

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502 del 1992 e s.m.i., di cui all'intesa Stato-Regioni rep. N.51/CSR del 4/4/2024 – Approvazione schema di accordo Integrativo Regionale con i Medici di medicina Generale

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Settore Risorse Umane e Formazione dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del dirigente del Settore Risorse umane e formazione e la dichiarazione dello stesso che l'atto non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria;

VISTA la proposta del direttore del Dipartimento Salute;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

- di approvare lo schema di Accordo Integrativo Regionale con i Medici di Medicina Generale di cui all'Allegato A al presente atto, ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale con i Medici di Medicina generale di cui all'Intesa Stato – regioni n.51/CSR/2024, definito al termine dell'incontro dell'5 Agosto 2025 dalla delegazione trattante di cui alla DGR n. 2024 del 30/12/2024;
- di stabilire che le AST svolgano un'azione di monitoraggio trimestrale sulla regolare esecuzione dell'accordo con particolare riferimento all'utilizzo dei fondi contrattuali, al raggiungimento degli obiettivi della medicina d'iniziativa, al monitoraggio delle prestazioni diagnostiche di primo livello erogate, ai volumi di attività programmati e svolti dai MMG nei processi assistenziali del sistema della residenzialità extraospedaliera di cui all'art.31 dell'AIR ed al numero di ore svolte nelle varie tipologie di attività;
- di autorizzare il Presidente o l'Assessore alla Salute delegato di sottoscrivere l'accordo di cui all'allegato A.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa e atti di riferimento

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502 del 1992 e s.m.i., di cui all'intesa Stato-Regioni rep. N.51/CSR del 4/4/2024.

DGR n. 2024 del 30 dicembre 2024 concernente la delegazione trattante della Medicina Generale ai sensi dell'ACN N.51 /CSR del 4/04/2024.

Motivazione

L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502 del 1992 e s.m.i., di cui all'intesa Stato-Regioni rep.N.51/CSR del 4/4/2024, nel rispetto della normativa vigente, regola i tre livelli di negoziazione previsti: nazionale, regionale e aziendale. Gli stessi devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di complementarietà e mutua esclusione rendendo quindi razionale l'intero processo di contrattazione.

Il livello di contrattazione nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del S.S.N., nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori e si svolge attorno ad aspetti di ordine generale (art.3 c.3).

Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR) (art.3 c.4), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto dall'articolo 4 dello stesso ACN "obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale", nonché le materie esplicitamente rinviate dallo stesso Accordo Nazionale con particolare riferimento all'attuazione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e multiprofessionali (UCCP) di cui agli atti di programmazione regionale (art.8, c. 3).

Con riferimento agli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale di cui all'art.4 dell'ACN, la programmazione regionale finalizza gli AAIIIR 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 in tema di attuazione degli obiettivi prioritari relativi ai seguenti ambiti:

A) Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.).

B) Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

C) Accesso improprio al Pronto Soccorso.

D) Governo delle Liste d'attesa e Appropriatezza.

Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA) (art.3c.5), specifica i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale, tenuto conto anche della programmazione di cui all'articolo 13.”

Con riferimento al Contesto organizzativo, l'art. 8 dell'ACN stabilisce che l'accordo integrativo regionale ne determini l'attuazione (art. 8 c.3) nei termini seguenti:

“1. Ai sensi della normativa vigente i medici di medicina generale operano all'interno del nuovo assetto definito dell'articolo 2, comma 3 del presente Accordo e aderiscono, secondo quanto previsto dal precedente articolo 6, al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.

2. Le Regioni definiscono ai sensi della normativa vigente gli atti di programmazione inerenti alle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, 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.”

La DGR 403 del 24/03/2025 avente ad oggetto: "DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Assetto Regionale delle nuove forme organizzative delle Cure Primarie e Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità" definisce, tra l'altro, la Distribuzione delle AFT, delle UCCP, dei Medici di Medicina Generale, degli assistiti e delle Case di Comunità per Azienda Sanitaria Territoriale in tutta la Regione Marche e la presenza dei medici di medicina generale nella casa della comunità, stabilendo inoltre che:

“La Regione Marche, al fine di non disperdere l'esperienza maturata da parte dei medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria e la capillarità dei presidi organizzativi autonomi già esistenti sul territorio, individua forme organizzative di Aggregazioni Funzionali Territoriali articolate in “moduli base di Aggregazioni Funzionali Territoriali”.

I moduli base di AFT sono elementi costitutivi della stessa AFT e, nella loro sede unica,



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

rappresentano l'unità operativa elementare idonea a soddisfare e concretizzare le esigenze sanitarie e socio-sanitarie dei singoli cittadini utenti che hanno operato la scelta fiduciaria in favore del medico del ruolo unico di assistenza primaria, coniugando le stesse con le esigenze del bacino di utenza di afferenza della AFT, quale articolazione del territorio di riferimento.

Per questo i medici di medicina generale partecipanti ai moduli base di AFT sono tenuti a collaborare tra loro e con il resto dell'AFT per la gestione sanitaria e socio-sanitaria dell'intero bacino di utenza e per il raggiungimento degli obiettivi dei singoli medici di medicina generale, di quelli dell'intera AFT e di quelli eventualmente affidati al modulo base.

Il "modulo base" rappresenta una forma organizzativa costituita da un numero di medici di medicina generale di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a 10, individuato dai medici di medicina generale afferenti alla AFT e riconosciuto dall'Azienda Sanitaria Territoriale secondo le modalità riportate nell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) in fase di definizione."

L'accordo integrativo di cui si propone l'approvazione si colloca in un momento contingente particolarmente strategico e delicato per l'assistenza territoriale: in questo periodo, e ormai da diversi anni, il SSR subisce gli effetti di un insufficiente numero di medici rispetto alle esigenze di copertura dei servizi e si rende necessario rendere operativo quanto previsto dal DM 77/2022 in relazione all'assistenza territoriale e all'operatività delle Case della Comunità e alle relative Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), monoprofessionali, e alle Unità complesse di Cure Primarie (UCCP), multiprofessionali di cui alla sopracitata DGR 403/2025.

Inoltre l'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina generale rep.n.51/CSR/2024, in applicazione delle leggi vigenti, ha introdotto il "ruolo unico" della medicina generale ed è compito degli AIR declinarne le attività.

Il ruolo Unico prevede che i medici convenzionati nella Medicina Generale rendano la loro attività complessiva (38 ore settimanali) in proporzione al numero delle scelte in carico in attività ambulatoriale a favore dei propri assistiti bilanciandolo con le ore da svolgere in "attività oraria" anche presso le case della comunità hub e spoke.

Tale attività oraria a cui sono tenuti gli MMG che non hanno completato il loro massimale, può essere resa, oltre che negli orari notturni e festivi, tradizionalmente dedicati alla cosiddetta "continuità assistenziale", anche in orari diurni, per attività presso le Case della continuità hub e spoke con varie attività che l'Accordo di cui si propone l'approvazione, va a delineare.

Nel contesto descritto in premessa, le parti hanno definito l'accordo allegato A di cui si propone l'approvazione i cui principali contenuti sono di seguito riassunti.

