del raggiungimento dell'obiettivo.
12. Negli anni successivi le parti concordano di procedere alla analisi di ulteriori percorsi, con la finalità di approvarne e implementarne altri.
13. Le parti concordano che, a partire dal 2027 e limitatamente ai percorsi condivisi ed implementati, il compenso è così corrisposto:

▪ **Anno 2027:**

- a. % prescrizioni con tipo accesso diverso da 0 e utilizzo di protocolli di appropriatezza: > 75%: 2 €/assistito;
- b. % prescrizioni con tipo accesso diverso da 0 e indicazione di appropriatezza = "altre condizioni cliniche" < 40%: 2 €/assistito.

▪ **Anno 2028:**

- a. % prescrizioni con tipo accesso diverso da 0 e utilizzo di protocolli di appropriatezza > 80 %: 2 €/assistito;
- b. % prescrizioni con tipo accesso diverso da 0 e indicazione di appropriatezza = "altre condizioni cliniche" < 30%: 2 €/assistito.

14. La Regione e le Aziende USL si impegnano a garantire l'applicazione delle normative in materia di prescrizione attraverso strumenti di controllo (ad esempio strumenti di verifiche a campione) ed istituzione di servizi adibiti al recepimento delle segnalazioni dei RUAP di inadempienza da parte dei prescrittori. Inoltre, le AUSL si impegnano a verificare annualmente il livello prescrittivo di presa in carico da parte degli specialisti, al fine di evitare un sovraccarico di compiti improprio per i RUAP.

Art. 60 – Trattamento economico del medico RUAP operante a quota oraria

1. Ai sensi dell'art. 47, co. 3 dell'ACN, al medico RUAP operante all'interno delle Case della Comunità hub e spoke, ivi compresi gli ambulatori di AFT di cui all'articolo 39, nel limite dello stanziamento annuale ripartito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma individuato all'art. 1, co. 274 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 e s.m.i., è riconosciuto, per ogni ora di attività, in aggiunta alla quota oraria di 25,10 €, negoziata a livello nazionale e alla quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari a 0,26 € per ciascuna ora di incarico, più altro ACN, più un compenso aggiuntivo di 13,62 € per ciascuna ora di incarico svolta per le attività previste dal presente AIR, dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (di seguito PNRR) e dal DM 23 maggio 2022, n. 77.
2. Il riconoscimento di tale quota aggiuntiva decorre, per ogni CdC hub e spoke, dalla data di entrata in vigore del presente AIR
3. Tale integrazione viene riconosciuta anche ai medici RUAP operanti negli ambulatori di AFT non ubicati presso le CdC hub o spoke, ma aventi caratteristiche strutturali, strumentali e organizzative assimilabili agli ambulatori AFT in esse collocati, previa richiesta del Referente di AFT da valutare in sede Aziendale tenuto conto della programmazione regionale e aziendale e ai medici operanti
4. Ai medici RUAP operanti nei CAU realizzati ai sensi della DGR n. 1206/2023 si applica il compenso orario previsto dal comma 1 a partire dal rinnovo del contratto di lavoro.
5. La quota oraria comprende anche tutte le prestazioni aggiuntive erogate ai pazienti nel corso dell'accesso all'ambulatorio di AFT e presso le Case della Comunità.
6. Analogamente, ai medici RUAP operanti all'interno degli Ospedali di Comunità, nel limite dello stanziamento annuale ripartito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma individuato all'art. 1, co. 274 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 e s.m.i., è riconosciuto per ogni ora di attività, in aggiunta alla quota oraria di 25,10 €, negoziata a livello nazionale e alla quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni

dall'ACN 8 luglio 2010, pari a 0,26 € per ciascuna ora di incarico, un compenso aggiuntivo di 34,64 € per ciascuna ora di incarico svolta per le attività previste dal presente AIR, dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (di seguito PNRR) e dal DM 23 maggio 2022, n. 77. Tale compenso aggiuntivo remunera anche la pronta disponibilità.

7. Per le richieste che prevedono la presenza del medico in struttura, al di fuori delle 4,5 ore/gg per 6/7 gg, è previsto un compenso forfettario di 60 €.
8. A livello locale le AUSL possono incrementare la tariffa di cui al precedente comma 5, se l'impegno orario contribuisce a garantire standard superiori da quelli previsti dal D.M. 77/2022 e obiettivi specifici assistenziali.
9. Il compenso per ogni ora di attività svolta per lo svolgimento delle attività territoriali programmate è pari a 24,51 € (art. 47, lett. E), co. 3, lett. A) e B) dell'ACN). L'attività professionale può essere svolta anche a domicilio del paziente o comunque in sedi diverse rispetto a quelle individuate quali svolgimento dell'incarico. In tal caso possono essere riconosciuti i rimborsi chilometrici per l'uso dell'auto propria in misura pari ad 1/5 del prezzo "ufficiale" di un litro di benzina verde per Km. Eventuali ulteriori compensi economici, derivanti da obiettivi organizzativi specifici, possono essere previsti dalle Aziende USL all'interno degli accordi integrativi aziendali.

Art. 61 – Compensi dei ruoli di Referente di AFT, Referente distrettuale, Coordinatore per l'attività oraria e Coordinatore di UCCP

1. Ai sensi dell'art. 10, co. 4 e dell'art. 30, co. 6 dell'ACN, i compensi da corrispondere al coordinatore di UCCP e al referente di AFT devono essere commisurati alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. L'onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli AIR di cui all'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II dell'ACN:
 - a) Referente AFT: 15.000 €/anno più un incentivo pari al 20%;
 - b) Referente distrettuale: maggiorazione del referente di AFT di 2000 €/anno;
 - c) Coordinatore per l'attività oraria: 6.000 €/anno;
 - d) Coordinatore UCCP: 13.000 €/anno.
2. I compensi sono erogati a titolo di acconto, a quota fissa, in ragione mensile, nella misura del 60% del totale. Il saldo, invece, è erogato in un'unica soluzione, in maniera proporzionale al raggiungimento degli obiettivi a seguito della valutazione annuale.

Art. 62 – Compensi per le attività nelle strutture residenziali accreditate

1. Nelle strutture residenziali accreditate devono essere garantite le attività di assistenza primaria da parte dei medici RUAP come previsto dall'art. 43, co. 6, lett. c) dell'ACN.
2. Per le attività di assistenza primaria nelle strutture residenziali accreditate, i medici RUAP incaricati sono retribuiti, in aggiunta a quanto previsto dall'ACN, con un compenso forfettario annuale pari a 400 € per persona assistita. Tale compenso si applica alle persone non autosufficienti definitivamente ospitate nelle strutture residenziali, relativamente ai posti contemplati dal contratto di servizio. Per le persone con gravissima disabilità acquisita (DGR 2068/2004) e per gli anziani con grave disturbo comportamentale (Classificazione A – DGR 514/2009) tale compenso è pari a 450 €/anno. Qualora gli anziani con grave disturbo comportamentale siano ospitati in Nuclei temporanei demenze, il compenso riconosciuto è pari a 500 € per persona assistita.

3. Per le ADR, si definisce un riconoscimento economico pari a 16 € per:
 - a) i soggetti definitivamente ospitati in CRA accreditate occupanti posti non convenzionati;
 - b) i soggetti definitivamente ospitati nei CSRR;
 - c) i soggetti ospitati in strutture non contrattualizzate (es. case di riposo) o in strutture accreditate contrattualizzate e in carico a medici diversi dal medico incaricato dell'attività di diagnosi e cura.
4. Qualora non fosse possibile garantire l'assistenza primaria con un medico in quota di scelta, le Ausl possono prevedere incarichi in quota oraria per le attività di cui alla presente clausola. I medici RUAP, per l'attività svolta nell'ambito del rapporto orario, sono retribuiti con una quota pari a 38 €/ora.
5. Una retribuzione separata si prevede per:
 - a) le prestazioni aggiuntive (v. Allegato 3 - Prestazioni aggiuntive del medico RUAP nelle strutture residenziali accreditate);
 - b) la certificazione annuale ai fini della classificazione degli ospiti (20 €/anno a certificazione);
 - c) la partecipazione alle attività di aggiornamento sui temi specifici concernenti l'assistenza agli anziani, nell'ambito dei programmi promossi annualmente dall'AUSL (40 € l'ora fino ad un massimo di 8 ore annue).

Art. 63 – Compenso per gli animatori di formazione

1. L'organizzazione degli eventi formativi e la adeguata gestione dell'aula corrispondono a un impegno orario di 10 ore, per ciascun evento formativo, remunerato con una quota pari a 60 euro/h (o frazione di ora). Qualora l'evento formativo sia organizzato da più animatori, tale compenso viene frazionato per il numero di animatori.
2. Le attività didattiche di cui al presente articolo non possono determinare oneri derivanti dal presente Accordo e non comportano riduzione del massimale individuale.

Art. 64 – Trattamento economico per l'assistenza domiciliare programmata e integrata

1. Nelle more della ridefinizione dei livelli di intensità assistenziale e dei requisiti di accreditamento delle cure domiciliari, si concorda i seguenti compensi al medico RUAP per accesso:
 - I. per l'assistenza domiciliare programmata (ADP) e integrata di primo livello (ADI I) 30 €;
 - II. per le AD2, AD3 (secondo e terzo livello) 35€;
 - III. per le ADR 16 €.
2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi, nel rispetto del numero di accessi programmati previsti, per ciascun livello, dalle AUSL.

Art. 65 – Compenso per il turno di reperibilità e Festività di particolare importanza

1. Si concorda di compensare il turno di reperibilità con un compenso forfettario pari a 50 euro. Tale compenso va sommato alla remunerazione del servizio nel caso di attivazione del turno effettivo.
2. Le ore di attività prestate nelle festività di particolare importanza, ossia nelle giornate e negli orari sotto indicati, sono retribuite con una maggiorazione di € 20/h rispetto al compenso orario di riferimento dell'incarico:
 - 1° gennaio ore 08,00 – 20,00;
 - 6 gennaio ore 08,00 – 20,00;
 - Pasqua ore 08,00 – 20,00; ore 20,00 – 8,00;
 - Lunedì di Pasqua ore 08,00 – 20,00;
 - 25 aprile ore 08,00 – 20,00;
 - 1° maggio ore 08,00 – 20,00;
 - 2 giugno ore 08,00 – 20,00;
 - 15 agosto ore 08,00 – 20,00;
 - 4 ottobre ore 08,00 – 20,00;
 - 1° novembre ore 08,00 – 20,00;
 - 8 dicembre ore 08,00 – 20,00;
 - 24 dicembre ore 20,00 - 08,00;
 - 25 dicembre ore 08.00 – 20.00 – ore 20.00 – 08.00;
 - 26 dicembre ore 08.00 – 20.00;
 - 31 dicembre ore 20.00 – 08.00.

CAPO III – MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

ART. 66 – Disciplina della Medicina dei Servizi Territoriali

1. Il massimale orario dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato, in caso di necessità valutata da parte dell'azienda, può essere aumentato di orario fino a un massimo di 38 ore settimanali, secondo quanto previsto dall'art. 50, co. 1 dell'ACN.
2. All'interno degli accordi aziendali sono, eventualmente, previste le modalità di partecipazione da parte dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato ai progetti assistenziali e a progetti obiettivi associati a quote variabili da determinarsi in sede di accordi aziendali, nonché l'affidamento di incarichi per specifiche responsabilità ai medici di cui al presente Capo II quanto previsto dall'art. 51, co. 6 e co. 7 e dall' art. 57, co. 3 dell'ACN.

CAPO IV – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ART. 67 – Disciplina della Emergenza Sanitaria Territoriale

1. Le parti concordano di rinviare la trattativa del presente articolo ad apposito Tavolo della Delegazione regionale. Gli accordi stipulati dal predetto Tavolo confluiscono in un addendum all'AIR e sono parte integrante e sostanziale dell'AIR stesso.

CAPO V – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Art. 68 – Attribuzione degli Incarichi dei medici di Assistenza Penitenziaria

1. Il CAPO IV dell'ACN, regolamentando l'attività svolta dai medici in rapporto di convenzionamento con il SSN operanti all'interno degli Istituti Penitenziari, successivamente al trasferimento delle funzioni sanitarie ai sensi dell'art. 2, comma 283, lettera a) della L. 24.12.2007 n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008, disciplina il rapporto di convenzionamento per l'espletamento delle attività afferenti alla medicina generale instaurato tra le Aziende USL ed i medici del servizio di assistenza penitenziaria, che assumono la denominazione di "*medici di assistenza penitenziaria*".
3. Le Aziende valutano il fabbisogno di medici e verificano la possibilità di assegnare ore disponibili ai medici con incarico a tempo indeterminato, per realizzare il completamento orario, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti sul Bollettino Ufficiale Regionale (BUR).
4. In caso di pubblicazione deve essere indicato un incarico di almeno 24 ore settimanali.
5. Viene demandata alle singole Aziende USL la modalità operativa di attivazione della procedura per il reclutamento del personale medico presso gli Istituti Penitenziari, in applicazione del quadro normativo previsto dall'applicazione dell'art. 72 dell'ACN.

Art. 69 – Massimale orario - incarichi provvisori e a tempo determinato

1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti presso una sola Azienda per 24 ore settimanali fino ad un massimo, su base volontaria, di 38 ore settimanali.
2. In attesa del conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, l'Azienda conferisce incarichi di sostituzione, a tempo determinato o provvisori di cui all'art. 74 dell'ACN.
3. Gli incarichi di cui all'art. 74 dell'ACN vengono conferiti per 24 ore settimanali, fino ad un massimo di 38 ore settimanali, su base volontaria. L'incarico a 38 ore settimanali comporta un rapporto di esclusività.
4. Le Aziende USL, in base a specifiche esigenze, o in costanza di medici con incarico temporaneo e/o medici iscritti al Corso Formazione Specifica Medicina Generale, possono conferire incarichi provvisori o a tempo determinato per 12 ore settimanali, per garantire la copertura dei turni e la disponibilità di medici per la reperibilità.

5. Le Aziende USL possono organizzare turni di 12 ore di reperibilità domiciliare notturna e festiva, diurna e notturna per garantire il servizio in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno, prevedendo un compenso forfettario omnicomprensivo pari a 50,00€/turno con calendarizzazione mensile.
6. Tale compenso è sommato alla remunerazione del servizio in caso di attivazione del turno.
7. Il medico in turno di reperibilità, in caso di chiamata, deve garantire la presenza in servizio nel minor tempo possibile dall'attivazione. A tal fine le Aziende definiscono la calendarizzazione con priorità dei medici residenti nell'ambito dell'Azienda/Distretto, fatto salvo diverse determinazioni in sede di accordi integrativi locali.
8. I turni di servizio e di reperibilità dei succitati medici incaricati devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva, fra tutti i medici incaricati, dei turni diurni, notturni e festivi sull'orario mensile.

Art. 70 – Compiti e partecipazione alle équipes assistenziali di residenzialità penitenziaria

1. I medici operanti nelle strutture penitenziarie di cui all'art. 71 dell'ACN, garantiscono le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi e cura previste dai Livelli Essenziali di Assistenza di tutta la popolazione detenuta oltre che quelle certificative e di relazione istituzionale con l'autorità giudiziaria, a cui si aggiungono i seguenti obiettivi di salute della popolazione detenuta che devono coincidere con quelli dei cittadini liberi, avendo entrambi pari dignità rispetto alla cura e alla promozione:
 - a) del benessere mirato all'assunzione di responsabilità diretta nei confronti della propria salute, in particolare all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;
 - b) di azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, attraverso progetti specifici, per patologie e target diversificati di popolazione, in rapporto all'età, al genere, e alle diverse etnie;
 - c) di azioni di prevenzione del disagio e del contrasto dei fattori di rischio al fine di ridurre gli atti di autolesionismo e il fenomeno suicidario.
2. Analogamente, l'organizzazione e il sistema dei servizi offerti devono corrispondere a quelli accessibili sul territorio, con le opportune integrazioni e adattamenti al contesto di intervento.
3. Lo staff medico del carcere è da intendersi come "équipe assistenziale di residenzialità penitenziaria", in analogia alla "équipe territoriale".
4. Tale équipe si riunisce periodicamente ed effettua l'esame delle condizioni della popolazione carceraria affidata e definisce l'organizzazione della presa in carico in relazione alle patologie presenti.
5. In particolare, l'équipe di residenzialità penitenziaria è chiamata a:
 - a) partecipare a campagne vaccinali definite da apposite circolari regionali in materia;
 - b) gestire le patologie cronico-degenerative, secondo le linee guida/PDTA aziendali;
 - c) partecipare alla gestione delle condizioni di dipendenze patologiche e delle patologie di ambito psichiatrico;

- d) gestire in modo appropriato i Piani Terapeutici AIFA;
 - e) favorire la promozione di corretti stili di vita;
 - f) utilizzare ed aggiornare la scheda sanitaria individuale del paziente utilizzando l'applicativo fornito dall'AUSL per la registrazione delle prestazioni/interventi effettuati;
 - g) contribuire ad una riduzione degli invii al Pronto Soccorso (invio appropriato);
 - h) ad un utilizzo appropriato della prescrizione di diagnostica strumentale;
 - i) utilizzo di attrezzature per attività diagnostiche di base in autonomia;
 - j) utilizzo ed implementazione della telemedicina;
 - k) fungere da Tutor per garantire attività di formazione rivolta sia a Medici provenienti da Scuole di specialità Universitarie e regolarmente frequentanti gli IIPP, sia a Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale.
6. Per le attività di cui al precedente comma 5, in considerazione della collaborazione e dell'ulteriore impegno per la piena realizzazione dei succitati ambiti, ai medici di assistenza penitenziaria operanti nella struttura carceraria, è riconosciuto un incentivo orario addizionale rispetto a quello previsto dall'art 75, co. 1 e co. 2 dell'ACN pari a 15,75 € in relazione alle attività aggiuntive definite come sopra, da sviluppare all'interno di appositi accordi integrativi locali corredati da opportuni indicatori a cui seguirà un costante monitoraggio dei risultati.
7. Si rimandano le Aziende USL alla eventuale negoziazione e stipula di accordi integrativi aziendali al fine di riconoscimenti economici ulteriori rispetto a quelli contenuti nel presente Accordo Integrativo Regionale, in merito alla differente complessità organizzativa dei relativi Istituti Penitenziari sul territorio regionale (ad esempio, presenza art. 41 bis, SAI, ecc.), nonché al differente ruolo dei medici coinvolti.

