

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) Appropriatelyzza 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, 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 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) 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 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 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 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 sopracitati 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 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), 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 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, 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 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 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'Equipe 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 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 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 conguaglio, 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 40% - 49% 50% - 59% 60% - 69% $\geq 70\%$	0 3 5 8 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% 40% - 49% 50% - 59% 60% - 69% $\geq 70\%$	0 3 5 8 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% 11% - 14% 15% - 16% 17% - 19% $\geq 20\%$	0 3 5 8 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% 80% - 85% 85% - 90% >90% Proteinuria/Albuminuria <35% 35 - 44% 45% - 54% 55% - 64% $\geq 65\%$	0 3 5 8 10
5. Proporzione percentuale di assistiti dell'AFT eleggibili per età con screening colon retto eseguito.	<30% 30% - 40% 40% - 50% 50% - 54% >55%	0 3 5 8 10
6. Prese in carico over 65 in Assistenza Domiciliare AFT secondo i target assegnati alle Aziende	8 - 10% >10% over 65	5 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 >1 0,9-0,8	0 3 5

Indicatore	Target	Punteggio
	0,7-0,6 0,5-0,3 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	8 10

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 Appropriatezza – 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 Appropriatezza 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 omnicomprendente 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 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 difto-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 enni;
- controlla nel corso dell'anno lo stato vaccinale dell'assistito e propone la vaccinazione anti pneumococcica alle coorti dei 65 enni 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-diftto-tetanico/diftto-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 i 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 i 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 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*