Con riferimento alle modalità di concreta realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), monoprofessionali, programmate su tutto il territorio regionale con la DGR 403/2025:



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Come previsto dall'atto di programmazione di cui alla DGR 403/2025 sopra citato, viene mantenuta l'autonoma organizzazione dei MMG già impostata nei diversi territori attraverso le preesistenti "forme associative" con i relativi collaboratori di studio e infermieri mediante l'evoluzione delle stesse in "moduli base di AFT". Tali moduli si integrano nei compiti e nelle funzioni con la stessa AFT e ne realizzano gli interventi di competenza favorendo la presa in carico dell'intero bacino di utenza dell'AFT e garantendo l'effettiva prossimità rispetto ai cittadini. Anche la forma di assistenza integrativa volta a prolungare la disponibilità dei medici, avviata ed implementata mediante precedenti accordi regionali, viene anch'essa integrata nell'azione dei moduli di AFT. Le azioni precedentemente descritte creano nei territori una struttura di AFT che utilizzando e potenziando quanto già precedentemente impostato, risulta costituita da una rete strutturata di moduli per la presa in carico di tutti i cittadini, sotto il coordinamento della stessa AFT e in connessione con la Casa della Comunità a cui la stessa AFT afferisce. L'adesione dei medici agli istituti dell'accordo sopradescritti è libera, ma la corresponsione economica degli stessi è legata alla capienza economica del relativo fondo contrattuale di livello nazionale e regionale derivante da precedenti accordi.
- Viene individuata la figura del un referente di AFT, medico di medicina generale eletto tra i MMG componenti della stessa AFT per svolgere i compiti determinati dall'ACN e dall'accordo di cui si propone l'approvazione. Il referente svolge una importante funzione di raccordo e di riferimento operativo e gestionale in relazione alle azioni da intraprendere sul territorio, mediante il suo continuo raccordo da una parte con il Direttore del distretto. Per tale compito è previsto un compenso a carico dei fondi definiti dall'ACN.

Con riferimento all'attività oraria l'accordo prevede:

- una priorità di assegnazione nelle attività orarie al fine di coprire le necessità delle case della comunità Hub e Spoke secondo gli standard previsti dal DM 77/2022 e PNRR anche al fine di garantire la gestione di ambulatori per l'assistenza non differibile agli assistiti perseguendo l'obiettivo prioritario di politica sanitaria nazionale (art 4 lett.c vigente ACN) di riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili non appropriate;
- la possibilità di svolgere l'attività oraria diurna per iniziative di medicina proattiva secondo gli obiettivi di cui allegato 1 dell'ACN anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello;
- un'azione svolta in tutte le AST per rilanciare il ruolo unico volta a coinvolgere anche i medici convenzionati non obbligati all'adesione, favorendo l'attività diurna per tutti i medici convenzionati a tempo indeterminato entro il 31/12/2025.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

In considerazione della criticità relativa alla grave carenza di medici, l'AIR prevede inoltre che il MMG a ruolo unico possa, a sua richiesta, svolgere una quota di attività oraria oltre i limiti del completamento orario di cui all'art. 38 comma 1 del vigente ACN, sino ad un massimo di ulteriori 10 ore settimanali. Tale deroga è a valere fino al 31.12.2028. L'applicazione di tale disposizione dovrà essere oggetto di monitoraggio annuale da parte delle AST, come indicato nell'AIR medesimo.

L'accordo dedica inoltre una specifica sezione relativa agli obiettivi di governo clinico per attività di prevenzione del rischio cardiovascolare a 10 anni secondo il modello "SCORE2" e ridefinisce i contenuti delle attività già finanziate con l'art. 23 comma 17 dell'AIR 2007 (DGR 751/2007) prevedendo obiettivi e sistemi di valutazione cui correlare l'erogazione dei compensi.

L'Accordo dedica anche una sezione alla gestione della residenzialità nella quale, riprendendo e sistematizzando quanto già sperimentato mediante l'accordo Integrativo Regionale precedente (DGR 751/2007) e i successivi accordi per la gestione degli ospedali di comunità, si prosegue nella gestione sanitaria nelle strutture residenziali da parte dei MMG.

È stata rimandata a successivi accordi, la trattazione delle tematiche inerenti la formazione, l'appropriatezza, l'integrazione delle cure, le attività di screening, le reti cliniche e la sensibilizzazione alla donazioni di organi e sangue. Nelle more di quanto sopra ritengono di considerare tutt'ora validi i relativi organismi ad oggi istituiti ed operativi. Con riguardo all'emergenza sanitaria territoriale restano in vigore per quanto compatibili con l'attuale ACN i precedenti accordi regionali.

Nella riunione della delegazione trattante nominata ai sensi della DGR 2024 del 30 dicembre 2024 tenuta il giorno 5 agosto 2025, convocata via mail, si è concluso il confronto tra la parte pubblica e la parte sindacale e le organizzazioni sindacali hanno concordato la struttura complessiva dell'accordo di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto.

Al termine della seduta, i componenti presenti hanno sottoscritto l'accordo come segue:

per la Parte sindacale:

- FIMMG
- SMI (con dichiarazione a verbale acquisita agli atti con prot. n. 1034475 del 6 agosto 2025)

Si riporta testualmente la dichiarazione a verbale di SMI:

"Smi rappresenta il malcontento del personale medico in merito al fatto che il ruolo unico sia un obbligo per i giovani medici e non una libera scelta, così come il lavoro nelle Case della Comunità e nelle AFT come concepito, riteniamo che possano contribuire ad un ulteriore impoverimento della Medicina territoriale con conseguente fuga dei



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

professionisti. Lo SMI non concorda neppure con le scarse risorse riservate per dare assistenza alle aree montane e disagiate. Pertanto il Sindacato Medici Italiani appone firma “tecnica” al documento per poter continuare la discussione nei comitati aziendali”

Per la Parte pubblica:

- Il Direttore del Dipartimento Salute
- La Direttrice dell'Agenzia Regionale Sanitaria
- La Dirigente del competente Settore del Dipartimento Salute Risorse Umane e formazione del SSR

Successivamente, con mail del 5 agosto 2025 (prot. n.1034507 del 6 agosto 2025) è stato trasmesso a tutti i componenti della delegazione trattante di parte pubblica e di parte sindacale il testo definitivo dell'accordo, con l'invito alla sottoscrizione per tutti i componenti che non lo avevano già fatto al termine dell'incontro.

Gli stessi hanno sottoscritto l'accordo come segue:

parte sindacale:

- SNAMI: firma personalmente l'accordo originale il giorno 6 agosto 2025 con dichiarazione a verbale acquisita agli atti con prot. n. 1036242 del 6/08/2025.
Si riporta testualmente la dichiarazione a verbale di SNAMI:
*“Dichiaro di apporre la firma all'accordo Integrativo regionale Marche, costretto dalla norma che non prevede la possibilità di partecipare alle contrattazioni decentrate per coloro che non sottoscrivono l'AIR.
Desidero precisare che il malcontento del mio sindacato, e mio personale, è dovuto al fatto che il ruolo unico rappresenti, di fatto, un obbligo per i giovani medici e non una libera scelta. Le case della comunità e le AFT, secondo la nostra visione, contribuiranno a un ulteriore impoverimento della medicina territoriale, già oggi minacciata, e saranno causa dell'abbandono da parte di quei professionisti che fino ad oggi l'hanno presidiata con dedizione ed eccellenza. Inoltre riteniamo che il tempo concesso per la discussione del testo sia stato insufficiente.”*
- FMT: firma personalmente l'accordo originale il giorno 6 agosto 2025

Parte pubblica:

Direttore AST PU: accordo firmato digitalmente inviato con mail acquisita agli atti con protocollo n. 1042238 del 7/08/2025



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Direttore AST AN: accordo firmato digitalmente e trasmesso via pec acquisita con prot. 0139922 del 06/08/2025

Direttore AST AP: accordo firmato digitalmente inviato con mail acquisita agli atti con protocollo n.1042178 del 7/08/2025

Direttore AST MC: firma personalmente l'accordo originale il giorno 6 agosto 2025

Direttore AST FM: accordo firmato digitalmente e trasmesso via pec acquisita con prot. 1041531 del 07/08/2025

Alla luce di tutto quanto illustrato, si propone l'approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale delle Medicina Generale, in conformità all'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 01.04.2024 e della DGR 403/2025.