Art. 71 – Idoneità delle sedi

1. Le Aziende assicurano per l'espletamento del servizio di Medicina Penitenziaria, relativamente agli ambiti e alle funzioni di pertinenza, la sicurezza e l'idoneità delle sedi, sia per quanto attiene alla struttura che alla dotazione tecnologica, con particolare riferimento allo sviluppo della rete informatica necessaria per le integrazioni organizzative e professionali più volte richiamate e per le dovute azioni di monitoraggio

Art. 72 – Formazione per i medici operanti all'interno delle strutture carcerarie

1. La partecipazione alla formazione definita dall'Azienda USL è un elemento fondamentale per aumentare le competenze dei Professionisti.
2. I medici operanti all'interno della struttura carceraria sono tenuti a partecipare a corsi di formazione specifica, sia di carattere clinico che organizzativo.
3. Tali corsi sono organizzati dalle Aziende nel quadro dell'attuazione del piano formativo annuale.
4. I temi dell'attività formativa sono individuati nel novero delle tematiche proprie dell'Assistenza Primaria permettendo anche la fruizione/partecipazione alle iniziative

formative rivolte ai Medici del Ruolo Unico Assistenza Primaria ivi comprese quelle oggetto di particolari forme di accreditamento professionalizzante.

5. Si intendono validi a tal fine anche i corsi di formazione proposti attraverso i canali di formazione regionale cui accedere da parte di ogni medico, purché coerenti con le finalità e gli obiettivi propri della articolazione aziendale di riferimento.

Art. 73 – Responsabile/Referente del servizio sanitario penitenziario

1. Qualora le Aziende individuino un medico di assistenza penitenziaria di cui al CAPO IV dell'ACN, quale medico Responsabile/Referente del servizio sanitario penitenziario, deve essere titolare di incarico a tempo indeterminato, con comprovata conoscenza degli aspetti giuridici e organizzativi dell'amministrazione penitenziaria, nonché esperienza clinica e assistenziale in ambito carcerario nel triennio antecedente, in considerazione della durata dell'incarico, di norma triennale.
2. Al Responsabile/Referente viene riconosciuto un compenso di 1000€/mese, in relazione ai risultati ottenuti in riferimento ai seguenti compiti:
 - a) garantisce la sua presenza tutti i giorni feriali, secondo quanto stabilito in funzione della tipologia del presidio e le esigenze di servizio definite dall'Azienda di competenza;
 - b) coordina gli interventi di tutte le professionalità sanitarie coinvolte e garantisce il regolare svolgimento delle attività previste dal modello organizzativo;
 - c) definisce i generali bisogni assistenziali dei detenuti;
 - d) sovrintende alla corretta compilazione dei diari clinici da parte di tutti gli operatori preposti e alla tenuta di tutta la documentazione afferente;
 - e) è responsabile della gestione dei locali sanitari, della gestione di strumentazione ed arredi;
 - f) relaziona all'Autorità Giudiziaria e/o al Direttore del carcere lo stato di salute del detenuto. In sua assenza la funzione può essere delegata ad altro medico del presidio;
 - g) mantiene costanti rapporti con la direzione penitenziaria e le sue articolazioni funzionali, anche in ragione dell'alta complessità della gestione clinico-assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute ed internate;
 - h) organizzazione dei turni di reperibilità domiciliare di cui all'art. 74, co. 2 dell'ACN, per garantire il servizio in caso di assenza o impedimento del medico di turno.
3. Ai sensi dell'art. 71, co. 9 dell'ACN il Direttore Generale dell'AUSL conferisce la funzione, valuta annualmente i risultati raggiunti e può procedere alla sostituzione del responsabile/referente anche prima della scadenza dell'incarico.
4. Laddove all'interno del territorio aziendale insistano più istituti penitenziari, è facoltà dell'AUSL individuare un Coordinatore per ciascun istituto che, se nominato, si rapporta al Responsabile/Referente del servizio sanitario penitenziario. I compensi per il coordinatore di istituto penitenziario vengono previsti dagli accordi integrativi locali.

Art. 74 – Trattamento economico per i medici di assistenza penitenziaria

Per l'attività svolta dal medico di assistenza penitenziaria è corrisposto un compenso orario così articolato:

- I. incarico a 38 ore/settimana: al medico viene corrisposto il compenso pari a 40€/ora (25,72 € - art. 75 dell'ACN - più quota di incentivazione regionale pari a 14,28 €). Per ogni ora oltre le 38 ore/settimana, e fino ad un massimo, di norma, di 24 ore mensili aggiuntive, è corrisposto l'importo di 60€/ora;
- II. incarico a 24 ore/settimana: al medico viene corrisposto il compenso pari a 40€/ora (25,72 € - art. 75 dell'ACN - più quota di incentivazione regionale pari a 14,28 €). Lo stesso trattamento economico è corrisposto al medico incaricato provvisorio o a tempo determinato a 12 ore/settimana.

NORME FINALI E TRANSITORIE

Norma finale n. 1 - Formazione dei collaboratori di studio

1. Le AUSL promuovono iniziative volte a realizzare l'attività di formazione dei collaboratori di studio, sulla base delle linee guida nazionali o regionali vigenti.

Norma finale n. 2 - Attività territoriali programmate (ATP)

1. Le Aziende USL possono rinnovare gli incarichi ai medici già incaricati di attività territoriali programmate secondo quanto riportato all'interno dell'AIR 2006 (DGR n. 1398/2006).
2. Per ulteriori sopravvenute esigenze, l'Azienda USL può conferire incarichi a tempo determinato a medici, per un periodo non superiore a 12 mesi, eventualmente rinnovabile per ulteriori 12 mesi, per un impegno settimanale di 12 o 24 ore.
3. Gli incarichi sono conferiti secondo il seguente ordine di priorità:
 - a) medici RUAP con riferimento alle attività orarie definite per la AFT di assegnazione;
 - b) medici RUAP a ciclo di scelta (che non abbiano optato per il ruolo unico), con precedenza per quelli con minor numero di scelte in carico;
 - c) medici RUAP a rapporto orario (che non abbiano optato per il ruolo unico), compatibilmente con il cumulo orario;
 - d) medici incaricati nel settore della Medicina dei Servizi, con priorità per chi ha minor numero di ore di incarico;
 - e) medici iscritti nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno in corso in cui vengono conferiti gli incarichi;
 - f) medici in possesso dei requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale di medicina

- g) generale, secondo la minore età alla data del conseguimento del diploma di laurea;
- h) medici iscritti nella graduatoria aziendale di disponibilità per incarichi a tempo determinato.

Norma finale n. 3 – Durata dell'accordo integrativo regionale

1. Le parti concordano che il presente accordo resta in vigore fino al 31/12/2029.
2. Resta inteso che, in caso di formale approvazione di un nuovo accordo collettivo nazionale o di modifiche normative che rendano necessario adeguare il contenuto del presente accordo, le parti sono tenute a concordare le necessarie modifiche al fine di conformarsi alle sopravvenute disposizioni normative nazionali.

Norma finale n. 4 – Contribuzione ENPAM

Tutti i compensi di cui al presente accordo sono assoggettati alla contribuzione ENPAM per le quote di competenza.

Norma transitoria n. 1 – Accordi attuativi aziendali

1. Nelle more della attuazione del presente AIR, tutti gli accordi attuativi aziendali (AAA) sono prorogati fino alla sottoscrizione dei nuovi AAA da approvare entro 180 giorni dalla approvazione, con DGR, del presente AIR. I nuovi AAA possono prevedere, in coerenza con il presente AIR, nuove progettualità o la proroga di quelle esistenti.

Norma transitoria n. 2 – Massimali e rimodulazione fasce di cui art. 38, co. 1 ACN

1. Nelle more dell'implementazione del sistema ARA, al fine della rimodulazione del numero delle scelte e delle ore, per ciascun passaggio di fascia di cui all'art. 38, co. 1 dell'ACN, si deve tenere conto del carico assistenziale complessivo del medico, inclusi gli assistiti in deroga o temporanei.

Norma transitoria n. 3 - Attività di tutoraggio

1. Ai medici RUAP a tempo indeterminato che svolgono attività di tutoraggio per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale o in formazione specialistica di cui al D.lgs. n. 368/99 e ss.mm.ii., è riconosciuto un compenso forfetario di € 500 per mese e per ogni singolo tirocinante, così come già previsto all'Allegato 5 – voce n. 5) dell'AIR del 29.09.2006 (di cui alla DGR n. 1398/2006) pari ad € 6.000/12 mesi.
2. Di norma, compatibilmente con le caratteristiche delle sedi didattiche, il rapporto di assegnazione tutor/medici in formazione è di uno/uno. In presenza di più medici in formazione assegnati ad un medesimo medico tutor, il compenso omnicomprensivo riconosciuto è pari a € 500/mese.
3. Il Consiglio Didattico Regionale per la Formazione specifica in medicina generale ha individuato tre tipologie di percorsi formativi per permettere ai medici frequentanti il corso di poter svolgere contemporaneamente attività lavorativa prevista dalla normativa emergenziale in vigore:

- I. per i medici in formazione che svolgono il 100% di attività formativa, il tirocinio è tradizionale: 2 semestri presso due differenti MMG tutor;
- II. per i medici in formazione che svolgono attività lavorativa a tempo pieno o parziale (corsisti che svolgono attività quali MET, Medicina dei servizi, continuità assistenziale, medici operanti negli Istituti penitenziari) è previsto un tutor per corsista, per ogni semestre, per una frequenza di almeno il 20% delle ore previste distribuite in maniera omogenea nel semestre, con flessibilità mensile nelle forme organizzative che facilitino maggiormente la frequenza al corso e l'attività lavorativa (favorendo possibilmente incontri settimanali). A seconda delle esigenze e delle opportunità logistiche e organizzative delle sedi didattiche è possibile prevedere un tutor anche per più corsisti. Pertanto, anche i medici, che svolgono a tempo pieno (determinato o indeterminato) attività convenzionale diversa da quella di assistenza primaria a ciclo di scelta, sono tenuti ad effettuare il percorso formativo previsto presso il MMG tutor con una frequenza di almeno il 20% delle ore totali previste;
- III. per i medici in formazione che svolgono il 100% di attività lavorativa a tempo pieno nel ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta è previsto un tutor per corsista, per ogni semestre, per una frequenza di almeno il 10% delle ore previste distribuite in maniera omogenea nel semestre, con flessibilità mensile nelle forme organizzative che facilitino maggiormente la frequenza al corso e l'attività lavorativa (favorendo possibilmente incontri settimanali). A seconda delle esigenze e delle opportunità logistiche e organizzative delle sedi didattiche è possibile prevedere un tutor anche per più corsisti.

ALLEGATI

Allegato 1 – Modulo – Costituzione Équipe AFT - ai sensi della DGR (AIR.....)

Le parti concordano di rinviare la trattativa del presente allegato ad apposito Tavolo della Delegazione regionale. Gli accordi stipulati dal predetto Tavolo confluiscono in un addendum all'AIR e sono parte integrante e sostanziale dell'AIR stesso.

Allegato 2 - Schema di regolamento AFT

REGOLAMENTO DELL'AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT)

Art. 1 – Oggetto e ambito di applicazione

- a. Il presente Regolamento disciplina l'organizzazione, il funzionamento e le modalità operative dell'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) istituita ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, delle disposizioni regionali in materia e dell'Atto Aziendale dell'Azienda USL **[denominazione]**.
- b. L'AFT costituisce una forma organizzativa della Medicina Generale finalizzata a garantire l'appropriatezza, la continuità e la qualità dell'assistenza territoriale, nonché a concorrere al perseguimento degli obiettivi di salute stabiliti dalla programmazione sanitaria regionale e aziendale.

Art. 2 – Denominazione e ambito territoriale

- a. L'Aggregazione Funzionale Territoriale assume la denominazione di AFT **[denominazione]**.
- b. L'ambito territoriale di riferimento è individuato nei Comuni/quartieri/circoscrizioni **[indicare]**, con popolazione assistita pari a circa **[numero]** assistiti, come risultante dai dati aziendali.

Art. 3 – Composizione

- a. Fanno parte dell'AFT tutti i medici RUAP (con incarico a tempo indeterminato o temporaneo o a tempo determinato o di sostituzione) convenzionati operanti nell'ambito territoriale di riferimento, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente.

Art. 4 – Sede organizzativa

- a. La sede organizzativa dell'AFT è individuata presso **[indirizzo/struttura]** o altra sede funzionalmente idonea indicata dal Distretto.
- b. Gli atti, i verbali e la documentazione afferente al funzionamento dell'AFT sono conservati presso **[indicare indirizzo/struttura]**.

Art. 5 – Coordinamento

- a. L'AFT è coordinata da un Referente o, nei casi descritti dall'AIR 2026 all'art. 7, dal suo sostituto, eletto a maggioranza dai medici appartenenti all'AFT, tra i componenti della stessa. A parità di voti, costituisce motivo di precedenza l'anzianità di convenzionamento.
- b. Il referente di AFT decade dall'incarico nei casi richiamati dalle vigenti norme in materia di diritto penale, dall'ACN, in caso di sfiducia da parte di almeno i 2/3 dei medici componenti la AFT e in caso di sanzione disciplinare.
- c. La durata dell'incarico è di 3 anni, con possibilità di norma due rinnovi. Nei casi in cui non si ricevano candidature per il ruolo, l'Azienda USL può valutare di estendere il numero di rinnovi del mandato in capo al Referente in carica.
- d. Il Referente:
 - convoca e presiede le riunioni dell'AFT;

- rappresenta l'AFT nei rapporti con la Direzione di Distretto, con la Direzione del Dipartimento Cure Primarie e con l'Azienda USL;
- promuove il raggiungimento degli obiettivi di salute stabiliti;
- assicura la trasmissione ai componenti dell'AFT degli atti deliberativi aziendali;
- assicura la trasmissione al Distretto e/o Dipartimento delle Cure Primarie l'analisi e le valutazioni dei report di attività prodotti dall'Azienda USL.

18. Il referente di AFT che intenda dimettersi dall'incarico è tenuto a comunicarlo per iscritto all'AUSL con un preavviso minimo di 60 gg. Nelle more della nomina di un nuovo referente di AFT, la funzione è garantita dal suo sostituto.

Art. 6 – Modalità organizzative

- a. L'attività dell'AFT si esplica mediante riunioni periodiche, con cadenza almeno trimestrale, convocate dal Referente.
- b. Le suddette riunioni devono prevedere modalità di registrazione dei partecipanti.
- c. L'AFT si dota di strumenti di comunicazione e gestione condivisi, preferibilmente in modalità digitale, al fine di assicurare l'efficienza organizzativa.
- d. Le procedure interne di sostituzione e copertura delle assenze, nel rispetto della normativa contrattuale vigente sono le seguenti: **[INDICARE]**.
- e. L'AFT adotta i seguenti: protocolli clinici condivisi, percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) e procedure concordate con l'Azienda USL **[INDICARE]**.
- f. Le modalità organizzative e operative comuni, condivise dai componenti l'AFT, sono le seguenti: **[INDICARE]**.
- g. L'AFT trasmette al Dipartimento Cure Primarie e/o al Distretto, con periodicità almeno annuale, la relazione consuntiva sulle attività svolte e sul raggiungimento degli obiettivi programmati.
- h. Quanto previsto dalle precedenti lettere d) e f) sono declinabili tenendo conto delle specifiche caratteristiche di ciascuna AFT.