Occorre inoltre fornire disposizioni per un'azione di monitoraggio trimestrale sulla regolare esecuzione dell'accordo con particolare riferimento all'utilizzo dei fondi contrattuali, al raggiungimento degli obiettivi della medicina d'iniziativa, al monitoraggio delle prestazioni diagnostiche di primo livello erogate, ai volumi di attività programmati e svolti dai MMG nei processi assistenziali del sistema della residenzialità extraospedaliera di cui all'art.31 dell'AIR ed al numero di ore svolte nelle varie tipologie di attività.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento
Federica Franchini
Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE RISORSE UMANE E FORMAZIONE

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il dirigente del Settore
Federica Franchini
Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROPOSTA DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il direttore del Dipartimento

Antonio Draisci

Documento informatico firmato digitalmente

FIRMATARI

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO



Sommario

Art. 1 - AMBITI DI APPLICAZIONE	3
Art. 2 - RAPPORTO OTTIMALE DEI MEDICI A RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.....	3
Art. 3 - DETERMINAZIONE DEL BUDGET ORARIO REGIONALE: RIPARTIZIONE AZIENDALE E PER AFT	4
Art. 4 - GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ.....	5
Art. 5 - COMITATO AZIENDALE (art.12 ACN)	5
Art. 6 - CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)	6
Art. 7 - ATTIVITA' ASSISTENZIALE DELL'AFT.....	6
Art. 8 - LA SEDE DI RIFERIMENTO DELL'AFT	7
Art. 9 - IL REFERENTE DI AFT.....	7
Art. 10 - ATTIVITÀ ORARIA DEL MMG A RUOLO UNICO	8
Art. 11 - COMPETENZE DELLE AZIENDE	13
Art. 12 - PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DELLE ATTIVITA' ORARIE.....	13
Art. 13 - TUTELA DELLA GENITORIALITA' E DELLA DISABILITA'	15
Art. 14 - I MODULI BASE DELLA AFT	16
Art. 15 - SUPPORTO ED EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	18
Art. 16 - ESTENSIONE ORARIA H12 DEI MODULI	19
Art. 17 - PERSONALE DI STUDIO	19
Art. 18 - FONDO DEI FATTORI PRODUTTIVI	20
Art. 19 - OBIETTIVI DI GOVERNO CLINICO NELL'AMBITO DELLA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE	21
Art. 20 - ATTIVITA' VACCINALE	23
Art. 21 - MEDICINA DI INIZIATIVA.....	23
Art. 22 - INNOVAZIONE DIGITALE	24
Art. 23 - DIAGNOSTICA DI I LIVELLO E TELEMEDICINA	25
Art. 24 - SOSTITUZIONI PER L'ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA	27
Art. 25 - SOSTITUZIONI PER L'ATTIVITA' ORARIA	27
Art. 26 - INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI ASSISTENZA PRIMARIA PER ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA	27
Art. 27 - TRATTENIMENTO IN SERVIZIO OLTRE I 70 ANNI	28
Art. 28 - MAGGIORAZIONE PER LOCALITA' DISAGIATE E PER ATTIVITA' ORARIA NEI SUPERFESTIVI.....	29
Art. 29 - SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI.....	29
Art. 30 - RIUNIONE DI COORDINAMENTO, PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA AFT (RIUNIONE DI AFT)	30

Art. 31 - PRESTAZIONI DEL MMG NEI PROCESSI ASSISTENZIALI DEL SISTEMA DELLA RESIDENZIALITA' EXTRAOSPEDALIERA	30
Art. 32 - INDENNITA' PER LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI DAGLI STUDI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA	35
Art. 33 – ALTRE ATTIVITA' DI CERTIFICAZIONE.....	35
Art. 34 – LOCAZIONE DI STUDI IN STRUTTURE DI PROPRIETA' ENTI SSR	35
NORMA FINALE 1.....	37
NORMA FINALE 2.....	37
NORMA FINALE 3.....	37
NORMA FINALE 4.....	37
NORMA FINALE 5.....	37
NORMA FINALE 6.....	37
NORMA FINALE 7.....	37
NORMA FINALE 8.....	37
NORMA TRANSITORIA 1	38
DICHIARAZIONE FINALE	38
ALLEGATO n. 1 – DICHIARAZIONE DEL MEDICO ALL'INGRESSO IN AFT	39
ALLEGATO n. 2a - GOVERNO CLINICO (per medico).....	43
ALLEGATO n.2b - GOVERNO CLINICO (per AFT)	44
ALLEGATO n 3 - MEDICINA DI INIZIATIVA.....	45
ALLEGATO n. 4a - REPORT MEDICINA DI INIZIATIVA – Ipertesi 45-65 (per medico)	47
ALLEGATO n. 4b - REPORT MEDICINA DI INIZIATIVA – Ipertesi 45-65 (per AFT).....	47
ALLEGATO n. 4c - REPORT MEDICINA DI INIZIATIVA – T2DM (per medico)	48
ALLEGATO n. 4d - REPORT MEDICINA DI INIZIATIVA – T2DM (per AFT)	49
ALLEGATO n. 5 – CRONOPROGRAMMA ATTIVITÀ DI GOVERNO CLINICO E DI MEDICINA DI INIZIATIVA ...	50
ALLEGATO n. 6 – MODULO PER CONSENSO AD ARRUOLAMENTO A MEDICINA DI INIZIATIVA	51
ALLEGATO n. 7 – FORMAT REGOLAMENTO DI AFT FAC SIMILE	52

Art. 1 - AMBITI DI APPLICAZIONE

Il presente Accordo Integrativo Regionale regola, ai sensi dell'ACN vigente e in coerenza con l'atto di programmazione regionale di cui alla D.G.R. 403 del 24.03.2025 il rapporto di lavoro libero professionale convenzionato tra i medici del ruolo unico di assistenza primaria e le Aziende Sanitarie Territoriali (AA.SS.TT.) della Regione Marche, per il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Realizzare le AFT della Medicina Generale su tutto il territorio regionale;
- Implementare il Ruolo Unico del Medico di Medicina Generale (MMG);
- Definire le attività orarie del MMG a Ruolo Unico, calcolando il budget aziendale dell'attività oraria secondo i parametri del rapporto ottimale stabiliti dall'ACN;
- Perseguire gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale e regionale
- Valorizzare la medicina di iniziativa e la quota variabile del compenso per obiettivi
- Consolidare e sviluppare gli elementi innovativi in vigenza rispetto ai precedenti AA.II.RR. già sottoscritti

In particolare, l'Accordo prevede l'attuazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali introdotte dall'articolo 1 del D.L. 158/2012 e descritte dall'articolo 29 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente, la cui realizzazione è di fondamentale importanza per l'evoluzione dell'intero sistema territoriale della Medicina Generale e per l'introduzione del Ruolo Unico.

Il presente AIR pone inoltre le basi per l'integrazione funzionale e/o strutturale dell'attività dei medici di medicina generale con le case della comunità, con gli ospedali di comunità previsti dal PNRR, dal DM 23 maggio 2022 n°77 e dalla citata DGR 403/2025 nonché per la revisione del modello di presa in carico della domiciliarità (ADP /ADI) tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 9 dell'allegato 8 e dell'articolo 11 dell'allegato 9 dell'ACN vigente.

Inoltre, il presente AIR definisce la cornice applicativa dell'Art 2 dell'ACN 30 ottobre 2020 in attuazione di quanto previsto dall'art. 1, commi 449 e 450 della Legge 27 dicembre 2019, n.160, al fine di far fronte al fabbisogno di strumentazione di diagnostica di primo livello per gli studi dei medici di medicina generale finalizzate a garantire il miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti nonché a ridurre il fenomeno delle liste di attesa

Il presente AIR annulla e sostituisce le norme degli AIR precedenti, relativamente agli aspetti specificamente rinormati nel presente Accordo.

Art. 2 - RAPPORTO OTTIMALE DEI MEDICI A RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

1. Ai sensi dell'Art. 8, lettera h), decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni così come previsto dall'Art. 32 comma 1 dell'ACN vigente, l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale nella Regione Marche è disciplinato secondo i seguenti rapporti ottimali:

- un medico ogni 1.200 residenti
- correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5.000 residenti

I rapporti ottimali di cui al presente comma saranno vigenti dall'anno 2025.

2. Il numero dei medici a ruolo unico di assistenza primaria, da considerare in riferimento alla lettera c) dell'allegato 7 dell'ACN vigente, equivale al numero di medici convenzionati al febbraio dell'anno della rilevazione. A tale numero vanno sottratti i medici che hanno comunicato il recesso e coloro che compiranno il 70esimo anno di età entro il 31 Marzo dell'anno successivo anche nel caso in cui avessero espresso la disponibilità al mantenimento dell'incarico in deroga oltre il 70esimo anno.

3. La AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno/carenza assistenziale a ciclo di scelta e su base oraria. (ACN art.32, comma 3)
4. L'AST rileva la carenza negli ambiti di riferimento, sulla base delle procedure di cui all'Allegato 7 del vigente ACN sul parametro di cui all'Art. 3 comma 2 punto A e rileva ulteriori carenze determinate dall'applicazione del correttivo aggiuntivo di cui all'Art. 3 comma 2 punto B, **tenendo conto del fabbisogno orario delle attività da garantire nel territorio della AFT** come individuato con atto del Direttore del Distretto e del budget orario aziendale di cui alla tabella all'Art. 3 comma 7.
5. L'AST, sentito il Comitato Aziendale, trasmette le carenze alla AST Ancona ai sensi della DGR 751/2007 in tempo utile per la pubblicazione che deve avvenire entro il 31 marzo dello stesso anno. Contestualmente, sentito il Comitato Aziendale, l'AST trasmette l'eventuale indicazione dei Comuni in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, come previsto dall'Art 34 comma 2 dell'ACN vigente. Tale indicazione può essere trasmessa unicamente in occasione della predisposizione del bando e non può essere definita o modificata successivamente né all'atto del conferimento dell'incarico.
6. Calcolato in rapporto al bacino di utenza e al budget orario assegnato, il numero necessario dei medici cui conferire l'incarico, espletate le procedure previste, l'AST conferisce incarico di medico di assistenza primaria a ruolo unico ai sensi dell'Art 33 dell'ACN vigente.

Art. 3 - DETERMINAZIONE DEL BUDGET ORARIO REGIONALE: RIPARTIZIONE AZIENDALE E PER AFT

1. Al fine di garantire una programmazione delle attività omogenea e puntuale, il budget orario regionale viene determinato dall'applicazione del rapporto ottimale di 1:1.200 più il correttivo aggiuntivo di 1:5.000 (art. 32, comma 2 - ACN 2024), in considerazione della previsione dello svolgimento a tempo pieno dell'attività convenzionale (38 ore settimanali) dei nuovi incaricati a Ruolo Unico.
2. Il budget orario regionale viene calcolato in base ai seguenti rapporti ottimali:
 - A. ottimale 1:1.200
 - B. correttivo aggiuntivo di 1:5.000tenendo conto della popolazione marchigiana ultra14enne all'ultima rilevazione ufficiale.
3. Il budget orario di cui al punto A del precedente comma è calcolato considerando una quota oraria di 6 ore settimanali ogni 1.200 assistiti, in relazione a quanto previsto dal comma 1 dell'art. 38 del vigente ACN.
4. Il budget orario di cui al punto B del comma 2 è calcolato considerando una quota oraria di 38 ore settimanali ogni 5.000 assistiti.
5. La somma di quanto calcolato in base al comma 3 e al comma 4, costituisce il budget orario regionale complessivo.
6. Per la popolazione marchigiana ultra14enne di 1.307.404 assistibili (ISTAT 2023), applicando quanto riportato al comma 3 (6 ore settimanali ogni 1200 assistibili) si determina una quota oraria annuale di 339.820 ore ($1.307.000/1.200 \times 6 \times 52$); applicando quanto riportato al comma 4 (38 ore settimanali ogni 5.000 assistibili) si determina una quota oraria annuale di 516.526 ore ($1.307.000/5.000 \times 38 \times 52$). La somma delle due quote (339.820 ore e 516.526 ore) determina un budget orario regionale complessivo di 856.346 ore.
7. Il budget orario come sopra determinato viene ripartito tra le AST in base alla popolazione residente ultra14enne, tenuto conto della garanzia dei servizi con particolare riferimento alle Case di Comunità, come da seguente tabella:

AST	POPOLAZIONE OVER14	BUDGET ORARIO ANNUO
AST-PU	306.717	198.056
AST-AN	405.320	246.683
AST-MC	267.585	182.728
AST-FM	148.563	103.907
AST-AP	179.219	124.973
MARCHE	1.307.404	856.346

8. Le AST sentite i Comitati Aziendali ripartiscono tra le AFT del proprio territorio il budget orario assegnato, in base alle attività organizzate e svolte per ogni AFT.

Art. 4 - GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ

- Dal 1 al 31 gennaio di ogni anno ogni AST pubblica sul proprio albo un bando per la formazione di una graduatoria aziendale di disponibilità per sostituzioni e incarichi a tempo determinato di Assistenza Primaria ad Attività Oraria e a Ciclo di Scelta. Ogni AST, entro 20 giorni dalla scadenza per la presentazione della domanda, rende pubblica sul proprio albo la graduatoria aziendale dei medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione di Assistenza Primaria ad Attività Oraria e/o a Ciclo di Scelta, graduati secondo il seguente ordine di priorità:
 - medici iscritti alla graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
 - medici non in graduatoria regionale, che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente;
 - medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Marche;
 - medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
 - medici iscritti a un corso di specializzazione universitaria;
 - ai sensi della vigente normativa, medici laureati in medicina e chirurgia e abilitati all'esercizio della professione e iscritti all'ordine professionale.