Art. 7 – Gestione dei turni nell'ambito dell'attività oraria

- a. I Referenti delle AFT, in collaborazione con i Coordinatori dell'attività oraria a livello distrettuale, provvedono alla predisposizione della turnistica e delle reperibilità secondo le seguenti indicazioni e i seguenti principi:
 - I. il medico designato per l'effettuazione di turno di guardia attivo deve essere presente nella sede assegnatagli fin dall'inizio del turno. Laddove il servizio preveda una forma di disponibilità domiciliare o lavoro remoto, il medico deve risultare presente e contattabile nel sistema elettronico e telefonico;
 - II. il medico designato per l'effettuazione di turno di reperibilità deve garantire la propria reperibilità a partire da un'ora prima dell'inizio del turno fino a un'ora dopo;
 - III. il medico deve essere presente fino all'orario di fine turno o comunque all'arrivo del medico che continua il servizio laddove lo stesso prosegua oltre il turno di servizio;

- IV. il medico è tenuto allo svolgimento di tutti i turni di servizio assegnati ed al rispetto della loro articolazione oraria; in caso di improvviso impedimento o per particolari necessità il medico è tenuto a comunicare al proprio Coordinatore l'impossibilità alla copertura. Quest'ultimo, verificata l'esigenza, provvede alla sostituzione mediante attivazione del reperibile previsto dalla turnistica. L'impossibilità a coprire un turno deve essere legata a motivi oggettivi e non prevedibili e deve essere comunicata ai riferimenti indicati dall'Azienda. Il mancato rispetto dei turni di servizio assegnati e/o dell'orario settimanale di incarico costituisce inadempimento di compiti ed obblighi convenzionali previsti nell'ACN. Le parti convengono che, nel caso di incarichi provvisori di cui all'art. 37 dell'ACN, il mancato rispetto degli obblighi convenzionali in termini di orario di incarico, protratti per oltre **[indicare mesi]**, all'infuori delle ipotesi di cui all'artt. 22 e 23 dell'ACN, comportano la immediata decadenza dall'incarico provvisorio ricoperto e lo scorrimento della graduatoria, al fine dell'assegnazione di tale incarico ad altro medico utilmente collocato nella stessa. All'atto del conferimento degli incarichi RUAP, il medico riceve modulo informativo che segnala l'importanza del rispetto dell'orario convenzionale di incarico.

Art. 8 – Formazione e aggiornamento

- a. L'AFT promuove e partecipa a programmi di formazione permanente e aggiornamento professionale, in coerenza con la programmazione aziendale.
- b. La partecipazione alle attività formative costituisce impegno professionale dei componenti.

Art. 9 – Funzionamento e deliberazioni

- a. Le riunioni sono valide con la presenza della maggioranza assoluta dei componenti dell'AFT di riferimento.
- b. Di ogni riunione è redatto verbale, sottoscritto dal Referente o suo sostituto, conservato presso la sede di AFT e trasmesso al Distretto e/o Dipartimenti Cure Primarie per conoscenza.

Art. 10 – Monitoraggio e valutazione

- a. L'AFT è soggetta a monitoraggio periodico da parte della Direzione di Distretto, sulla base degli indicatori di processo ed esito definiti a livello regionale e aziendale.
- b. I risultati del monitoraggio sono oggetto di valutazione collegiale da parte dei componenti dell'AFT.

Art. 11 – Adesione e recesso

- a. L'adesione all'AFT è obbligatoria per tutti i medici RUAP convenzionati nell'ambito territoriale, ai sensi delle disposizioni contrattuali e normative vigenti.
- b. Il recesso dall'AFT può avvenire esclusivamente per cessazione o trasferimento dell'attività professionale al di fuori del territorio di riferimento dell'AFT.

Art. 12 – Revisione del regolamento

- a. Il presente Regolamento può essere modificato su proposta del Referente di AFT e di almeno un terzo dei medici componenti la AFT.

- b. Le modifiche sono discusse ed eventualmente approvate con il voto favorevole della maggioranza assoluta dei componenti della AFT ed entrano in vigore previa validazione da parte del Comitato aziendale.

Art. 15 – Disposizioni finali

- a. Per quanto non espressamente previsto dal Regolamento di AFT, si applicano le disposizioni contenute nell'ACN, nella normativa regionale e nell'atto aziendale dell'Azienda USL **[INDICARE]**.
- b. Il Regolamento è definito dal Comitato aziendale ed entra in vigore dalla data della sua approvazione.

Allegato 3 - Prestazioni aggiuntive del medico RUAP nelle strutture residenziali accreditate

Per le prestazioni aggiuntive eseguite dal medico valgono le tariffe di seguito riportate:

A) Prestazioni eseguibili senza notificazione preventiva all'Azienda

• Sutura di ferita superficiale con filo e medicazione	10
• Cateterismo uretrale uomo	10
• Tamponamento nasale anteriore	8
• Lavanda gastrica	15
• Iniezione Gammaglobulina	7,5
• Incisione di ascesso	30
• Rimozione tappi di cerume	20

B) Prestazioni eseguibili con notificazione preventiva all'Azienda

• Ciclo Fleboclisi - per ciascuna flebo	15
• Ciclo curativo di Iniezioni Endovenose (per ogni iniezione)	10
• Ciclo Aerosol o Inalazioni caldo-umide - Studio professionale medico impianti fissi (per prestazione singola)	dotazione 3

C) Vaccinazioni non obbligatorie come da allegato 5

D) Altre Prestazioni aggiuntive ex AIR

• Endovena urgente	10
• Courettage escara necrotica	25
• Infiltrazione intrarticolare	24
• Toracentesi	70
• Paracentesi	60
• Applicazione bendaggio di contenimento in caso di distorsioni o fratture (escluso materiale se non in dotazione al NCP - AFT)	10
• Artrocentesi o evacuazione ematoma	20
• Posizionamento sondino naso gastrico	20
• Rimozione apparecchio gessato o Bendaggio contenitivo	20

Allegato 4 – Prestazioni aggiuntive del medico RUAP

Per le prestazioni aggiuntive eseguite dal medico valgono le tariffe di seguito riportate:

A) Prestazioni eseguibili senza notificazione preventiva all'Azienda

• Prima Medicazione su ferita non precedentemente medicata	15
• Sutura di ferita superficiale con filo e medicazione	15
• Successive medicazioni	10
• Rimozione punti di sutura e medicazione	15
• Cateterismo uretrale uomo	15
• Cateterismo uretrale donna	10
• Tamponamento nasale anteriore	10
• Fleboclisi (Unica eseguibile urgente)	15
• Lavanda gastrica	12,32
• Iniezione Gammaglobulina in studio	8
• Iniezione sottocutanea desensibilizzante (dotazione frigorifero)	12
• Tampone faringeo e/o nasofaringeo (una prestazione per accesso)	12
• Incisione di ascesso	30
• Rimozione tappi di cerume	20
• Posizionamento /modifica farmacologica pompa elastomerica	15

B) Prestazioni eseguibili con notificazione preventiva all'Azienda

• Ciclo Fleboclisi - per ciascuna flebo	15
• Ciclo curativo di Iniezioni Endovenose (per ogni iniezione)	9
• Ciclo Aerosol o Inalazioni caldo-umide - Studio professionale medico dotazione impianti fissi (per prestazione singola)	3

C) Vaccinazioni non obbligatorie come da allegato 5

D) Altre Prestazioni aggiuntive ex AIR

• Endovena urgente	10
• Courettage escara necrotica	25
• Infiltrazione intrarticolare	30
• Toracentesi	70
• Paracentesi	60
• Applicazione bendaggio di contenimento in caso di distorsioni o fratture (escluso materiale se non in dotazione al NCP - AFT)	20
• Artrocentesi o evacuazione ematoma	20
• Posizionamento sondino naso gastrico	20
• Rimozione apparecchio gessato o Bendaggio contenitivo	20

E) Altre Prestazioni aggiuntive effettuabili previo progetto aziendale

Prestazioni che, ai sensi dell'ACN 21 ottobre 2018, articolo 2, comm3, rientrano all'interno di percorsi di presa in carico per i soggetti affetti da patologie_croniche e da fragilità o per categorie di assistiti, tenendo conto degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale di cui all'articolo 1 dell'ACN 21 giugno 2018, nonché delle progettualità aziendali.

- Ecografia Generalista
- ECG in telemedicina in studio
- Holter pressorio
- Sutura ferita superficiale con cerottazione
- Emotrasfusione Assistenza + Prove Crociate
- Albumina
- ECG in telemedicina domiciliare
- Holter cardiaco 24 h
- Spirometria - progetto aziendale – strumento medico

Con riferimento all'attività di scelta, nei casi di urgenza ovvero previo accordo con il medico curante come definito nel regolamento di AFT, ogni medico RUAP, nell'ambito delle AFT, può effettuare prestazioni aggiuntive di cui al presente allegato (ivi incluse quelle vaccinali di cui al seguente allegato 5) a pazienti di altro medico della stessa AFT, notulando a suo nome ed essendo direttamente compensato per tali prestazioni.

Le AUSL si riservano il diritto di effettuare monitoraggi e controlli rispetto all'effettiva erogazione delle prestazioni rendicontate e alla relativa appropriatezza.

Allegato 5 – Partecipazione alla campagna vaccinale dei medici RUAP

Per la partecipazione dei medici RUAP alla campagna vaccinale nazionale e regionale, le parti concordano quanto segue.

Obiettivi

Obiettivo del presente accordo è quello di facilitare l'accesso alle vaccinazioni inserite nel PRPV 2023-2025 a tutta la popolazione assistita dai medici di assistenza primaria che effettuano attività a ciclo di scelta, in virtù della capillare distribuzione sul territorio, permettendo così il raggiungimento di coperture ottimali volte a diminuire l'incidenza delle malattie infettive prevenibili e delle loro complicanze, sia nei soggetti sani sia in quelli affetti da malattie croniche, che negli operatori sanitari.

Tale obiettivo è coerente con le caratteristiche di universalità ed equità di accesso alle cure nonché di appropriatezza dell'uso delle risorse e tiene conto della sostenibilità economica e del gradimento dei cittadini riguardo all'assistenza fornita dal proprio medico di assistenza primaria.

Il ruolo del medico di assistenza primaria è centrale, soprattutto per quelle fasce di popolazione che, presentando o meno rischi aumentati, potrebbero presentare bassi livelli di adesione in mancanza di una corretta informazione garantita dal medico di medicina generale cui lo lega il rapporto fiduciario.

I rappresentanti sindacali dei medici di medicina generale hanno confermato la loro disponibilità al coinvolgimento attivo nella campagna vaccinale anche per l'anno 2025- 2026.

Si ribadisce l'importanza che alcune vaccinazioni vadano offerte agli assistiti aventi diritto in qualsiasi momento dell'anno, quindi in maniera destagionalizzata rispetto alla campagna anti-influenzale del periodo invernale – in particolare anti-pneumococcica, anti-zoster, antidiftero-tetanica o anti diftero-tetanica-pertussica (dT/dTP).

È fondamentale la ricognizione dei pazienti non ancora vaccinati in corso di visite ambulatoriali di assistenza primaria per le patologie croniche, in particolare inserito nei PDTA (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, demenza, altri) in quanto questa popolazione rappresenta indubbiamente la parte di assistiti a maggiore rischio clinico.

Sedi dove effettuare la vaccinazione

In considerazione dell'organizzazione aziendale territoriale provinciale e delle forme associative tra medici di assistenza primaria esistenti, il medico può scegliere di vaccinare:

- all'interno del proprio studio medico, con possibilità di utilizzare proprio personale amministrativo e/o infermieristico;
- nei locali di pertinenza delle AFT, con possibilità di utilizzare proprio personale amministrativo e/o infermieristico;
- in un ambulatorio di prossimità istituito in sedi di volta in volta individuate dall'AUSL, per la vaccinazione il più vicino possibile al domicilio di pazienti appartenenti a categorie di fragilità concordate con l'AUSL, in base alle priorità stabilite dal PNPV vigente e dalla programmazione regionale;

- a domicilio per vaccinare gruppi di popolazione fragile (Pazienti in ADI, ADP, Pz. non trasportabili);
- nelle strutture residenziali.

Compiti e responsabilità del medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta

Nell'ambito delle attività vaccinali sono compiti del medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta:

- informazione e promozione delle vaccinazioni;
- controllo dello stato vaccinale attraverso l'utilizzo dell'anagrafe vaccinale e il richiamo attivo di alcune categorie (in particolare soggetti sottoposti a trattamenti dialitici, e tutti i soggetti a rischio per le vaccinazioni previste da calendario);
- consenso informato;
- effettuazione (anche tramite personale idoneo dedicato) della vaccinazione;
- registrazione delle vaccinazioni effettuate sull'anagrafe vaccinale regionale (tramite appositi gestionali della medicina generale e/o Portale SOLE);
- segnalazione degli eventi avversi;
- controllo e garanzia del mantenimento della catena del freddo, attraverso appositi semplici dispositivi che consentano la registrazione della temperatura;
- dotarsi di un Kit di farmaci per la gestione di una eventuale emergenza;

I medici di assistenza primaria effettuano la vaccinazione esclusivamente ai propri assistiti nell'ambito dell'attività a ciclo di scelta, ed eventualmente, per motivi organizzativi, anche agli assistiti in carico ai Colleghi componenti la stessa AFT. Su richiesta i medici di assistenza primaria possono essere esclusi dalla vaccinazione per motivi di salute (allergie, fragilità...).

Informazione e promozione delle vaccinazioni

In coerenza con il PNPV vigente e la programmazione regionale, il medico di assistenza primaria:

- propone la vaccinazione antinfluenzale e la vaccinazione anti-Covid-19 alle coorti delle persone con più di 60 anni, ai pazienti affetti da malattie croniche e a tutti i soggetti previsti dalla normativa;
- controlla nel corso dell'anno lo stato vaccinale dell'assistito e propone la vaccinazione anti Herpes zoster alle coorti dei 65 anni;
- controlla nel corso dell'anno lo stato vaccinale dell'assistito e propone la vaccinazione anti pneumococcica alle coorti dei 65 anni e ai pazienti affetti da malattie croniche;
- propone la vaccinazione anti dT/dTP a tutti gli assistiti che abbiano ricevuto l'ultima dose di richiamo da più di dieci anni.

Durante l'anno, con modalità organizzative scelte dal singolo medico o definite a livello di AFT o in occasione di visite ambulatoriali, viene controllato lo stato vaccinale e vengono proposte le vaccinazioni da integrare, secondo il calendario vaccinale regionale vigente, con eventuali recuperi degli aventi diritto delle precedenti campagne vaccinali. La Regione s'impegna a fornire materiale informativo a supporto, realizzato nell'ambito delle campagne di promozione della salute e delle vaccinazioni, in collaborazione con i Dipartimenti di Cure Primarie, per fasce d'età e popolazioni a rischio, inclusi i pazienti affetti da malattie croniche e donne in gravidanza, e a favorire la progettualità di comunicazione proattiva rivolta alla popolazione di riferimento.

Consenso informato

- Il paziente viene informato, secondo le specifiche disposizioni di legge, dei vantaggi della prevenzione vaccinale in termini di efficacia e sicurezza e di prevenzione delle malattie infettive trasmissibili connesse allo specifico vaccino nonché delle controindicazioni assolute e relative e dei possibili effetti collaterali.
- L'AUSL si impegna a mettere a disposizione dei cittadini sul sito internet aziendale i moduli di informativa, consenso, anamnesi per poterli precompilare prima di recarsi alla seduta vaccinale.

Effettuazione dell'atto vaccinale

La vaccinazione viene effettuata dal medico di assistenza primaria dell'assistito, dai colleghi facenti parte della stessa AFT, dagli infermieri di studio dietro indicazione del medico che ha in carico l'assistito e in presenza di almeno un medico in studio che sia informato della vaccinazione in corso. Il paziente dovrà trattenersi in studio dopo la vaccinazione secondo le disposizioni vigenti. Le vaccinazioni nei pazienti con condizioni cliniche che li espongono a rischio di reazione avversa severa dovranno essere effettuate in ambiente protetto secondo modalità concordate con l'Azienda.

I medici di assistenza primaria effettuano la vaccinazione esclusivamente ai propri assistiti nell'ambito dell'attività a ciclo di scelta, ed eventualmente, per motivi organizzativi, anche agli assistiti in carico ai Collegi componenti la stessa forma associativa.

Registrazione delle vaccinazioni effettuate

La registrazione della vaccinazione, che dovrà essere effettuata di norma nelle 72 ore successive all'esecuzione dell'atto vaccinale, è eseguibile dal medico e dai componenti il team assistenziale e viene effettuata tramite il gestionale del medico di assistenza primaria (per tutte le vaccinazioni) oppure tramite il portale SOLE (per tutte le vaccinazioni eccetto la vaccinazione anti-difto-tetanico/difto-tetano-pertussica) compilando i campi obbligatori previsti.

Segnalazione degli eventi avversi

Il medico di assistenza primaria deve segnalare tempestivamente le reazioni avverse tramite l'invio dell'apposita scheda di segnalazione entro i tempi previsti, come da disposizioni Ministeriali (registrando il dato di reazione avversa sull'anagrafe vaccinale regionale).

Acquisizione e conservazione dei vaccini

Le modalità di richiesta e fornitura vaccini sono demandate allo specifico successivo accordo aziendale. Le quantità di vaccino necessarie saranno programmate in relazione ai bisogni rilevati dal Dipartimento di Cure Primarie/Dipartimento di Sanità Pubblica.

Il medico deve garantire il rispetto della catena del freddo e la conservazione in frigorifero dotato di apparecchio per il controllo e registrazione della temperatura e deve immediatamente segnalare, al referente aziendale identificato, eventuali non conformità (variazioni di temperatura, durata della variazione) al fine di mettere in atto le procedure di utilizzo, trasferimento o smaltimento delle dosi conservate.

La fornitura ritirata (numero vaccini per tipologia, lotto e scadenza) dovrà essere registrata a cura del personale dell'Azienda che consegna i vaccini per ogni singolo medico di assistenza primaria.

Le parti si impegnano, entro 12 mesi dalla delibera di approvazione del presente verbale d'intesa, a valutare la fattibilità di sperimentare una nuova modalità di distribuzione dei vaccini richiesti dai medici di assistenza primaria.

Rendicontazione e monitoraggio risorse economiche

Al fine di monitorare l'andamento della campagna vaccinale ogni anno con modalità periodica le Aziende Sanitarie forniscono, ai coordinatori di NCP/referenti di AFT, una reportistica (per singolo medico di assistenza primaria e per NCP/AFT) relativa al numero di vaccinazioni effettuate in relazione alle dosi consegnate e alle percentuali di copertura.

La Regione e le OO.SS. firmatarie del presente Verbale d'intesa, condividendo la necessità di consultazione della situazione vaccinale del singolo assistito, si impegnano a rendere operativa una modalità che consenta una visualizzazione agevole mediante l'integrazione di sistemi attraverso Portale Sole.

Il pagamento della campagna vaccinale antinfluenzale dovrà avvenire, come per le altre vaccinazioni, mensilmente. La retribuzione di eventuali incentivi per la vaccinazione antinfluenzale, invece, verrà calcolata a fine campagna vaccinale e, di norma, entro il mese di giugno dell'anno successivo all'inizio della campagna vaccinale.

Le vaccinazioni effettuate dal sostituto del medico di assistenza primaria (per le sostituzioni oltre 30 giorni di sostituzione ovvero incaricato dalla AUSL) o da colleghi afferenti alla forma associativa o all'AFT dovranno essere remunerate direttamente al medico che ha effettuato la prestazione, al fine della valutazione degli obiettivi di risultato sarà valutata la copertura complessiva (sia le vaccinazioni effettuate dal medico che quelle eseguite dai suoi sostituti).

Per le sostituzioni inferiori a 30 giorni la prestazione viene remunerata al medico titolare della scelta.

Formazione

Le parti concordano che sarà cura delle Aziende programmare e realizzare nell'ambito della Formazione Permanente della Medicina Generale, corsi specifici sui temi inerenti il presente verbale di intesa prevedendo, se necessario, anche eventi straordinari rispetto al piano di formazione già approvato dalle Aziende.

4. VACCINAZIONI OGGETTO DEL PRESENTE ACCORDO

Le parti concordano che i medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta, partecipano attivamente all'effettuazione delle seguenti vaccinazioni:

- Anti-Covid-19
- Anti-influenzale
- Anti-pneumococcica
- Antitetanica (DT o DTP)
- Anti-Herpes zoster

4.1. Vaccinazione anti-Covid-19

Remunerazione dal 1° maggio 2025

- l'effettuazione della vaccinazione da parte dei medici di assistenza primaria è remunerata, per le attività regolarmente rendicontate, con quota pari a 10,50 euro;
- viene demandata agli Accordi Locali l'organizzazione e il compenso (non inferiore a 60 Euro/ora come da AIR vigente) in sedi diverse degli ambulatori dei medici di assistenza primaria definite in ambito aziendale (es. giornate dedicate a vaccinazioni);

- per i pazienti vaccinati a domicilio e già inseriti in ADI/ADP è prevista la quota ADI/ ADP (35/30 euro) + quota regionale per prima dose (7,50 euro);
- per i pazienti vaccinati a domicilio causa difficoltà al trasporto degli stessi è prevista la quota ADP (30 euro) + quota regionale per prima dose (7,50 euro);
- per i pazienti vaccinati nelle CRA è riconosciuta la quota regionale per prima dose (7,50 euro).

4.2. Vaccinazione anti-influenzale

Le parti concordano di dare continuità al progetto, avente come obiettivo la prevenzione dell'influenza nell'ambito della popolazione a rischio, così come previsto dalla Regione Emilia-Romagna.

Compiti della Regione

- facilitare l'approvvigionamento e la consegna delle dosi di vaccino;
- qualora l'approvvigionamento dovesse avvenire in maniera frazionata, la consegna ai medici di assistenza primaria dovrà avvenire tenendo ovviamente presente lo storico della precedente stagione vaccinale 2024-2025;
- produrre gli elenchi degli assistiti aventi diritto e trasmetterli ai medici di assistenza primaria tramite il Portale SOLE.

Compiti del medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta:

- prestare la loro collaborazione, anche per quanto riguarda la campagna informativa, in favore degli assistiti;
- ricevere o ritirare presso le sedi comunicate dal DCP i vaccini assegnati;
- mettere a disposizione le dosi non utilizzate ai colleghi che ne avessero
- eventualmente bisogno;
- la vaccinazione dovrà essere correttamente registrata nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, adeguatamente aggiornato, per consentire l'invio telematico mediante il Portale SOLE.

Remunerazione

- L'AUSL riconoscerà ai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta la quota prevista negli Allegati n. 4 e 6 (per le CRA) dell'AIR 2006 per ogni paziente vaccinato, appartenente ad una delle categorie a rischio, vale a dire € 7,50 (€ 7,00 per le CRA), che verrà liquidata mensilmente grazie alla rendicontazione sul Portale SOLE.
- Ai medici che abbiano vaccinato almeno il 55% della propria popolazione assistita di età uguale o superiore a 60 anni, è corrisposto, al netto della quota ENPAM, un incentivo su tutte le vaccinazioni somministrate declinato come segue:
 - qualora sia raggiunto l'obiettivo individuale pari al 55% di assistiti vaccinati: la quota aggiuntiva per ogni vaccinazione è pari a 2 euro;
 - qualora sia raggiunto l'obiettivo individuale pari al 65% di assistiti vaccinati: la quota aggiuntiva per ogni vaccinazione è pari a 2,5 euro;
 - qualora sia raggiunto l'obiettivo individuale pari al 70% di assistiti vaccinati: la quota aggiuntiva per ogni vaccinazione è pari a 3 euro;
 - qualora sia raggiunto l'obiettivo individuale pari al 75% di assistiti vaccinati: la quota aggiuntiva per ogni vaccinazione è pari a 5 euro.

- Le suddette incentivazioni vengono riconosciute per i vaccini somministrati compresi quelli ai pazienti ospiti di strutture residenziali a cui il medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta somministra il vaccino.
- Per i pazienti vaccinati a domicilio e già inseriti in ADI/ADP è prevista la quota ADI/ADP (35/30 euro) + quota regionale di 7,5 euro;
- Per i pazienti vaccinati a domicilio causa difficoltà al trasporto degli stessi è prevista la quota ADP (30 euro) + quota regionale di 7,5 euro;
- Per le vaccinazioni effettuate in favore della popolazione non target, il vaccino dovrà essere acquistato dal paziente che provvederà, inoltre, a remunerare direttamente il medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta con € 16,00. Dette vaccinazioni dovranno essere registrate nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, per consentire l'invio telematico mediante Progetto SOLE.
- La popolazione target è costituita dai soli assistiti non vaccinati presso altre sedi.
- Pertanto, il calcolo della percentuale del singolo medico viene effettuato rapportando gli assistiti vaccinati dal medico al totale degli assistiti eleggibili al netto di quelli vaccinati presso altre sedi.
- La verifica dei risultati raggiunti dai medici di assistenza primaria sarà effettuata entro il primo semestre dell'anno di riferimento della campagna vaccinale antinfluenzale. L'AUSL pagherà l'incentivo ai medici di assistenza primaria che ne hanno diritto, con le competenze di luglio pagate a agosto e comunque, non oltre il termine delle competenze di settembre.

4.3. Vaccinazione anti-pneumococcica

Compiti del medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta

- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano a collaborare alla effettuazione della vaccinazione anti-pneumococcica, con particolare riferimento, per l'anno 2025, ai soggetti nati nel 1960;
- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano a collaborare alla effettuazione della vaccinazione anti-pneumococcica, con particolare riferimento, per l'anno 2026, ai soggetti nati nel 1961;
- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano a collaborare alla effettuazione della vaccinazione anti-pneumococcica, con particolare riferimento, ai pazienti fragili individuati come iscritti a un PDTA aziendale esistente.

Remunerazione

- L'AUSL riconoscerà ai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta la quota prevista negli Allegati n. 4 e 6 dell'AIR 2006 per ogni paziente vaccinato vale a dire € 7,50 (€ 7,00 per le CRA) oltre ad una quota aggiuntiva di € 3 per gli assistiti nati nel 1960 per il 2025, per i nati nel 1961 per il 2026 e per i pazienti fragili individuati come iscritti a un PDTA aziendale esistente; il compenso verrà liquidato annualmente mediante la rendicontazione sul Portale SOLE, valida anche ai fini della comunicazione al DSP;
- Le suddette tariffe vanno applicate a tutti i vaccini somministrati compresi quelli ai pazienti ricoverati in strutture residenziali vaccinati dai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta (comprese le CRA) • Per i pazienti vaccinati a domicilio e già inseriti in ADI/ADP è prevista la quota ADI/ADP (35/30 euro) + quota regionale di 7,5 euro;
- Per i pazienti vaccinati a domicilio causa difficoltà al trasporto degli stessi è prevista la quota ADP (30 euro) + quota regionale di 7,5 euro;

- La vaccinazione dovrà essere correttamente registrata nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, adeguatamente aggiornato, per consentire l'invio telematico mediante il Portale SOLE;
- La popolazione target è costituita dai soli assistiti non vaccinati presso altre sedi. Pertanto, il calcolo della percentuale del singolo medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta viene effettuato rapportando gli assistiti vaccinati dal medico al totale degli assistiti eleggibili al netto di quelli vaccinati presso altre sedi.

4.4. Vaccinazione anti-tetanica (DT, DTP)

Compiti della Regione

- La Regione si impegna a garantire ai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta la fornitura delle dosi di vaccino a lunga conservazione per ogni tipologia sotto individuata. Viene tuttavia raccomandato un costante approvvigionamento per eseguire prioritariamente la somministrazione del vaccino tetano-difterite-pertosse.

Compiti del medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta

- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano a partecipare alla vaccinazione antitetanica; in particolare si rendono disponibili a somministrare ai propri assistiti:
 - Vaccino tetano-difterite;
 - Vaccino tetano-difterite-pertosse;
- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si fanno altresì carico di effettuare il richiamo decennale per i propri assistiti.

Remunerazione

- Si conferma il compenso secondo quanto previsto negli Allegati n. 4 e 6 dell'AIR 2006 per ogni per ogni singola vaccinazione, compresi i richiami, registrati e conseguentemente inviati tramite il portale SOLE, sia per gli aspetti economici sia di comunicazione al DSP.
- Le suddette tariffe vanno applicate a tutti i vaccini somministrati compresi quelli ai pazienti ricoverati in strutture residenziali vaccinati dai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta (comprese le CRA).
- Per i pazienti vaccinati a domicilio e già inseriti in ADI/ADP è prevista la quota ADI/ADP (35/30 euro) + quota regionale di 7,5 euro.
- Per i pazienti vaccinati a domicilio causa difficoltà al trasporto degli stessi è prevista la quota ADP (30 euro) + quota regionale di 7,5 euro.
- La vaccinazione dovrà essere correttamente registrata nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, adeguatamente aggiornato, per consentire l'invio telematico mediante il Portale SOLE.

4.5. Vaccinazione anti-Herpes zoster

Le parti concordano che anche in considerazione dei risultati della sperimentazione di cui al verbale di intesa precedente (DGR 2024) il target identificato per la partecipazione dei medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta alla campagna vaccinale contro l'Herpes zoster è la coorte dei 65 enni come da PNPV vigente.

Compiti della Regione

- La Regione si impegna a far sì che le Aziende Sanitarie forniscano ai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta le dosi vaccinali relative al numero di assistiti della coorte individuata.
- Compiti del medico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta.
- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano a collaborare alla effettuazione della vaccinazione anti-Herpes zoster, con particolare riferimento, per l'anno 2025, ai soggetti nati nel 1960;
- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano a collaborare alla effettuazione della vaccinazione anti-Herpes zoster, con particolare riferimento, per l'anno 2026, ai soggetti nati nel 1961;
- I medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta si impegnano ad applicare rigorosamente la schedula raccomandata e, considerati i costi ingenti del vaccino e le evidenze scientifiche della sua inefficacia se non somministrato secondo la schedula raccomandata, a calibrare gli approvvigionamenti rispetto ai propri assistiti target, a informare debitamente l'Azienda Sanitaria di eventuali rimanenze, nonché a coordinarsi con i colleghi della AFT di riferimento per un'eventuale redistribuzione delle dosi.

Remunerazione

- L'AUSL riconoscerà ai i medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta la quota prevista nell'Allegato n. 4 dell'AIR 2006 per ogni paziente vaccinato vale a dire € 7,50 oltre ad una quota di € 4,5 per ogni singola vaccinazione, compresi i richiami, registrati e conseguentemente inviati tramite il portale SOLE, sia per gli aspetti economici sia di comunicazione al DSP.
- Le suddette tariffe vanno applicate a tutti i vaccini somministrati compresi quelli ai pazienti ricoverati in strutture residenziali vaccinati dai medici di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta (comprese le CRA).
- Per i pazienti vaccinati a domicilio e già inseriti in ADI/ADP è prevista la quota ADI/ADP (35/30 euro) + quota regionale di 7,50 euro.
- Per i pazienti vaccinati a domicilio causa difficoltà al trasporto degli stessi è prevista la quota ADP (30 euro) + quota regionale di 7,50 euro.

Norma finale 1 - Aggiornamento contenuti del presente allegato

Le parti concordano di rivedere periodicamente i contenuti del presente allegato alla luce di eventuali mutati scenari epidemiologici, evidenze scientifiche e innovazioni in campo biomedico.

Norma finale 2 - Accordi Aziendali in tema vaccinazioni

Eventuali accordi integrativi locali per la remunerazione aggiuntiva delle attività vaccinali attualmente in essere si ritengono superati a far data dalla entrata in vigore del presente AIR. Le Aziende USL possono, eventualmente, procedere con apposito accordo attuativo aziendale a introdurre ulteriori specifici obiettivi vaccinali da incentivare a livello locale.

Allegato 6 – Protocollo d'intesa per la determinazione di contingenti di personale medico

In applicazione di quanto previsto dall'art. 18 e dall'Allegato 4 dell'ACN relativamente alla determinazione dei contingenti di medici da esonerare dalla partecipazione a scioperi di categoria, si definisce quanto segue:

- per i medici della medicina dei servizi, esclusivamente al fine di garantire tutte le prestazioni rese nell'ambito dei servizi per tossicodipendenza, di igiene pubblica, d'igiene mentale, di medicina fiscale a norma dell'art. 2, co. 2, dell'Allegato 4 dell'ACN il contingente da garantire il numero di medici è individuato in ambito aziendale;
- per i medici dell'assistenza penitenziaria il contingente viene individuato tra i medici inseriti nei turni interessati dallo sciopero, assicurando la presenza del personale convenzionato normalmente impiegato durante il turno (contingente pieno);

Si richiamano inoltre i contenuti dell'ACN e del presente AIR per ciò che concerne i medici di assistenza primaria del ruolo unico ad attività oraria e i medici dell'emergenza sanitaria territoriale. Per tali tipologie di medici, il contingente viene individuato tra i medici inseriti nei turni interessati dallo sciopero, assicurando, a norma dell'art. 3, Allegato 4 dell'ACN, la presenza del personale convenzionato normalmente impiegato durante il turno (contingente pieno) a garanzia delle prestazioni indispensabili di cui all'art. 2 del citato allegato.