L'incarico viene proposto, all'interno dell'ordine di priorità della graduatoria (a, b, c, d, e, f), prioritariamente ai medici residenti nell'ambito territoriale carente (ovvero nel distretto per l'attività oraria), nella AST, nella Regione Marche ed infine fuori Regione Marche. A parità di residenza prevalgono nell'ordine: la minore età alla laurea, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea ai sensi dell'Art. 20 comma 6 ACN vigente.

- In caso di necessità (carenza assistenziale) le AST prevedono, nel corso dell'anno, ulteriori bandi aggiuntivi per il conferimento di incarichi a tempo determinato e di sostituzione a ciclo di scelta e/o quota oraria nel caso di esaurimento della graduatoria ordinaria.

Art. 5 - COMITATO AZIENDALE (art.12 ACN)

Le attribuzioni del Comitato aziendale sono indicate all'art. 12 dell'ACN vigente, dal presente AIR e dall'Atto di programmazione regionale.

Il Comitato Aziendale esprime pareri, non vincolanti, in merito a:

- richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte;
- motivi di incompatibilità agli effetti delle ricusazioni di cui all'art. 40 del vigente ACN;
- individuazione dei criteri di assegnazione dei MMG alle diverse AFT che incidono sullo stesso comune.

Il Comitato Aziendale viene inoltre informato circa le quote di effettiva ripartizione delle attività orarie svolte nella AST e nelle singole AFT, per una valutazione di conformità rispetto alle previsioni del presente Accordo.

Al Comitato Aziendale l'AST presenta il rendiconto consuntivo dell'utilizzo del fondo aziendale per le AFT dell'anno precedente.

Art. 6 - CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)

1. Le caratteristiche delle AFT sono descritte nell'Art. 29 dell'ACN vigente che ne definisce anche i compiti e le funzioni.
2. Nella Regione Marche le AFT sono istituite dall'Atto di Programmazione di cui alla DGR 403 del 24.03.2025; le AFT sono forme organizzative monoprofessionali a cui appartengono i Medici di Assistenza Primaria operanti sia a ciclo di scelta che ad attività oraria convenzionati sia prima che dopo il 1/1/2025.
3. L'ambito territoriale in cui opera il MMG a ruolo unico, di norma coincide con il territorio della AFT, al fine di realizzare maggiore omogeneità del bacino di utenza nonché per agevolare la rilevazione e l'assegnazione delle carenze, come previsto dall'Art 32 comma 3 dell'ACN vigente.
4. I medici del ruolo unico di assistenza a ciclo di scelta afferiscono alle AFT in ragione dell'ubicazione dell'ambulatorio principale. In caso di presenza, alla data di entrata in vigore del presente AIR, di ambulatori secondari ubicati in una AFT diversa da quella di riferimento dell'ambulatorio principale, gli stessi possono continuare ad operare ma il medico potrà acquisire nuove scelte solamente di residenti nei comuni facenti parte dell'AFT in cui è ubicato l'ambulatorio principale. Tale disposizione non si applica nel caso di più AFT insistenti sullo stesso territorio comunale. Eventuali deroghe saranno gestite dal Comitato Aziendale istituito presso ogni AST tenendo conto, in particolare, della dislocazione orogeografica del territorio e della collocazione dell'ambulatorio nelle zone disagiate e/o a popolazione sparsa, fatti salvi gli adeguamenti tecnico-informativi necessari.

Art. 7 - ATTIVITA' ASSISTENZIALE DELL'AFT

1. La continuità della presa in carico del paziente per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana attraverso l'attività a ciclo di scelta e oraria dei Medici a Ruolo Unico di Assistenza Primaria, è garantita dall'AFT nelle modalità organizzative concordate all'interno della stessa, sulla base del modello definito dal presente accordo.
2. L'AFT si impegna a realizzare la presa in carico del paziente cronico secondo il modello della medicina di iniziativa.
3. La AFT, ai sensi dell'art. 29, comma 6, lett. b) ACN vigente, realizza la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente. La AFT garantisce la continuità dell'assistenza per la gestione delle indifferibilità e delle attività programmate dalle 8.00 alle 20.00 dei giorni feriali attraverso l'attività a ciclo di scelta e oraria.
4. Dalle 8.00 alle 20.00 dei giorni festivi, dalle 8.00 alle 20.00 della giornata di sabato, dalle 12.00 alle 20.00 dei prefestivi (escluso il sabato), dalle 20.00 alle 8.00 di tutti i giorni la continuità dell'assistenza viene erogata da medici in attività oraria, presso le Case di Comunità e le sedi specificamente attivate dalla AST come di seguito indicato all'art.10 comma 6. L'inizio dell'attività erogata di sabato mattina presso una sede diversa dalla Casa di Comunità non deve essere sovrapposta all'istituto del supporto ed evoluzione dell'assistenza territoriale di cui all'art. 15 del presente accordo
5. L'attività di cui al comma 4 viene gestita dal direttore del Distretto. Ogni distretto assegna i turni di continuità dell'assistenza a copertura degli orari descritti. Il Referente di AFT, sentiti i medici componenti l'AFT, comunica alla direzione del Distretto la disponibilità raccolta ai fini della copertura delle attività di cui al presente capo.

6. Nei giorni prefestivi infrasettimanali l'attività di studio programmata viene comunque svolta dagli MMG in attività a ciclo di scelta dell'AFT, che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino, entro le ore 12:00.
7. Il Referente dell'AFT comunica al Direttore di Distretto le modalità di accesso all'assistenza prestata agli assistiti, in coordinamento con l'URP aziendale. Ciò con riguardo anche all'istituto del supporto ed evoluzione dell'assistenza di cui all'art.
8. Con riferimento alle località criticamente carenti, esperite tutte le procedure previste dall'ACN, l'AST - in accordo con i medici della AFT e sentito il Comitato Aziendale- provvede ad assicurare la copertura delle necessità assistenziali di quello specifico bacino di utenza, anche eventualmente con il superamento del massimale ai sensi dell'art.48, comma 3, punto 5 della L.833/1978, il tutto temporalmente definito.
9. Nell'ipotesi in cui i MMG appartenenti alla AFT con zone disagiate, al cui interno si determina una carenza, non riescano a garantire l'assistenza primaria a ciclo di scelta nel comune/località criticamente carente, l'organizzazione dell'assistenza nella zona disagiata dovrà prevedere il coinvolgimento, in prima ipotesi, dei MMG appartenenti alle AFT limitrofe intra-distrettuali, in seconda ipotesi il coinvolgimento dei MMG appartenenti alle AFT anche intra-aziendali in base alle procedure definite al comma 8.

Art. 8 - LA SEDE DI RIFERIMENTO DELL'AFT

1. Le sedi di riferimento della AFT vengono individuate tra la rete degli studi professionali disponibili dei MMG e le strutture aziendali, in base a quanto riportato dall'art. 29 comma 4 e comma 12 del vigente ACN e dalla DGR 403 del 24.03.2025.
2. Allo scopo di garantire la migliore accessibilità all'assistenza nei territori più disagiati della Regione, ogni AST per supportare le funzioni delle sedi di riferimento delle AFT del suo territorio, può individuare fino a due moduli tra quelli in cui sono articolate le stesse AFT, come da DGR 403/25, in particolare per svolgere le attività orarie di cui all'art. 10 del presente accordo.
3. Le sedi di riferimento delle AFT devono possedere al momento della loro individuazione i requisiti richiesti dal DM 77/2022 per le Case di Comunità SPOKE,
4. I MMG componenti della AFT concorrono con la loro presenza e attività al raggiungimento degli standard minimi previsti dal DM 77 per quanto riguarda le Case di Comunità Hub / Spoke.

Art. 9 - IL REFERENTE DI AFT

1. Il referente di AFT opera ai sensi dell'Art 30 dell'ACN vigente, come integrato dal presente Accordo Regionale e dal regolamento di AFT di cui all'art 29 comma 12 ACN.
2. Tutti i medici componenti la AFT individuano al loro interno, con modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12, un referente ed il suo sostituto.
3. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista. Tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere.
4. L'incarico di referente di AFT ha una durata di due anni, rinnovabile, fatto salvo quanto previsto dall'art. 30 comma 7 ACN. Sono candidabili i medici **a ruolo unico** di assistenza primaria dell'AFT a tempo indeterminato in possesso dei seguenti requisiti:
 - anzianità di convenzione di almeno 3 anni;
 - numero di assistiti superiore a 750;

Il referente di AFT deve inoltre avere in carico personale di studio per almeno 8 ore di servizio settimanali.

Costituisce motivo di precedenza aver avuto una pregressa esperienza di referente di equipe territoriale e/o rappresentante in UCAD.

Il sostituto del referente di AFT è individuato con le medesime modalità del titolare.

In assenza di Medici a Ruolo Unico disponibili a ricevere l'incarico, possono essere candidati anche gli altri medici ad incarico a tempo indeterminato che rispondono a quanto previsto dai precedenti commi.

In presenza di uniche candidature che non rispondono ai criteri sopra previsti, vengono comunque ritenute valide le candidature proposte.

5. I compiti del referente di AFT sono indicati nell'ACN. In particolare, il ruolo prevede di:
 - organizzare le attività di medicina di iniziativa, di gestione della cronicità, di diagnostica di primo livello definite al punto D, comma 1 dell'art 10 del presente accordo e ogni altra progettualità dell'AFT;
 - coordinarsi con il Distretto per le progettualità comuni e nell'organizzazione dell'attività di cui ai punti A, B, C, D, E dell'art. 10, comma 1;
 - coordinare i medici della AFT attraverso le attività di monitoraggio previste dalla piattaforma di AFT fornendo supporto al mantenimento della rete di AFT e raccordando le attività con i sistemi informativi regionali;
 - fornire attraverso la piattaforma di AFT i dati aggregati relativi all'attività di AFT;
 - promuovere la gestione integrata delle patologie croniche e le attività di prevenzione per il raggiungimento degli obiettivi di AFT;
 - promuovere e coordinare le attività vaccinali di AFT;
 - convocare e condurre le riunioni di AFT, redige e invia il relativo verbale al Distretto;
 - verificare l'attività annuale dell'AFT.
6. Il referente di AFT non è titolato attraverso tale ruolo alla firma di Accordi con l'AST o con il Distretto.
7. Annualmente, la AST definisce gli obiettivi per i referenti di AFT attraverso indicatori di processo e di risultato. Gli obiettivi possono riguardare la realizzazione dell'AFT, la gestione delle attività, l'informatizzazione o ogni altro aspetto rilevante dell'AFT. Il Regolamento di AFT definisce il processo di valutazione.
8. Per la sua attività, al referente di AFT viene corrisposta un'indennità omnicomprensiva di Euro 800,00 mensili. Al raggiungimento degli obiettivi predefiniti e conseguiti in ambito di AFT come indicato al comma 7 del presente articolo viene corrisposta una indennità premio di Euro 2.000,00 annui da parametrare in base alla durata incarico.

Le parti si impegnano a valutare, per l'anno 2025 e l'anno 2026, il coinvolgimento dei referenti di AFT come docenti nelle iniziative di formazione e aggiornamento continuo svolte in riferimento al FSE e alla compilazione e invio del Patient Summary. Su tale questione, si fa rinvio agli ulteriori e successivi atti regionali.

Art. 10 - ATTIVITÀ ORARIA DEL MMG A RUOLO UNICO

1. Sulla base del fabbisogno orario della AFT, vengono programmate tutte o in parte le seguenti attività in coerenza con l'Art 29 del vigente ACN:
 - A) Continuità dell'Assistenza;
 - B) Gestione di bisogni non differibili;
 - C) Supporto alla gestione dell'assistenza medica al paziente a domicilio;
 - D) Supporto alla gestione della cronicità e medicina di iniziativa;
 - E) Supporto all'estensione di apertura oraria dell'attività nelle CDC SPOKE e nelle AFT prive di CDC

A) CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

L'attività oraria svolta in funzione della continuità dell'assistenza medica, comprende:

- A1. Attività **oraria diurna festiva** (domenica e festivi infrasettimanali dalle 08:00 alle 20:00), attività oraria diurna nei giorni **prefestivi** (ad esclusione del sabato) dalle 12.00 alle 20.00 e attività **oraria notturna** di tutti i giorni dalle 20.00 alle 8.00 del mattino successivo; tale attività viene svolta

presso le **Case di Comunità individuate dalla DGR 403 del 24.03.2025 e smi** e le **ulteriori sedi** individuate dalle AASSTT;

- A2. Attività oraria nella giornata del **sabato (dalle ore 8.00 alle ore 20.00)**; tale attività viene svolta presso le **Case di Comunità individuate dalla DGR 403 del 24.03.2025 e smi** e le **ulteriori sedi** individuate dalle AASSTT; l'inizio dell'attività erogata di sabato mattina presso una sede diversa dalla Casa di Comunità deve essere coordinata con l'istituto del supporto ed evoluzione dell'assistenza territoriale di cui all'art. 15 del presente accordo, senza sovrapposizioni.
- A3. Attività oraria con modalità di reperibilità domiciliare prevedendo, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina e secondo la normativa regionale vigente. Il vigente ACN all'Art. 44, comma 7, riporta come la continuità dell'assistenza possa essere garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria secondo tale modalità.
- a. Tale tipologia di erogazione del servizio va considerata di particolare interesse nei casi di difficoltà organizzative, in specifiche aree territoriali disagiate, in caso di gravidanza e per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino.
 - b. Al servizio di continuità assistenziale di cui ai precedenti commi A1 e A2 può essere affiancata una centrale telefonica su bacini di utenza di 80.000-100.000 abitanti, con la presenza di uno o più medici che possano svolgere attività di ricezione delle chiamate e gestione dei bisogni tramite attività di consultazione ed eventuale tele-visita laddove prevista.
 - c. È compito delle Aziende attivare sperimentalmente iniziative di cui al presente comma A3. Gli Accordi Attuativi Aziendali definiscono le modalità di contatto e le procedure in coordinamento funzionale con le attività di cui al punto A1 e A2, in particolare per le condizioni di cui alla lettera a. Tali iniziative devono essere coordinate con quelle di sviluppo del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per l'accesso alle cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari territoriali.
 - d. L'attività è gestita e coordinata dal Direttore di Distretto, fermo restando quanto indicato all'art. 7 comma 5
 - e. L'Azienda provvede altresì alla disponibilità di adeguate apparecchiature per la registrazione delle chiamate, nonché degli strumenti telematici necessari alla registrazione delle visite e alla consultazione delle schede sanitarie dei pazienti in rete delle AFT.