A norma dell'art. 3 dell'Allegato 4 dell'ACN e in conformità al presente Protocollo d'Intesa, l'Azienda USL, in occasione degli scioperi, provvede a individuare i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti alle OO.SS. locali e ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile. Le comunicazioni di adesione/non adesione allo sciopero indetto vanno inoltrate all'AUSL secondo le modalità dalla stessa definite.

In caso di adesione allo sciopero, il medico ha diritto a percepire un compenso pari al 60% del compenso forfettario annuo.

Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente Protocollo d'Intesa si rimanda all'ACN.

Allegato 7 – Assistenza domiciliare programmata e integrata nei confronti dei soggetti non ambulabili

Le parti concordano di rinviare la trattativa del presente allegato ad apposito Tavolo della Delegazione regionale. Gli accordi stipulati dal predetto Tavolo confluiscono in un addendum all'AIR e sono parte integrante e sostanziale dell'AIR stesso.

Allegato 8 – Applicazione delle misure di deburocratizzazione per attività sostitutive degli obblighi prescrittivi e certificativi spettanti a tutti i medici del SSR

È riconosciuto che una quota significativa del carico amministrativo gravante sui Medici RUAP è riconducibile alla necessità di supplire a obblighi prescrittivi e certificativi che, in base alla normativa vigente e ai provvedimenti regionali, sono di competenza degli specialisti operanti presso le strutture pubbliche e convenzionate. Tali attività, non rientranti tra gli obblighi contrattuali dei medici RUAP, determinano un rilevante aggravio quotidiano di lavoro, con conseguente sottrazione di tempo all'attività clinica e all'assistenza diretta ai pazienti.

In particolare, nei casi in cui lo specialista o la struttura ospedaliera attestino una prognosi lavorativa senza procedere al rilascio del relativo certificato di malattia (sia in formato cartaceo sia in modalità telematica INPS), l'onere improprio ricade sul medico curante. Quest'ultimo si trova così nella condizione di dover certificare una prognosi definita da altri professionisti e, frequentemente, di dover effettuare una visita domiciliare al fine di valutarne la congruità.

La finalità dell'intervento è pertanto quella di ridurre l'impatto negativo sulla continuità assistenziale e sulla sicurezza del paziente, prevenendo ritardi derivanti da omissioni prescrittive o certificative in ambito specialistico, nell'interesse primario della tutela della salute dei cittadini e della sostenibilità del SSN.

Un'efficace azione di deburocratizzazione può determinare, a costo zero, un miglioramento complessivo dell'efficienza e una migliore sostenibilità dell'intero SSR.

Le stesse Organizzazioni Sindacali (OO.SS.), in collaborazione con la Regione, hanno completato nel 2023 un rilevante lavoro congiunto che ha portato alla sottoscrizione di un "Quaderno della deburocratizzazione", la cui piena e concreta applicazione rappresenterebbe una risposta strutturale alle numerose problematiche emerse nel corso degli anni.

Con il presente accordo si propone pertanto di istituire, entro 60 giorni dalla approvazione dell'AIR stesso con deliberazione di Giunta, un Tavolo permanente tra le OO.SS. e la amministrazione regionale, con la possibilità di coinvolgere anche le OO.SS. dei medici specialisti dipendenti e convenzionati, al fine di rilanciare, diffondere e monitorare le buone pratiche in materia di deburocratizzazione della medicina territoriale, nonché di procedere alla verifica della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a carico del SSR.

A supporto del presente articolo si richiamano integralmente gli obblighi prescrittivi e certificativi già vigenti in capo agli specialisti del SSR, ed in particolare i seguenti riferimenti normativi.

Riferimenti normativi

- DGR n. 2142/2000: obbligo per lo specialista di prescrivere direttamente, su ricettario SSN, tutte le prestazioni ritenute necessarie, fatti salvi i casi di urgenza o di accesso al Pronto Soccorso;
- Art. 50 della Legge n. 326/2003 (Finanziaria 2004): obbligo per tutti i medici autorizzati all'utilizzo del ricettario SSN di prescrivere personalmente gli accertamenti ritenuti necessari;

- Art. 22, comma 11 dell'ACN Specialisti Ambulatoriali: obbligo di utilizzo del ricettario SSN per le indagini specialistiche e le prescrizioni farmacologiche;

Note regionali sulla presa in carico specialistica e sugli obblighi prescrittivi (Regione Emilia-Romagna; DGR n. 603/2019; intese sulla deburocratizzazione).

Bologna, 17/02/2026

Il Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare_____ *FIRMATO*

FIMMG_____ *FIRMATO*

SNAMI _____

SMI _____

FMT_____ *FIRMATO*

Federazione CISL Medici_____ *FIRMATO*



ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

**per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni,
veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi)
ambulatoriali in attuazione dell'A.C.N. del 4 aprile 2024**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- L. 23 dicembre 1978, n. 833;
- D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni (ss.mm.ii);
- L. 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. *"Legge Balduzzi"*);
- D.P.C.M. 29 settembre 2015, n. 178 – *"Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico"* (FSE);
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502"* (*"Nuovi LEA"*);
- Patto per la Salute;
- Piano nazionale della Cronicità, Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016;
- Patto per la Salute per gli anni 2019-2021, Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019 (PATTO NUOVO);
- Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019, Rep. Atti n. 10/CSR;
- Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2023-2025 (IN FASE DI APPROVAZIONE IN CSR)
- Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, Rep. Atti n. 188/CSR del 2 novembre 2017;
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, Rep. Atti n. 233/CSR del 30 novembre 2022;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019;
- Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2022, approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio UE del 13 luglio 2021;
- D.M. 23 maggio 2022, n. 77 – *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"* (G.U. n. 144 del 22 giugno 2022);
- D.M. 29 luglio 2022 – *"Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta"* (G.U. n. 226 del 27 settembre 2022);
- D.G.R. n. 2221 del 12 dicembre 2022 – *"PRIMO PROVVEDIMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DELL'EMILIA-ROMAGNA IN ATTUAZIONE DEL D.M. N. 77 DEL 23 MAGGIO 2022"*;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e ss.mm.ii – triennio 2016-2018, Rep. n. 49/CSR del 31 marzo 2020;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e ss.mm.ii – triennio 2016-2018, Rep. n. 60/CSR del 20 maggio 2021;
- Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 17 dicembre 2015, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), D.G.R. n. 344 del 12 marzo 2018;
- D.G.R. n. 2128 del 5 dicembre 2016 – *"CASE DELLA SALUTE: INDICAZIONI REGIONALI PER IL COORDINAMENTO E LO SVILUPPO DELLE COMUNITÀ DI PROFESSIONISTI E DELLA MEDICINA D'INIZIATIVA"*;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- D.G.R. n. 428 del 5 aprile 2017 – *“ATTO DI PROGRAMMAZIONE PER LE NUOVE FORME ORGANIZZATIVE (AFT - AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE E UCCP - UNITÀ COMPLESSA DI CURE PRIMARIE) AI SENSI DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) DEL 17 DICEMBRE 2015”*;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento *“La formazione continua nel settore salute”*, Rep. Atti n. 14/CSR del 2 febbraio 2017;
- Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020.

Premessa

L'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie del 4 aprile 2024 (di seguito ACN) prevede l'applicazione delle nuove forme organizzative della specialistica ambulatoriale: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), rispetto alle quali la Regione ha emanato l'“Atto di programmazione regionale per la istituzione e attuazione delle forme organizzative della medicina convenzionata – AFT e UCCP Primo provvedimento” (DGR n. 632 del 28/04/2025 e DGR n. 682 del 05/05/2025) che definisce dimensionamento, tipologia di professionisti partecipanti e modalità organizzative.

L'ACN, inoltre, definisce puntualmente le caratteristiche organizzative delle AFT e delle UCCP, rimandando a un regolamento aziendale il funzionamento delle AFT ed alla programmazione regionale la partecipazione degli specialisti alle AFT e alle UCCP.

In osservanza al DM n. 77 del 23 maggio 2022 appare necessario applicare quelle modalità di organizzazione dell'assistenza territoriale che vedono gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (di seguito SAI et al.), i medici del ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) e i pediatri di libera scelta (PLS) come figure professionali strutturali per la costituzione e del funzionamento delle équipe multiprofessionali (Case della Comunità, cfr. DGR n. 2221/2022).

La articolazione, in ambito distrettuale, di unità organizzative caratterizzate da condivisione di obiettivi e modalità operative indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite, è orientata alla realizzazione di una programmazione dei servizi efficiente, efficace e sostenibile, finalizzata a fornire ai cittadini risposte assistenziali, appropriate e con continuità.

L'attuazione di tali moduli comporta la revisione e riorganizzazione dei processi assistenziali e di accesso alle prestazioni mediante il coordinamento dell'attività degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti, anche con il supporto e lo sviluppo di strumenti informatici e telematici, in un contesto nel quale devono essere assicurati gli obiettivi di salute definiti dalla Regione in coerenza con gli indicatori epidemiologici delle Aziende territorialmente competenti.

Nella Regione Emilia-Romagna gli specialisti ambulatoriali interni titolari di incarico sia a tempo determinato che indeterminato sono attualmente circa 1.040, ai quali si aggiungono 15 veterinari e 216 tra biologi e psicologi, per un monte annuo totale di circa 1,7 milioni di ore (Rilevazione aziendale al 31 dicembre 2024). Negli ultimi anni hanno partecipato attivamente alla costruzione di percorsi integrati per la gestione di malati con patologie croniche e sono stati coinvolti nei percorsi assistenziali con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta su problematiche



specialistiche specifiche, partecipando attivamente al funzionamento dei Nuclei di Cure Primarie (NCP).

Con l'applicazione del nuovo Accordo occorre rafforzare l'esperienza in tutti gli ambiti territoriali, estendendola ad un numero maggiore di malattie croniche, in stretta collaborazione con i RUAP e i PLS. È inoltre essenziale rafforzare il coinvolgimento degli specialisti all'interno delle Case della Comunità (DGR n. 2128/2016 e DGR n. 2221/2022).

Giova ricordare, a tal proposito, la fattiva partecipazione dei SAI et al. durante il periodo pandemico in tutte le iniziative di contrasto al COVID e alla successiva riorganizzazione necessaria alla ripresa dell'attività.

L' Accordo regionale si pone infatti come strumento per sviluppare ulteriormente il sistema delle cure primarie ed il modello regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, nell'ambito di una programmazione dei servizi efficiente e sostenibile, finalizzata a garantire tempestività ed equità di accesso, appropriatezza delle cure e continuità assistenziale. Individua le aree prioritarie e i principi di intervento, con particolare attenzione alla tutela della salute dei soggetti fragili e di quelli affetti da patologie croniche degenerative, in collegamento con i RUAP e i PLS, con l'ospedale e con la Casa della Comunità nell'ambito di percorsi di presa in carico, demandando agli accordi aziendali la definizione delle azioni più appropriate con riferimento alle realtà locali.

Conseguentemente, il presente Accordo regionale definisce, in continuità con quanto previsto dall'ACN, gli obiettivi di salute e gli strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché la modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e le materie esplicitamente rinviate dall'Accordo nazionale.

CONSIDERATO CHE

- La L. n. 189/2012, l'Accordo collettivo nazionale del 4 aprile 2024 e il DM n. 77 del 23 maggio 2022 costituiscono i presupposti normativi e contrattuali che definiscono il ruolo che gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti sono chiamati a svolgere per realizzare i modelli organizzativi.
- Le indicazioni del PRGLA DGR n. 603/19 e la nota del Direttore Generale della Regione Emilia-Romagna prot. n. 0282798 del 21 marzo 2022 costituiscono i riferimenti normativi regionali in materia di specialistica ambulatoriale.
- La normativa regionale indica per la specialistica ambulatoriale la realizzazione di un modello che permetta la presa in carico del paziente sia in termini organizzativi sia in termini clinico assistenziali per i cittadini con patologia cronica e per i casi più complessi (Day Service Ambulatoriale). La Regione nel medesimo contesto ha inoltre fornito indicazioni precise per la corretta gestione delle liste di attesa.
- l'ACN individua come strumento funzionale per la realizzazione degli obiettivi di salute la partecipazione obbligatoria degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti alle AFT e alle UCCP, in quanto strumenti attuativi della programmazione sanitaria per la realizzazione di progetti e di programmi finalizzati. In questo ambito i SAI et al. collaborano all'attività dell'AFT e UCCP, assicurando l'erogazione dei livelli di assistenza a tutti i cittadini, partecipando alla realizzazione della continuità dell'assistenza, ivi compresi i PDTA, i percorsi integrati: ospedale-



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

territorio, territorio-territorio e le dimissioni protette, sviluppando la medicina d'iniziativa, promuovendo l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, partecipando alla diffusione dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, nonché partecipando alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza.

- Come per il precedente Accordo regionale del 2018 (di seguito AIR, cfr. DGR n. 344/2018), al fine di valutare i diversi singoli aspetti funzionali allo scenario sopra delineato, si assume l'orientamento di privilegiare l'analisi degli istituti contrattuali e normativi comportanti la necessità di approfondimento e di interpretazione correlata agli obiettivi e alle finalità che si intendono perseguire, rispetto agli istituti riferiti invece a norme di per sé esaustive.

SI CONDIVIDE QUANTO SEGUE

Programmazione Regionale

Scelte strategiche

- a) potenziare e consolidare l'offerta specialistica ambulatoriale territoriale e di comunità, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
- b) valorizzare le competenze e attivare sinergie virtuose tra Ospedale e Territorio;
- c) investire sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, con particolare riguardo all'appropriatezza prescrittiva e all'utilizzo di risorse socio-sanitarie, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile di tutti gli attori e dei cittadini, anche allo scopo di perseguire la riduzione delle liste d'attesa;
- d) promuovere la partecipazione attiva dei SAI alla governance aziendale, anche attraverso l'attribuzione di funzioni organizzative/gestionali;
- e) diffondere gli strumenti di clinical governance (Evidence Based Practice, Percorsi assistenziali, Clinical Audit, Clinical Risk Management, Health Technology Assessment), mirati prioritariamente alla qualità delle prestazioni e alla sicurezza dei pazienti;
- f) promuovere la semplificazione delle procedure amministrative legate ai processi assistenziali;
- g) definire, applicare e garantire prioritariamente standard quali-quantitativi omogenei sul territorio regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, riducendo le differenze tra i diversi contesti e superando le disuguaglianze nell'offerta;
- h) valorizzare le esperienze locali e promuovere le best practices;
- i) promuovere l'empowerment degli individui e delle comunità per migliorare un appropriato utilizzo dei servizi socio-sanitari.

Obiettivi strategici

- a) ottimizzare la presa in carico della cronicità favorendo la multiprofessionalità e multidisciplinarietà attraverso le AFT della Specialistica ambulatoriale interna;
- b) valorizzare il Comitato Regionale e il Comitato Zonale;
- c) realizzare prioritariamente la presa in carico integrata con la rete medici RUAP/PLS dei pazienti cronici, evitando alla persona in stato di bisogno inutili spostamenti e contatti



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

frammentati con più strutture/professionisti erogatori, migliorando l'accessibilità ai servizi, semplificando le procedure e, soprattutto, valorizzando la relazione tra professionisti ed assistiti, potenziando consulenze e consulti ambulatoriali e domiciliari;

- d) potenziare e valorizzare le cure specialistiche a livello domiciliare, residenziale e presso le strutture di cure intermedie, anche con il supporto degli strumenti di telemedicina e teleassistenza, al fine di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio, la continuità dell'assistenza fra Ospedale e Territorio e viceversa ed evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, favorendone un rientro tutelato e coordinato al domicilio;
- e) sviluppare l'innovazione tecnologica, la dotazione strumentale degli ambulatori territoriali e la rete informatica quali strumenti a supporto di un trattamento tempestivo reso al paziente, ma anche di fruibilità e condivisione delle informazioni al fine di garantire la continuità dell'assistenza nella sua accezione di continuità informativa;
- f) collaborare attivamente nell'ambito dei programmi di prevenzione;
- g) inserire i SAI et al. nei programmi di screening individuati a livello nazionale, regionale e aziendale ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione;
- h) garantire la sicurezza alimentare e la sanità animale;
- i) prevedere nell'ambito della formazione obbligatoria degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e delle altre professionalità sanitarie ambulatoriali percorsi di aggiornamento professionale trasversali con gli altri professionisti, oltre che percorsi finalizzati alla acquisizione di competenze clinico-organizzative e gestionali anche mediante pacchetti formativi prodotti dalle società scientifiche accreditate.

Obiettivi di appropriatezza

Rappresentano obiettivi specifici:

- a) contribuire al buon governo del sistema attraverso percorsi di appropriatezza al fine di migliorare la qualità del servizio e consentire una nuova dimensione dell'offerta che privilegi anche l'assistenza specialistica territoriale;
- b) garantire l'appropriatezza delle richieste di prestazione specialistica secondo le disposizioni nazionali e regionali nell'ottica dell'abbattimento delle liste di attesa;
- c) utilizzare la telemedicina con il teleconsulto specialistico, televisita e telerefertazione prevedendo spazi di consulenza/colloqui tra SAI et al., medici RUAP e PLS per la valutazione di casi, per concordare il percorso di presa in carico e garantirne la prosecuzione;
- d) contribuire a favorire l'appropriatezza delle richieste dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al Pronto Soccorso;
- e) contribuire a garantire un utilizzo appropriato della farmaceutica attraverso il conseguimento di obiettivi e di indicatori per le aree terapeutiche a più rilevante impatto di spesa ed a maggior rischio di inappropriatezza, assegnati annualmente alle Aziende Sanitarie;
- f) incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- g) perseguire l'appropriatezza nelle prescrizioni di protesi e ausili;
- h) assicurare i flussi informativi-informatici (FSE, ricetta dematerializzata, ecc.) ai fini del conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati alle Aziende Sanitarie.

Negli obiettivi di salute sono stati individuati strumenti a tale scopo.

Telemedicina

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo e un importante supporto ai servizi di assistenza primaria per monitoraggio, cura, riabilitazione e prevenzione secondaria nei confronti di persone fragili o affette da patologie croniche. Al fine di dare maggiore impulso, con DGR n. 568 del 6 maggio 2020 è stata riconosciuta l'importanza dell'ampliamento e dello sviluppo dell'uso della telemedicina, intesa quale modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite tecnologie innovative, in particolare servizi di telemedicina specialistica. Inoltre, con il recente Accordo della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020) è stato approvato il documento dal titolo *"Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"*. Tale documento descrive la telemedicina come: *"un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione"*. Esso classifica, tra le altre, le prestazioni di telemedicina secondo vari criteri, tra cui le condizioni per l'erogazione. Il suddetto documento specifica che, riguardo alla attività ambulatoriale, le interazioni a distanza possono avvenire sotto forma di televisita; teleconsulto; teleconsulenza medico-sanitaria; teleassistenza; telerefertazione.

Le modalità organizzative, che vedano un attivo coinvolgimento dei SAI et al., saranno stabilite a livello di AAA, avvalendosi anche dei servizi già avviati dalla Regione Emilia-Romagna, nel rispetto delle normative vigenti.

Tutte le attività dovranno avvenire nel rispetto della normativa sulla *privacy* e, come previsto dalle Indicazioni nazionali sopracitate (Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020): *"Questa attività si considera come parte integrante dell'attività lavorativa dei medici specialisti e delle altre professioni sanitarie e come quella effettuata in presenza non prevede remunerazione a prestazione, e non ha una tariffa a livello di nomenclatore tariffario della specialistica e non prevede compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e nemmeno una prescrizione Ssn. Questa attività può essere registrata mediante gli applicativi aziendali in uso per tenere traccia di quanto erogato ad un paziente e monitorare l'attività del personale coinvolto, ma non viene ad oggi rilevata nei flussi istituzionali"*.

Televisita

La televisita è uno strumento finalizzato all'interazione a distanza dello specialista con il paziente che può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure, se garantisce tutti i requisiti della visita erogata in presenza, e, pertanto, rappresenta una prestazione specialistica ai sensi della normativa vigente.

L'attivazione del servizio di televisita richiede l'adesione preventiva del paziente o del tutore, al fine di confermare tra l'altro la disponibilità di un contatto telematico per la interazione documentale/informativa con lo specialista e accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di *privacy* e sicurezza.

Le televisite possono essere attivate dallo specialista, in sostituzione della visita già prevista (controllo o altro tipo di visita del PDTA), nella fase di *recall* dei pazienti prenotati sulle agende dedicate qualora reputati eleggibili. Il collegamento deve avvenire in tempo reale e consentire di vedere il paziente e



interagire con esso, eventualmente, qualora necessario, anche avvalendosi del supporto del caregiver nella gestione della comunicazione.

Come previsto dalle Indicazioni nazionali sopracitate (Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020) *“la televisita deve essere sempre refertata”* e quando *“afferisce al setting della specialistica ambulatoriale deve essere rendicontata nel flusso ex art. 50, con relativo codice di visita di controllo, deve prevedere la prescrizione su ricettario Ssn e compartecipazione alla spesa se dovuta”*.

Teleconsulto specialistico

Un ulteriore strumento finalizzato alla integrazione ed alla continuità dell'assistenza è rappresentato dal teleconsulto specialistico che si esplica attraverso l'individuazione di fasce orarie per le richieste previamente programmate in cui i SAI et al., i RUAP e i PLS si rendono reciprocamente rintracciabili telefonicamente, in orario di servizio, costituendo spazi di consulenza/colloquio per la presentazione di casi o per conseguire accordi sul percorso di presa in carico; per gli specialisti, previo periodo di monitoraggio, si potrà valutare l'eventuale individuazione di fasce orarie libere da prenotazioni. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più colleghi, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni legate alla presa in carico del paziente.

Le finalità di tale servizio sono ascrivibili all'ottimizzazione della rintracciabilità dei SAI et al., dei RUAP e dei PLS, al fine di favorire il dialogo e la promozione della appropriatezza prescrittiva.

Il risultato di tale servizio dovrebbe essere un orientamento sempre più adeguato all'utenza in termini di percorso di presa in carico e di prioritizzazione della domanda e dell'offerta, e costituisce una ulteriore opportunità di consultazione reciproca fra medici, dove l'iniziativa della comunicazione può partire tanto dal territorio, nelle e verso le sue diverse componenti, quanto dall'ospedale. Pertanto, il teleconsulto va visto in una visione complessiva di sistema, coinvolgendo sia i SAI et al. che gli specialisti dipendenti.

È altresì opportuno che tale servizio possa svilupparsi anche con modalità innovative “multicanale”, tenendo conto delle opportunità oggi offerte dalle moderne tecnologie. Pertanto, detto servizio, oltre essere gestito tramite Call Center, potrà svilupparsi anche attraverso l'utilizzo di strumenti telematici per l'invio di dati refertabili e/o analizzabili, sfruttando piattaforme esistenti e di larga diffusione o mediante App dedicate, le quali permettano di trasferire dati e immagini, se utili al fine del teleconsulto.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT e le Unità Complesse di Cure Primarie (Articoli 6 e seguenti ACN)

Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e i professionisti sanitari operano obbligatoriamente all'interno delle forme organizzative previste dal vigente ACN (AFT e UCCP) e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) della Regione Emilia-Romagna, nonché al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.

Le AFT e le UCCP utilizzano le dotazioni strutturali e strumentali necessarie, fornite dalla Azienda USL, per lo svolgimento delle attività specialistiche e professionali.

Ferma restando la necessità di istituire le AFT in tutte le Aziende USL, se ne prevede l'inserimento negli atti aziendali.



Integrazioni agli articoli dell'ACN

Caratteristiche generali delle AFT (Articolo 7)

L'AFT è una forma organizzativa a carattere monoprofessionale e multidisciplinare, che rientra nell'ambito dell'organizzazione distrettuale o sovradistrettuale.

Ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'ACN, la AFT contribuisce a garantire l'assistenza attraverso la collaborazione con le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP/Case di Comunità del Distretto/Azienda USL. Nelle AFT e UCCP della specialistica sono integrati anche i veterinari per le attività correlate alla prevenzione.

L'AFT, attraverso una migliore possibilità di accesso a livello distrettuale, una semplificazione delle procedure di accettazione in maniera integrata, organizzata e coordinata, è in grado di garantire tutti i servizi specialistici territoriali di elezione, secondo percorsi clinici omogenei integrati con i corrispondenti servizi specialistici ospedalieri. Rappresenta, quindi, il "gruppo clinico specialistico di riferimento" strutturato per dare "la risposta" nei diversi setting assistenziali territoriali ai casi clinici di competenza specialistica che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Le AFT, nello svolgimento dei compiti previsti dall'art. 7, comma 4, dell'ACN, rappresentano il principale punto di riferimento specialistico distrettuale o sovradistrettuale, nell'ambito dei percorsi di cura attivati, per il controllo della cronicità, attraverso l'integrazione fra competenze ospedaliere e territoriali, sotto l'aspetto clinico e operativo.

L'attività delle AFT è finalizzata al superamento della frammentazione dell'assistenza e del "pendolarismo assistenziale".

La AFT eroga visite e prestazioni specialistiche di diagnostica, di laboratorio, consulti o interventi specialistici interdisciplinari, anche di tipo psicologico, nell'ambito dei PDTA, eroga inoltre le prestazioni specialistiche domiciliari e residenziali previste nei LEA, su richiesta del MMG, del PLS o di altro specialista.

Inoltre, attraverso la AFT si attua la presa in carico, in stretta collaborazione con i MMG e i PLS, di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche con l'obiettivo di ridurre il ricorso ai "ricoveri impropri e l'inappropriato utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza".

Nell'ambito dei percorsi di cura attivati per il controllo della cronicità, ogni AFT contribuisce a garantire l'assistenza del paziente, in forma integrata con le AFT della medicina generale e le AFT della pediatria di libera scelta, fino alla "dimissione virtuale" programmando e prenotando visite specialistiche, prescrizioni di esami di laboratorio o strumentali, sia di primo accesso che di follow-up (accesso 0/zero), consulti con i vari specialisti che ne fanno parte (percorso interno) ovvero in caso di necessità inviando il paziente a prestazioni di day service o direttamente al ricovero ospedaliero (percorso esterno).

Nel caso di "percorso interno", una quota parte dell'orario settimanale dello specialista, concordata tra referente di AFT e Direttore di Distretto e/o Struttura, è destinata alla attività specifica organizzata dall'AFT (anche di secondo livello, qualora le caratteristiche della struttura erogante lo consentano) nelle varie discipline ritenute necessarie. Tale modalità è finalizzata a garantire, attraverso un percorso agevolato, l'iter diagnostico-terapeutico più efficace in relazione alla complessità del quadro clinico.

Nel caso di "percorso esterno", tramite l'attivazione di percorsi definiti e concordati con il setting ospedaliero, è possibile programmare il ricovero o l'intervento specialistico di II livello ovvero tutte le attività necessarie di diagnostica di alta tecnologia.



Le AFT specialistiche, assieme alle altre AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta, rappresentano il punto territoriale di riferimento certo per il cittadino attraverso il quale ottenere l'erogazione delle prestazioni a bassa e medio-bassa intensità assistenziale, così come l'ospedale assicura le attività a medio-alta ed alta intensità assistenziale e l'urgenza/emergenza.

L'art. 7, co. 6 dell'ACN prevede che le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della AFT siano parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto e che tra gli obiettivi vada incluso anche il grado di integrazione degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'art. 6, co. 3 dell'ACN e dei professionisti delle AFT con il personale operante nelle forme aggregative dell'assistenza primaria. La medesima clausola prevede inoltre che la valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti in sede regionale e aziendale, costituisca la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei componenti della stessa AFT. Si concorda che l'indicatore principale di integrazione sia rappresentato dal numero di incontri di lavoro multidisciplinari e/o multiprofessionali atti ad affrontare gli aspetti organizzativi e/o clinici che coinvolgono più branche (es. PDTA melanoma con presa in carico del paziente a partire dal sospetto diagnostico alla tempestiva asportazione, stadiazione, follow-up), realizzati nel corso dell'anno e che hanno visto la partecipazione degli specialisti delle diverse branche e del personale delle forme aggregative dell'assistenza primaria, nonché i professionisti e gli specialisti dipendenti ospedalieri e territoriali.

Posto che l'art. 7, co. 7 dell'ACN prevede che le Regioni possano integrare compiti, funzioni e obiettivi delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico, si concorda che gli obiettivi assegnati alle AFT dovranno essere correlati agli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale alle Direzioni Generali, con particolare riferimento ai PDTA che coinvolgono più specialità con l'obiettivo di assicurare un efficiente e coordinato processo di "presa in carico" tra professionisti medici afferenti a specialità diverse.

In particolare, si concorda che gli indicatori **per gli specialisti ambulatoriali** siano:

Indicatore	Peso	Target
Numero di incontri di lavoro multidisciplinari e/o multiprofessionali per ogni AFT	25%	>= 3 anno
Partecipazione volontaria allo smaltimento delle pre-liste oppure al recupero di pazienti per assenza, a vario titolo, dello specialista (in caso di mancata attivazione l'obiettivo si considera raggiunto)	25%	Si
Prescrizione di visite di controllo con accesso zero rispetto al totale delle prescrizioni di visite di controllo della AFT	25%	90%
Prescrizione di altre prestazioni con accesso zero rispetto al totale delle prescrizioni di altre prestazioni della AFT	25%	70%

In particolare, si concorda che gli indicatori **per le altre professionalità** siano:

Indicatore	Peso	Target
Numero di incontri di lavoro multidisciplinari e/o multiprofessionali per ogni AFT	50%	>= 3 anno
Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi delle UU.OO. di afferenza	50%	Target aziendali



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

In particolare, si concorda che gli indicatori **per i veterinari** siano:

Indicatore	Peso	Target
Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi delle UU.OO. di afferenza	100%	Target aziendali

Le parti si riservano di rivedere annualmente, nell'ambito del Comitato regionale, gli obiettivi individuati per ciascun indicatore.

Si concorda inoltre che le risorse previste dall'ACN agli articoli 43, lettera B, comma 7 (0,86 € per ora di attività), 44, lettera B, comma 6 (0,59 € per ora di attività), 49, comma 7 (1,08 € per ora di attività), integrate con quanto previsto dall'articolo 43, lettera B, comma 8, e dall'articolo 44, lettera B, comma 7 vengano destinate alla remunerazione degli obiettivi di AFT. Fermo restando che la partecipazione da parte del singolo specialista ad almeno l'80% delle attività di audit e agli incontri multidisciplinari costituisce il prerequisito individuale per l'accesso al riparto delle risorse, le risorse di cui sopra sono ripartite agli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti facenti parte dell'AFT sulla base delle ore di attività.

Le risorse che, per effetto del parziale o mancato raggiungimento dei target da parte delle AFT si rendono disponibili, rimangono nella disponibilità del presente ambito contrattuale e sono erogabili negli anni successivi sulla base del raggiungimento degli obiettivi e/o dello svolgimento delle attività concordati a livello aziendale, tenuto conto anche delle indicazioni del Comitato regionale.

Il processo di valutazione congiunta dei risultati ottenuti avviene a livello aziendale, con il coinvolgimento attivo dei referenti di AFT e dei responsabili di branca.

Referente di AFT

Ad integrazione dei compiti previsti all'articolo 8, commi 3, 4, 5 e 6 e dall'articolo 39, comma 5 dell'ACN, così come già previsto nell'Air 12 marzo 2018, il Referente di AFT:

- collabora con i responsabili di Branca per le attività proprie dello stesso (governo delle liste attese, governo PDTA, formazione, governo clinico, governo complessivo dell'erogazione dei LEA, valutazione del fabbisogno);
- concorre al coordinamento e organizzazione dell'attività ambulatoriale esterna (domicilio, dimissione protetta, strutture residenziali e semiresidenziali, Case della Comunità, istituti penitenziari, ospedali di comunità, altre strutture ambulatoriali aziendali, AFT di RUAP/PLS);
- concorre a garantire il corretto svolgimento dell'attività specialistica nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle strutture di ricovero non dedicate ai malati in fase acuta (Hospice, Ospedali di Comunità, CRA) e negli Istituti Penitenziari;
- concorre, insieme al referente aziendale, alla realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie prevalenti, attraverso l'integrazione professionale e le forme organizzative della medicina territoriale (AFT di RUAP/PLS, Case della Comunità);
- concorre alla gestione dell'attività degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti la cui numerosità, a livello aziendale, non consenta l'individuazione di un responsabile di branca;
- la valutazione degli obiettivi dei referenti (articolo 8, comma 7, dell'ACN) deve avvenire anche sulla base della corretta gestione delle agende e corretta applicazione della presa in carico/autogestione;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- partecipa di diritto all'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, ove presente, ed è il riferimento per il board della CdC hub.

L'attuazione della funzione di referente di AFT non dovrà in ogni caso pregiudicare l'attività ambulatoriale ordinaria, dovendo essere svolta fuori orario.

Lo svolgimento delle attività derivanti dall'incarico di referente di AFT è remunerato con un compenso annuo di € 10.000, al netto dei contributi previdenziali a carico dell'Azienda USL, rapportato ai mesi di attività svolta.

L'incarico di referente di AFT non è compatibile con lo svolgimento dell'incarico di responsabile di branca.

La verifica sull'attività svolta è effettuata dal Direttore Generale, o suo delegato, sulla base di criteri oggettivi, preventivamente individuati localmente, di concerto con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, e comporterà la decadenza dalla funzione qualora, nell'arco di un biennio, sia stato evidenziato il mancato raggiungimento degli obiettivi definiti.