B) GESTIONE DEI BISOGNI NON DIFFERIBILI

- B1. Al fine di perseguire l'Obiettivo Prioritario di Politica Sanitaria Nazionale di cui all'Art 4 comma 1 lettera c dell'ACN vigente, "Accesso improprio del Pronto Soccorso", ed in linea con l'Art. 43 comma 7 lettera a) dell'ACN vigente sulla "erogazione di prestazioni assistenziali non differibili" viene istituito un **servizio diurno feriale dalle ore 8:00 alle ore 20:00, dal Lunedì al Venerdì** (ad esclusione delle festività infrasettimanali) che ha l'obiettivo di gestire i bisogni "non differibili" dell'utenza; tale servizio viene istituito **uno ogni AFT / ogni due AFT / ogni 50.000-70.000 abitanti** (in base alla programmazione aziendale);
- B2. Prioritariamente il servizio di cui al precedente capoverso viene istituito **presso una Casa di Comunità HUB**, anche al fine di fruire agevolmente e con accesso diretto a un servizio di radiologia.
- B3. L'attività, gestita e organizzata a livello Distretto/AST, su budget orario assegnato, è svolta da medico a Ruolo Unico con il supporto di un Infermiere messo a disposizione dalla AST in base al modello definito dalla DGR 403/2025.
- B4. Il servizio, che disporrà dei sistemi di continuità informativa dell'AFT collegato ai sistemi informativi dell'AST e della Regione, potrà erogare prestazioni avanzate finalizzate alla gestione dei bisogni "non differibili" a basso grado di complessità, come la piccola traumatologia con

eventuale sutura/medicazione ferite e altri disturbi che possono richiedere l'effettuazione di esami di **diagnostica di I livello** (ad es. ECG, POCUS) e/o terapia di urgenza e/o esami di laboratorio con o senza sistemi POCT (Point Of Care)

- B5. Il MMG che opera in tale servizio avrà la possibilità di inviare pazienti con accesso diretto ai servizi di 2° livello (consulenze specialistiche/diagnostiche) secondo direttive regionali e protocolli aziendali.
- B6. Le progettualità di cui ai precedenti commi saranno definite e regolamentate nell'ambito di specifici Accordi Attuativi Aziendali.

C) SUPPORTO ALLA GESTIONE DELL'ASSISTENZA MEDICA DEL PAZIENTE A DOMICILIO

- C1. Al fine di potenziare la presa in carico del paziente a domicilio, nell'ambito delle attività della Casa della Comunità consentendo di mantenere quanto più persistentemente il paziente presso la propria abitazione, viene istituita presso ogni AFT un'unità di supporto all'assistenza domiciliare, composta da un MMG a Ruolo Unico, eventualmente supportato da un infermiere IFOC.
- C2. L'attività è gestita e organizzata dal Direttore del Distretto, in coordinamento con il referente di AFT su budget orario assegnato, all'interno della fascia oraria di copertura diurna **feriale, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 20.00** con un minimo di 4h giornaliere, anche sotto forma di reperibilità o in telemedicina. Il Referente di AFT provvede ad inviare al Direttore di Distretto entro la fine del mese precedente allo svolgimento del servizio la turnazione prevista dai medici a Ruolo Unico, nell'ambito del budget orario previsto.
- C3. L'attività domiciliare, eseguita con automezzo aziendale (oppure con automezzo proprio e rimborso ai sensi dei regolamenti aziendali in base all'art.47 c.8 dell'ACN vigente), è prevista per le seguenti attività, secondo protocolli stabiliti:
- Cure Palliative;
 - Attività di Medicina di Iniziativa per i pazienti cronici in condizioni di allettamento;
 - Trasfusione di emoderivati e altre gestioni / trattamenti in condizioni clinico-assistenziali che richiedono la presenza medica;
 - Diagnostica di primo livello in condizioni di particolare impegno professionale, anche all'interno del Sistema della Residenzialità come anche RSA e RP private accreditate;
- L'utilizzo della **dotazione strumentale** riferita alla diagnostica di primo livello viene disciplinato nell'ambito dei protocolli aziendali operativi riferiti a questa tipologia di attività oraria.
- C4. La segnalazione del caso clinico richiedente le prestazioni sopra riportate viene effettuata, di norma, dal Medico di Medicina Generale di scelta del paziente, attraverso modalità di contatto da definire con l'azienda.
- C5. Al termine della prestazione il medico intervenuto provvede ad inviare specifica rendicontazione dell'attività svolta al medico titolare di scelta, anche sotto forma di report informatico laddove possibile e agli adempimenti informativi definiti da AST e Regione.
- C6. Per quanto non espresso nel presente comma C si rimanda a specifici Accordi Attuativi Aziendali, i quali possono prevedere anche l'utilizzo in tutto o in parte del suddetto budget orario per specifiche attività ambulatoriali nell'ambito delle attività delle AFT e Case di Comunità, come ad esempio l'assistenza ai turisti per le località ad alto flusso ed ambulatori dedicati alla promozione della salute e stili di vita, o per il supporto alle attività distrettuali.
- C7. L'azienda garantisce la sinergia tra questa attività e le funzioni dell'UCA.

D) SUPPORTO ALLA GESTIONE DELLA CRONICITA'

- D1. Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, hanno prodotto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, si prevede l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente. L'AIR, nel rispetto del P.N.C., definisce altresì il ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini come previsto dall'art.4 dell'ACN.
- D2. Su tali basi vengono individuati percorsi assistenziali in cui i pazienti cronici sono gestiti attraverso interventi di «medicina di iniziativa», con progetti di presa in carico da parte di un team monoprofessionale (centrati sull'applicazione di un Piano Assistenziale Individualizzato – PAI, Art.21 del presente accordo) che possano anche prevedere l'utilizzo di diagnostica di I livello (utilizzando anche servizi di telerifertazione).
- D3. Il team monoprofessionale è composto dai Medici della AFT, dal personale di segreteria e/o infermiere di supporto alle attività cliniche, valutative e di empowerment del paziente in coordinamento con UCCP di riferimento dell'AFT secondo quanto previsto dall'ACN.
- D4. Al fine di mantenere la prossimità dell'assistenza e la massima facilitazione dell'accesso alle cure, l'attività di medicina di iniziativa, può essere svolta dai MMG a Ruolo Unico, a favore degli assistiti della AFT:
- presso la sede dei Moduli Base di AFT di appartenenza o le Sedi Riferimento della AFT o Case di Comunità Spoke/HUB.
 - nei comuni al di sotto dei 3000 abitanti, anche presso lo studio del MMG (con o senza i requisiti previsti dal team monoprofessionale).
- D5. La gestione proattiva e organizzata della cronicità (medicina di iniziativa) prevede modalità di raccolta dati e di aggregazione degli stessi, cruscotti di monitoraggio, di audit e di benchmarking, sistemi per la rendicontazione e conferimento dei risultati, utilizzando la piattaforma di AFT di cui all'art. 22 comma 4, del presente Accordo.
- D6. Le iniziative sopra descritte possono essere svolte, facendo riferimento al budget orario di AFT (art. 3 del presente accordo), dai MMG a ruolo unico al di fuori dei normali orari di studio.
- D7. Tali iniziative, altamente innovative, dovranno essere monitorate periodicamente, con cadenza almeno trimestrale dal Referente di AFT e dal Direttore di Distretto congiuntamente per valutare l'attività svolta e gli esiti, secondo protocolli da condividere in Comitato Aziendale. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, il Referente di AFT provvederà a rimodulare e riorganizzare l'attività.