UCCP (Articolo 9)

Fermo restando quanto indicato nell'atto di programmazione per le nuove forme organizzative (DGR n. 632/2025 e DGR n. 682/2025), fanno parte delle UCCP, intese quali forme organizzative complesse che operano in forma integrata, anche gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti.

Le UCCP rappresentano una opportunità per offrire percorsi semplificati di accesso all'assistenza specialistica facilitati dalla presenza in un medesimo luogo di figure professionali appartenenti sia alla dipendenza che alla medicina convenzionata e da un forte collegamento organizzativo e professionale.

Nelle UCCP può essere prevista la presenza di ambulatori chirurgici e ambulatori dedicati per patologia.

Il coordinatore di UCCP (Articolo 10)

Si rimanda all'articolo 10 dell'ACN per le funzioni del coordinatore di UCCP, nonché per le modalità di individuazione.

Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 dell'ACN o i professionisti operanti nell'ambito della stessa, la procedura di designazione del coordinatore dovrà seguire analoghi criteri e modalità previsti per la designazione del referente di AFT.

Il coordinatore deve essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per almeno tre anni. L'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza; il candidato deve inoltre aver maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale, compresa la responsabilità di branca e/o di AFT.

Al coordinatore di UCCP possono essere affidate, in particolare, le funzioni di:

- a) organizzazione dei percorsi assistenziali, coordinamento organizzativo e dell'attività clinica;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
- c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.

Delegazione trattante (Articolo 14, co. 3 e 5)

La Delegazione trattante deve essere costituita sia a livello regionale che aziendale.

Le parti convengono che gli incontri della Delegazione trattante regionale si tengono in presenza presso la sede dell'Assessorato per le Politiche per la Salute, in Bologna, e gli incontri della Delegazione trattante aziendale presso le sedi individuate a livello locale da ciascuna Azienda sanitaria, salvo situazioni eccezionali e/o emergenziali per le quali sarà valutata l'opportunità dell'attivazione di un videocollegamento per la partecipazione da remoto. Agli incontri partecipano i componenti titolari o, in caso di assenza, i relativi sostituti come da provvedimento regionale ovvero aziendale di costituzione della Delegazione trattante vigente. In caso di impossibilità a partecipare da parte del componente titolare la presenza sarà assicurata dal sostituto. È responsabilità del componente titolare dare alla Regione o alla AUSL tempestiva comunicazione, per iscritto, della impossibilità a partecipare, assicurando la presenza del sostituto.

La Delegazione trattante regionale è costituita secondo i seguenti criteri:

- a) rappresentatività in base alla consistenza associativa, a livello regionale, determinata dal numero delle deleghe come da rilevazione SISAC al primo gennaio dell'anno precedente;
- b) 8 rappresentanti sindacali (almeno un rappresentante sindacale delle Sigle firmatarie dell'ACN 2024) e 10 rappresentanti di parte pubblica, componenti del Tavolo trattante;
- c) a seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto della delegazione trattante. L'opportunità dell'intervento dell'esperto è preliminarmente valutata dal coordinatore del tavolo trattante;

Alle riunioni della Delegazione trattante non è prevista la presenza di uditori.

La Delegazione trattante aziendale è costituita secondo i seguenti criteri:

- a) rappresentatività in base alla consistenza associativa (numero delle deleghe come da rilevazione SISAC al primo gennaio dell'anno precedente);
- b) numero di componenti da definire a livello aziendale;

I rappresentanti sindacali devono essere formalmente accreditati quali componenti delle Delegazioni trattanti.

Si ricorda, ai sensi dell'articolo 14, comma 4, la necessità di verificare la corretta costituzione delle delegazioni trattanti aziendali prima della apertura delle trattative per gli AAA.

La composizione delle Delegazioni trattanti di parte sindacale è eventualmente aggiornata annualmente, sulla base della rilevazione delle deleghe sindacali da parte di SISAC al primo gennaio dell'anno precedente.

Comitato regionale e comitato zonale (Articoli 17 e 18)

Per la partecipazione al Comitato regionale si rinvia a quanto previsto dall'art. 17 dell'ACN 2024.



Le parti convengono che gli incontri del Comitato regionale, almeno 2 all'anno come previsto dall'articolo 17, si tengono esclusivamente in presenza presso la sede dell'Assessorato per la Salute della Regione Emilia-Romagna, salvo situazioni eccezionali e/o emergenziali per le quali sarà valutata l'opportunità dell'attivazione di un videocollegamento per la partecipazione da remoto. Gli incontri dei Comitati zonali si tengono esclusivamente in presenza presso le sedi individuate dalle AUSL. In caso di impossibilità a partecipare da parte del componente titolare la presenza sarà assicurata dal sostituto. È responsabilità del componente titolare dare tempestiva comunicazione scritta alla Regione o alla AUSL della impossibilità a partecipare, assicurando la presenza del sostituto.

Non competono al Comitato regionale la trattativa e la definizione degli Accordi Integrativi Regionali.

Compiti e funzioni dello specialista ambulatoriale (Articolo 24)

Integrazione fra le varie professionalità e ambiti di cura

La programmazione sanitaria regionale ha favorito lo sviluppo dell'assistenza territoriale non ospedaliera volta a garantire la domiciliarità quale luogo più appropriato per la cura di pazienti con patologie croniche. In coerenza con tale indicazione, le Aziende USL hanno promosso il potenziamento e la valorizzazione dell'assistenza domiciliare soprattutto nella forma a più alta valenza di intensità assistenziale, la realizzazione di strutture sanitarie intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità) e socio-sanitarie (CRA).

In tale contesto, l'assistenza domiciliare si avvale della componente specialistica ambulatoriale integrata in un progetto complessivo multidisciplinare, teso ad assicurare risposte rapide ed efficaci a casa del paziente, anche coinvolgendo la figura del caregiver e promuovendo l'educazione terapeutica a domicilio.

La collaborazione degli specialisti ambulatoriali e, per quanto di loro pertinenza, dei veterinari e professionisti, è inserita nella programmazione delle attività finalizzate alla continuità assistenziale e viene realizzata:

- garantendo l'assistenza specialistica ambulatoriale nelle Case della Comunità, sia come risposta ad un bisogno episodico, occasionale (per esempio, inquadramento diagnostico, indicazione di trattamento), sia nell'ambito di percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica, dotando, ove necessario e possibile, tali ambulatori di strumenti di telemedicina e diagnostica di base, finalizzati anche al miglioramento della presa in carico (D.G.R. n. 1056 del 27 luglio 2015, Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 e D.G.R. n. 2221 del 12 dicembre 2022);
- garantendo la partecipazione all'attività delle equipe multiprofessionali per la presa in carico della cronicità secondo i principi della medicina di iniziativa;
- mediante il supporto e l'utilizzo di dotazioni tecnologiche in grado migliorare il lavoro prescrittivo e refertativo;
- attraverso la partecipazione a sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi nell'ambito delle AFT RUAP/PLS, anche mediante l'utilizzo della strumentazione diagnostica di cui al D.M. 29 luglio 2022;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- nell'ambito dell'assistenza domiciliare, nelle strutture residenziali, negli Hospice territoriali, negli Ospedali di Comunità e negli Istituti penitenziari;
- attraverso percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali condivisi, in particolare relativi alle patologie croniche.

Tutti gli specialisti ambulatoriali sono pertanto tenuti ad assicurare le consulenze per le strutture sopra indicate entro il debito orario, nel caso che il piano di lavoro lo consenta, o fuori dall'orario di servizio (ai sensi dell'articolo 32, comma 5, dell'ACN). I tempi massimi di erogazione delle prestazioni previste dal presente articolo vengono definiti a livello aziendale in coerenza con la normativa nazionale di riferimento.

Obiettivi di salute

È prioritario garantire, con spazi dedicati e concordati con l'Azienda, la definizione e la condivisione di Percorsi Integrati di Cura per:

- pazienti post-acuti, dimessi dall'ospedale, a rischio elevato di re-ospedalizzazione, che necessitano di competenze clinico-gestionali ed assistenziali in una struttura dedicata o a domicilio;
- pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, o pazienti fragili con elevati bisogni assistenziali, che richiedono una presa in carico da parte di un team multidisciplinare;
- pazienti cronici stabilizzati che necessitano di monitoraggio del loro stato di salute attraverso un approccio di medicina di iniziativa.

Al fine di garantire una appropriata continuità dell'assistenza, tali percorsi dovranno comprendere anche l'intervento di presa in carico dello specialista al manifestarsi delle riacutizzazioni nei pazienti stabilizzati.

Saranno, pertanto, concordati, condivisi, aggiornati all'occorrenza ed applicati i PDTA per patologie croniche prevalenti (per esempio, broncopneumologiche, cardiologiche, neurologiche, oncologiche).

Governo dell'offerta

Gli specialisti ambulatoriali, i professionisti e, per quanto di loro pertinenza, anche i veterinari, collaborano ai percorsi di semplificazione dell'accesso e alla costruzione di percorsi ambulatoriali complessi. I principi che ispirano la riorganizzazione sono la trasparenza dei criteri e delle modalità di accesso ai servizi, l'appropriatezza della risposta in relazione al bisogno di salute, l'equità di accesso alle prestazioni. In particolare, la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale, con i percorsi di semplificazione e di day service, ha la finalità di ricondurre l'intero percorso diagnostico agli accessi necessari, secondo modalità programmate, riducendo, per il cittadino, l'onere dei numerosi e frammentati passaggi per la prescrizione e la prenotazione delle prestazioni, che possono pregiudicare la stessa continuità dell'assistenza.

La prenotazione dei controlli – ravvicinati o a distanza, secondo indicazioni cliniche – da parte del professionista o della struttura ospedaliera/territoriale che ha in carico il cittadino è tassativa. Tale modalità di prenotazione è garantita dalla informatizzazione delle attività ambulatoriali per la gestione della prescrizione, con lo scopo di garantire al paziente la presa in carico e la continuità



dell'assistenza, oltre che assicurare il ritorno della refertazione elettronica al medico di ruolo unico di assistenza primaria ed al pediatra di libera scelta.

Per i pazienti più complessi si ribadisce l'importanza dello sviluppo dei percorsi di day service ambulatoriale, anche ai fini di trasferire in regime ambulatoriale le prestazioni che non necessitano di ricovero ospedaliero, e dei percorsi clinico-assistenziali integrati, da sviluppare a livello aziendale in base alle potenzialità e alle opportunità locali.

Gli specialisti garantiscono flessibilità organizzativa, ossia modulazione della tipologia di prestazioni e delle classi di priorità di accesso sull'agenda, ivi compresa la priorità U, nel rispetto dei tempi condivisi ed in presenza di criteri clinici/organizzativi di sicurezza, sulla base delle necessità aziendali.

Assistenza Farmaceutica

Si conviene di integrare la Commissione regionale per il farmaco con un rappresentante degli specialisti ambulatoriali, in occasione del prossimo rinnovo della composizione della predetta Commissione.

Per evitare duplicazioni di visite, e nello specifico interesse del cittadino, si concorda, oltre ad una piena applicazione dell'articolo 24, comma 8, lettera i) dell'ACN 2024, di autorizzare gli specialisti ambulatoriali alla prescrizione dei piani terapeutici a seconda dell'indicazioni della Direzione Sanitaria aziendale e in accordo con le indicazioni regionali riguardanti il governo della farmaceutica.

Attività di ricerca

Gli specialisti ambulatoriali e i professionisti si rendono disponibili a svolgere attività di ricerca clinica-epidemiologica e sperimentazione, con particolare riguardo alla farmaco vigilanza ed al monitoraggio post-marketing dei farmaci e dei dispositivi di recente introduzione, degli studi osservazionali su larga scala e degli studi sull'organizzazione sanitaria.

I veterinari si rendono disponibili a svolgere attività di ricerca clinica-epidemiologica e sperimentazione, con particolare riguardo alla farmaco vigilanza ed al monitoraggio post-marketing dei farmaci di recente introduzione.

Le modalità eventuali di riconoscimento di tali attività sono declinate negli accordi aziendali.

Compiti e funzioni del veterinario (Articolo 25)

Nel rispetto del modello organizzativo definito dalle stesse, le Aziende USL assicurano che il medico veterinario, ai sensi del presente Accordo ed inserito nel Sistema Sanitario della Regione Emilia-Romagna, concorra, congiuntamente ai dipendenti e agli altri operatori sanitari, allo svolgimento delle attività istituzionali ed al raggiungimento degli obiettivi di salute specificatamente individuate dal Piano Sanitario Regionale, in particolare, in osservanza ai Regolamenti UE nn. 2016/429 e 2017/625 ss.mm.ii e relativi regolamenti delegati e di esecuzione. in materia di controlli ed altre attività nel campo della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Vengono richiesti pertanto gli stessi requisiti professionali dei dipendenti in modo che le Aziende sanitarie possano avvalersi di personale con competenze omogenee. Le Aziende sanitarie offrono le medesime opportunità formative e di aggiornamento ai medici veterinari convenzionati.

Per l'esercizio della propria attività ispettiva e di controllo ufficiale al fine di dare attuazione a normative che prevedono obblighi e restrizioni per il cittadino/imprenditore, il medico veterinario convenzionato, al pari del dipendente, ricopre la funzione di Pubblico Ufficiale coi poteri ed i doveri previsti dal Codice penale.



In qualità di pubblico ufficiale, sulla base di quanto disposto dall'articolo 13, commi 1, 2 e 3, della L. n. 689/1981, in presenza di fattispecie di reato, è chiamato, nell'ambito delle attribuzioni e competenze assegnate dall'Amministrazione di appartenenza, a svolgere funzioni di ufficiale o agente di Polizia Giudiziaria.

Compiti e funzioni del professionista (Articolo 26)

I Biologi, i Chimici e gli Psicologi ambulatoriali costituiscono una componente professionale indispensabile per la compiuta realizzazione dei servizi volti alla prevenzione, alla diagnostica di laboratorio, alla diagnosi, al monitoraggio delle cure, nel rispetto delle relative competenze professionali.

Il professionista incaricato ai sensi del presente Accordo:

- a) concorre con l'Azienda al buon funzionamento dei presidi e al perseguimento dei fini istituzionali;
- b) esegue le prestazioni professionali proprie delle categorie così come regolamentate dalle relative leggi di ordinamento e dall'articolo 1 del D.P.R. 19 novembre 1998, n. 458;
- c) promuove e partecipa alle équipe multiprofessionali per la definizione dei PDTA e per l'utilizzo appropriato della diagnostica di laboratorio;
- d) partecipa ai programmi e ai progetti finalizzati, alle sperimentazioni cliniche e alle attività di telemedicina;
- e) attiva procedimenti ed iniziative tese a favorire la qualità dei servizi, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali condivisi, in particolare relativi al monitoraggio delle patologie croniche e oncologiche.

L'attività dei professionisti è pienamente integrata nelle attività svolte nella struttura complessa di appartenenza e con una forte integrazione con il personale laureato dipendente; pertanto, essi partecipano al perseguimento degli obiettivi dell'UO di afferenza, condividendone altresì l'eventuale raggiungimento e il relativo riconoscimento economico corrisposto in relazione dell'articolo 44, lettera B, comma 6, dell'ACN.

Resta in capo alle Aziende sanitarie la declinazione puntuale degli obiettivi e la relativa valutazione, in relazione alle singole specificità locali e nel rispetto del presente Accordo integrativo regionale.

Organizzazione del lavoro (Articolo 29)

Per promuovere l'integrazione professionale ed organizzativa dei SAI et al. è necessario definire congiuntamente alcuni punti qualificanti relativi all'organizzazione del lavoro.

Sviluppo organizzativo – Referente aziendale

In linea con quanto previsto dai precedenti AA.II.RR., si conferma che le Aziende USL individuano un Referente Aziendale scelto ai sensi dell'art. 8, co. 3 ACN 2024 tra i referenti di AFT.

Il Referente Aziendale individuato:

- partecipa al Collegio di Direzione;
- coordina i referenti di AFT e si raccorda con i responsabili di Branca;
- si raccorda con il RUA aziendale per le problematiche inerenti la specialistica ambulatoriale;
- propone programmi finalizzati all'abbattimento dei tempi di attesa, per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali mediante un miglior utilizzo delle risorse assistenziali



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

disponibili ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva anche secondo quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 (nuovi LEA).

Eventuali compiti ulteriori saranno declinati in sede aziendale.

È demandata alla contrattazione aziendale la definizione di un eventuale compenso aggiuntivo per il Referente Aziendale; le risorse per tale compenso derivano da quanto previsto dall'art. 43, lett. B, co. 7 e dall'art. 44, lett. B, co. 6 ACN 2024.

Sviluppo organizzativo – Responsabile di Branca

Per le branche specialistiche cui afferisce una pluralità di specialisti ambulatoriali (di norma non inferiori ad 8), anche di branche omogenee o complementari è individuato, in relazione alla programmazione aziendale, un responsabile di branca. Il responsabile di Branca viene individuato preferibilmente tra gli specialisti ambulatoriali titolari di un congruo numero di ore.

Ai sensi dell'art. 29, co. 9 ACN vigente, le Aziende USL valutano l'opportunità di istituire il responsabile di branca dei medici veterinari, dei biologi, dei chimici e degli psicologi, tenuto conto della consistenza numerica a livello aziendale dei convenzionati di riferimento.

Ai fini della individuazione del Responsabile di Branca, ogni Azienda USL raccoglie, presso tutti gli specialisti ambulatoriali della medesima branca e delle branche omogenee o complementari, veterinari, dei biologi, dei chimici e degli psicologi, la disponibilità a svolgere l'incarico.

L'incarico di responsabile viene assegnato da parte del Direttore Generale, sentito il Referente aziendale, tenuto conto del percorso professionale e dei seguenti criteri:

- congruo numero di ore di incarico (almeno 15 settimanali);
- svolgimento di attività anche sul territorio (per esempio, hospice, CRA, ADI);
- precedenti esperienze in ruoli di coordinamento;
- adeguato percorso formativo riconosciuto dalla Regione svolto anche durante l'incarico.

Il Responsabile di Branca:

- fa parte di diritto del Comitato di Dipartimento di afferenza;
- fa parte delle Commissioni Tecniche Aziendali;
- partecipa alla definizione del budget annuale del Dipartimento di afferenza;
- collabora, al pari degli altri professionisti, alla definizione dei PDTA relativi alle patologie delle branche di pertinenza;
- pianifica, con i Direttori dei Dipartimenti di riferimento, l'attività specialistica ambulatoriale per garantire una erogazione costante e continuativa nell'arco dell'anno, in aderenza alla programmazione e agli indirizzi assunti a livello aziendale, promuovendo attivamente flessibilità organizzativa in relazione all'andamento dei tempi di attesa e adottando le decisioni necessarie per l'impiego ottimale delle risorse, anche in riferimento alla programmazione delle assenze preventivabili;
- nel rispetto della programmazione regionale e nell'ambito di specifiche progettualità aziendali, possono essergli attribuiti compiti relativi all'organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- evidenzia i bisogni formativi e formula proposte di aggiornamento in merito al programma formativo annuale in coerenza con gli indirizzi strategici della direzione aziendale e con le indicazioni elaborate in seno al comitato di dipartimento;
- propone, sentito il referente di cui all'articolo 8, comma 3, dell'ACN, programmi finalizzati all'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, mediante il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili, e il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni anche secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017 ("Nuovi LEA") e dalle linee guida aziendali e al miglioramento della appropriatezza nell'accesso al Pronto Soccorso;
- ha l'onere della gestione del piano ferie garantendo la continuità dell'offerta;
- concorre alla realizzazione/raggiungimento degli obiettivi prescrittivi quali/quantitativi stabiliti ogni anno dalla Direzione di Dipartimento con gli opportuni indicatori.

Il ruolo del referente Aziendale, del referente di AFT e del responsabile di Branca dovrà essere richiamato negli atti aziendali.

I compiti precedenti, per quanto applicabili, fanno riferimento anche ai veterinari ed ai professionisti.

L'attuazione della funzione di responsabile di Branca non dovrà in ogni caso pregiudicare l'attività ambulatoriale ordinaria, dovendo essere svolta fuori orario.

Al responsabile di Branca, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 29, comma 8, dell'ACN viene riconosciuto un compenso annuo di € 10.000, al netto degli oneri previdenziali, rapportato ai mesi di attività svolta. Il compenso viene corrisposto:

- quota fissa (60%) per i compiti previsti dal presente accordo
- quota variabile (40%) proporzionalmente al grado di raggiungimento degli obiettivi.

La verifica sull'attività svolta è effettuata dal Direttore Generale o suo delegato, sentito il referente Aziendale, sulla base di criteri oggettivi, preventivamente individuati localmente, di concerto con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, e comporterà la decadenza dalla funzione qualora, nell'arco di un biennio, sia stato evidenziato il mancato raggiungimento degli obiettivi definiti.

Accesso al servizio mensa

Il diritto alla fruizione del pasto è riconosciuto agli specialisti ambulatoriali interni, ai veterinari e ai professionisti dell'Azienda con le stesse modalità ed al verificarsi delle condizioni previste per il personale dipendente.

Assenze per malattia e gravidanza (Articolo 34)

Le parti evidenziano come l'art. 34, co. 4 dell'ACN 2024 preveda un periodo massimo di 14 settimane complessive interamente retribuite al SAI et al. che si assenti dal servizio per gravidanza o puerperio, affido e adozione senza indicare la collocazione temporale di tale periodo nell'ambito dell'assenza dal servizio. Se ne deduce che si lascia alla scelta della professionista interessata l'individuazione temporale delle 14 settimane di assenza interamente retribuite.

Le parti convengono che, in presenza di incarichi in più Aziende, quanto previsto dal comma 7 dell'articolo 34 ("Per l'incarico a 38 ore settimanali il permesso è pari a 18 ore mensili fruibili



esclusivamente presso l'Azienda nella quale è maturato il diritto.") sia da intendere che le ore di permesso debbano essere fruite in ciascuna di queste in proporzione all'orario di incarico.

Formazione continua (Articolo 40)

Il piano annuale di formazione per i SAI et al. viene concordato perseguendo anche l'obiettivo della integrazione del percorso formativo con tutti i professionisti, dipendenti e convenzionati, che operano nell'ambito aziendale.

Si conviene di mantenere quanto già previsto nel precedente accordo regionale relativamente al limite massimo di 50 ore annue di formazione.

Modalità di svolgimento

Ciascun SAI et al. dispone di un monte ore formativo annuale così suddiviso:

- 50% (pari a 25 ore/anno) di aggiornamento professionale finalizzato alla partecipazione obbligatoria a corsi organizzati su tematiche di interesse regionale/aziendale – le tematiche saranno concordate con i responsabili di branca, ove individuati
- 50% (pari a 25 ore/anno) su tematiche di interesse specifico per lo specialista ambulatoriale, veterinario e professionista, ma comunque inerenti all'attività professionale svolta negli ambulatori aziendali e ricomprese nei LEA.

Nel caso in cui la formazione aziendale non venga programmata nei modi e nei tempi sopra specificati, lo specialista ambulatoriale, veterinario e professionista avrà la facoltà di acquisire i crediti formativi in modo autonomo, allo scopo di ottenere l'intero monte-crediti previsto, godendo del relativo permesso retribuito, nei limiti del monte ore formativo individuale.

La partecipazione alle iniziative formative determina il riconoscimento di un permesso retribuito nel rispetto dei seguenti limiti:

- 32 ore annue per incarichi fino a 15 ore settimanali;
- 50 ore annue per incarichi fino a 38 ore settimanali.

Il limite massimo annuo comprende anche le ore di formazione a distanza (FAD) debitamente autorizzato.

La durata del corso riconosciuta al singolo professionista verrà conteggiata considerando quanto certificato nell'attestato di frequenza o indicato in fase di accreditamento, ferma restando la possibilità di riconoscere, come orario di servizio e nel limite dell'orario previsto per quella giornata, anche le ore necessarie al raggiungimento (e relativo rientro) della sede formativa.

La partecipazione alle iniziative formative, nel limite di cui sopra, viene riconosciuta al professionista indipendentemente dal fatto che questa avvenga durante le ore di incarico.

Per gli specialisti, professionisti e veterinari con incarichi in più Aziende USL il limite orario deriva dalla somma delle ore di incarico settimanali.

Gli specialisti, professionisti e veterinari si impegnano a comunicare tempestivamente all'Azienda USL eventuali cambiamenti delle ore di incarico, nonché a richiedere l'autorizzazione alla partecipazione alle iniziative con almeno 30 giorni di preavviso.

Ai medici specialisti ambulatoriali, ai veterinari ed ai professionisti sono riconosciuti crediti didattici ai sensi dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano "La



Formazione Continua Nel Settore «Salute» del 2 febbraio 2017 e nei successivi manuali a cui lo stesso Accordo rimanda, in particolare il Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario.

In particolare gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti possono acquisire crediti oltre che in qualità di partecipanti ad eventi formativi accreditati, anche attraverso ulteriori attività ECM (per esempio, tutoraggio in aula, sul campo e in e-learning, autore di materiale FAD), come ricercatori nelle sperimentazioni cliniche, attraverso la redazione di pubblicazioni scientifiche, lo studio individuale di pubblicazioni scientifiche e, infine, attraverso il tutoraggio nella formazione e nei tirocini formativi professionalizzanti pre e post laurea, previsti dalla legge.

Si conviene che per le attività di docenza e tutoraggio (funzione quest'ultima strutturata per le tipologie di formazione individuate nell'AUSL) sia previsto un trattamento da concordare in sede locale, analogo a quello del dipendente.

Si conviene che la Regione promuova e favorisca iniziative regionali o aziendali volte a consolidare le competenze dei responsabili di branca, referenti di AFT e referenti aziendali; tali iniziative potranno essere svolte in modo integrato con le analoghe figure degli altri settori della medicina convenzionata.

Programmi e progetti finalizzati (Articolo 41)

Prioritariamente, si individuano i seguenti programmi e progetti finalizzati:

- la Regione Emilia-Romagna, con la D.G.R. n. 1056/2015 e successive note della Direzione generale regionale sui protocolli di appropriatezza prescrittiva (Prot. 21/03/2022. 0282714.U) e sulla presa in carico (Prot. 21/03/2022. 0282798.U), nonché con la D.G.R. n. 603/19 e la D.G.R. n. 620/24 sullo smaltimento delle liste di attesa, ha fornito indicazioni per la complessiva riorganizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per il contenimento dei tempi di attesa. Si conviene che le Aziende USL possano adottare provvedimenti di contenimento delle liste di attesa, in accordo con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, con il coinvolgimento dei referenti di AFT, secondo le modalità concordate in sede aziendale, anche attraverso il ricorso, fra gli altri, a *overbooking*, all'attivazione di sedute aggiuntive in simil-ALPI, alla erogazione di prestazioni "urgenze-U", alla costituzione di team di "specialisti *on call*" a supporto dei RUAP, comprese eventuali progettualità in itinere;
- ulteriore rafforzamento dell'attività ambulatoriale complessa, dei percorsi di semplificazione e *day service* ambulatoriale, anche mediante il concorso degli specialisti all'accesso, alla prenotazione e organizzazione delle attività ambulatoriali (es. DSA) per interventi di chirurgia ambulatoriale quali cataratta, tunnel carpale e ulteriori prestazioni previste dall'allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017;
- anche con riferimento all'articolo 4, lettera c), dell'ACN, i SAI et al. si rendono disponibili, nell'ambito della programmazione regionale, a collaborare, con modalità definite dagli accordi integrativi locali, alla attività delle strutture territoriali per la gestione delle urgenze a bassa complessità (per esempio, CAU);
- Costituzione di gruppi di lavoro multiprofessionali (specialisti ambulatoriali e altre professionalità-RUAP-altri specialisti) finalizzati alla predisposizione di raccomandazioni e linee di indirizzo per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva diagnostico-terapeutica;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- Attribuzione di incarichi di responsabilità di progetto o di coordinamento funzionale
- Psicologi d'emergenza. Le situazioni di emergenza e catastrofe hanno un significativo impatto sulla salute mentale delle popolazioni e delle comunità colpite. Gli interventi di prevenzione, preparazione e ripristino a seguito di eventi catastrofici prevedono anche l'intervento della funzione psicologica aziendale, attraverso l'operato di psicologi esperti e formati in psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia. L'organizzazione regionale prevede una catena di comando, che prende avvio dalla Protezione Civile e "Funzione Sanità e Assistenza Sociale" per poi attivare, se necessario, il Board regionale psicologia dell'emergenza e, a livello locale, le EPE - Equipe psicosociali per l'emergenza (DPCM 13 giugno 2006: "Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi" (GU n. 200 del 29-8-2006). In questo contesto di intervento, al personale convenzionato coinvolto sarà riconosciuto il compenso ai sensi art. 44, lett. A dell'ACN e un compenso aggiuntivo ai sensi dell'art. 44, lett. B, co. 1, lett. a) dell'ACN. Inoltre, agli psicologi dell'emergenza è riconosciuto il rimborso delle documentate spese di viaggio e pernottamento nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione, con la precisazione che, qualora non sia disponibile l'automezzo aziendale e il professionista si avvalga del proprio automezzo, è previsto un rimborso pari a un 1/5 del prezzo "ufficiale" di un litro di benzina verde per km. Per gli interventi degli psicologi dell'emergenza nel luogo in cui si sono verificati uno o più eventi catastrofici è garantita la copertura assicurativa totale ai sensi degli artt. 32, co. 9 e 52 dell'ACN.

I progetti e i programmi di cui sopra devono essere strutturati con indicatori e obiettivi facilmente misurabili.

Sorveglianza sanitaria (Articolo 50)

I SAI et al., qualora esposti a rischio radiologico o biologico, in quanto tenuti a prestare la propria attività in zone controllate, sono sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente, così come previsto dall'articolo 41 del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, con le stesse modalità e periodicità previste per il corrispondente profilo professionale CCNL presso le Aziende sanitarie.

Fondo per l'accordo attuativo aziendale (AAA)

Per l'adesione alle progettualità aziendali si concorda che le quote previste dall'art. 43, co. 8 (0,44 euro/ora) e dall'art. 44, comma 7 (0,26 euro/ora) vengano incrementate di 0,30 € per ora di attività. Tale riconoscimento è corrisposto nelle modalità previste dai citati articoli.

Le quote del fondo resesi disponibili per il parziale o mancato utilizzo e/o raggiungimento degli obiettivi nell'anno in corso rientrano nelle disponibilità aziendali finalizzate alle progettualità inerenti la specialistica ambulatoriale interna e altre professionalità.

Indennità Penitenziaria E Zone Disagiate

Ai sensi dell'articolo 43, comma 13 dell'ACN, per lo svolgimento delle attività dei SAI et al. presso gli istituti penitenziari è riconosciuto un emolumento orario aggiuntivo pari a 10 € rispetto a quanto previsto dall'ACN al citato articolo 43, Quota oraria e lettera B- Quota variabile, al successivo articolo 44, lettera A- Quota oraria e lettera B - Quota variabile e, infine, all'articolo 49.

La Regione individua, ove presenti strutture sanitarie, sia le sedi, sia le zone disagiatissime o disagiate, in base a quanto stabilito dall'articolo 43 dell'ACN.



Le zone e le sedi individuate per uniformità di indirizzi operativi sono comunicate al Comitato Regionale ex articolo 17 dell'ACN.

Per l'attività svolta presso tali sedi è riconosciuto un emolumento orario aggiuntivo rispetto a quanto definito dall'ACN all'articolo 43, lettera A- Quota oraria e lettera B - Quota variabile, al successivo articolo 44, lettera A-Quota oraria e lettera B-Quota variabile e, infine, all'articolo 49 pari a:

- zone disagiatissime: 7 euro
- zone disagiate: 5 euro.

Tutela Legale

Per le attività che i SAI et al. svolgeranno nelle strutture, come declinate nel presente accordo, e in coerenza con quanto previsto dalla legge 8 marzo 2017 n. 24, si specifica che il “Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie”(DGR n. 2079 del 23 dicembre 2013), a cui aderiscono tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, opera a copertura dei danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, quindi anche in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

La copertura assicurativa per responsabilità per colpa grave resta in capo ai professionisti.

Durata dell'accordo

Il presente accordo acquisirà validità ed efficacia solo dalla data di firma da parte del Direttore della Direzione Generale cura della persona, salute e welfare previa necessaria approvazione con deliberazione di Giunta regionale e rimarrà in vigore sino al 31.12.2027, fatte salve diverse determinazioni derivanti dalla ratifica di accordi collettivi nazionali, nonché disposizioni legislative a livello nazionale che vadano a modificare e/o integrare le disposizioni qui contenute.

NORME FINALI

NORMA FINALE n. 1

La Regione Emilia-Romagna comunica annualmente al Comitato Regionale l'entità e l'utilizzo dei fondi ponderali regionali, ai fini della verifica dello stato di attuazione dell'accordo.

NORMA FINALE n. 2

In relazione alla tipologia dell'ambulatorio e alla casistica clinica le Aziende sanitarie valutano la dotazione strumentale e di personale, al fine di ottimizzare le prestazioni erogate in termini di appropriatezza e sicurezza.



Bologna, 02/03/2026

Il Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare_____ *FIRMATO*

SUMAI_____ *FIRMATO*

FEDERAZIONE CISL MEDICI_____ *FIRMATO*

FESPA _____ *FIRMATO*

UIL FPL_____ *FIRMATO*