E) APERTURA ORARIA DELL'ATTIVITÀ NELLE CDC SPOKE

- E1. Le CdC Spoke necessitano di una presenza di MMG per 12 ore giornaliere (8.00-20.00) 6 su 7 gg alla settimana. L'obiettivo è, quindi, garantire alle CdC Spoke una presenza H12 del medico, avvalendosi anche degli orari di apertura dei singoli studi medici eventualmente presenti nelle CdC

in questione, con attività oraria finalizzata alla continuità di assistenza, in coerenza con le disposizioni del DM77.

- E2. Al fine di perseguire l'obiettivo definito al punto E2, i medici a ruolo unico della AFT, nel completamento della propria attività oraria possono essere chiamati a svolgere attività di continuità dell'assistenza nelle CdC Spoke che non riescono a garantire una presenza H12 del medico con le attività di studio dei medici ordinariamente presenti.
- E3. Possono inoltre determinarsi Accordi Attuativi Aziendali nelle AFT dove il Comitato Aziendale evidenzia effettive difficoltà anche in relazione alle distanze geografiche ed alle condizioni di accessibilità dei servizi per estendere, in assenza di Moduli di Base che aderiscano all'istituto di cui all'Art. 16, una accessibilità H12 ad una struttura presente nel territorio della AFT anche con la presenza di medici ad attività oraria
- E4. Tali attività vengono organizzate dal referente delle AFT in stretto coordinamento con il direttore del Distretto.

- 2. Le AST organizzano turni di reperibilità, a cui possono aderire i MMG a Ruolo Unico su base volontaria, in relazione alle attività orarie di cui ai punti A e B, a cui attingere in occasione di improvvisa indisponibilità di chi ha già calendarizzato il proprio turno di attività.

Le suddette reperibilità sono come di seguito organizzate:

- ogni due postazioni che svolgono attività di cui al punto A
 - dalle ore 19.00 alle ore 20.30 di tutti i giorni
 - dalle ore 7.00 alle ore 8.30 dei giorni sabato (solo per le Case di comunità, negli altri casi dalle 9:00 alle 10:30 in coordinamento con l'istituto del supporto ed evoluzione dell'assistenza territoriale di cui all'art. 15 del presente accordo e senza sovrapposizioni), festivi e la domenica
 - dalle 9.00 alle ore 10.30 dei giorni prefestivi
- ogni due postazioni che svolgono attività di cui al punto B
 - dalle ore 7.00 alle ore 8.30 e dalle ore 13.00 alle ore 14.30 dei giorni feriali dal Lunedì al Venerdì

I medici in turno di reperibilità che non rispondano ai numeri telefonici indicati quali recapiti personali o che rifiutino di effettuare il turno, sono sospesi con effetto immediato dalla reperibilità e dalla relativa remunerazione per tutto il residuo del mese e per i tre mesi successivi, salvo che il fatto non costituisca più grave inadempienza, per la quale vanno attivate le procedure di cui all'art. 25 dell'ACN vigente.

Le attività di reperibilità vengono svolte da un medico di assistenza primaria a ruolo unico in funzione del proprio completamento orario, accettando anche di svolgere l'eventuale turno scoperto in estensione al proprio massimale orario, e sono remunerate come servizio attivo con € 24,25 per ogni ora di reperibilità svolta.

- 3. In riferimento al budget orario assegnato alle singole AST di cui alla tabella al comma 7 dell'art 3 del presente accordo, la ripartizione dello stesso budget, su base aziendale, a tendere, dovrà tenere conto delle seguenti percentuali di attribuzione alle diverse attività orarie:
 - All'attività oraria di cui al punto A, una quota dal 41% al 49%
 - All'attività oraria di cui al punto B, una quota dall'11% al 13%
 - All'attività oraria di cui al punto D, una quota dal 30% al 35%
 - All'attività oraria di cui al comma 2 del presente articolo, una quota dal 3% al 5%
 - Altre attività, una quota dal 4% al 6% (comprende anche C ed E)

Le AST dovranno implementare le attività orarie secondo le percentuali sopra descritte, fatta salva la scala di priorità riportata al comma 2 dell'art. 12 del presente accordo. Il Comitato Aziendale deve essere messo nelle condizioni di verificare l'effettiva implementazione delle attività orarie sopra descritte.

- 4. Le suddette quote, su richiesta del Direttore del Distretto o dei Referenti delle AFT possono essere rimodulate, in base a specifiche esigenze o ad eventuali carenze nella disponibilità della loro presa in carico, dopo aver acquisito parere favorevole da parte dei rispettivi Comitati Aziendali per la Medicina Generale.

5. Le diverse tipologie delle attività orarie descritte nel presente articolo, vengono messe a disposizione dei medici che devono realizzare il completamento orario della loro attività, su richiesta del Coordinatore della AFT, fatte salve le previsioni del comma 2 dell'art. 12 del presente accordo.
6. Le attività orarie di cui all'art. 10 comma 1 vengono svolte nelle Case della Comunità indicate nella DGR 1281 del 05/08/2025 e remunerate secondo quanto previsto dall'art. 47 comma 3 lettera A del vigente ACN ed integrate da quanto previsto alla lettera C dello stesso comma ovvero Euro 24,25 + Euro 13,62.

Art. 11 - COMPETENZE DELLE AZIENDE

Con particolare riferimento ad aspetti riguardanti l'adeguatezza delle sedi a gestione AST e la sicurezza dei medici in servizio, le AST garantiscono che:

- a. Sia assicurato un monitoraggio costante delle stesse sedi al fine di identificare e risolvere eventuali criticità riguardo agli aspetti della sicurezza attiva e passiva, del mancato rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 81/08, e dei requisiti minimi di decoro e di dignità delle sedi.
- b. siano posti a disposizione degli operatori, locali ad uso ambulatorio adeguatamente attrezzati, distinti da quelli previsti per il riposo e la sosta dei medici dotati di servizi igienici ad uso esclusivo dei medici in servizio. Dovrà essere inoltre assicurata la pulizia giornaliera dei locali.
- c. Presso ogni sede a maggior rischio e isolata da qualsiasi altra struttura, le AST dovranno dare garanzia di sicurezza potendosi avvalere di quanto segue:
 - Impianto di allarme con sirena esterna azionabile mediante telecomando (uno per medico in turno con apposita clip per cintura o similare), collegato con le centrali delle forze dell'ordine.
 - Videocitofono o citofono e sistema di videosorveglianza nelle sedi a maggior rischio.
 - Telefono dotato di identificativo di chiamata e telefoni cellulari/tablet di servizio.
 - Inferriate alle finestre se la sede è situata al piano terra.
 - Eventuale porta blindata di accesso alla sede o comunque in grado di resistere a tentativi di intrusione e vetri antisfondamento.
 - Vigilanza nelle sedi maggiormente a rischio.

Art. 12 - PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DELLE ATTIVITA' ORARIE

1. Le attività orarie gestite e organizzate a livello Distretto/AST e a livello AFT (Art. 10, comma 1) vengono di norma effettuate dai MMG che ne facciano richiesta secondo le indicazioni previste dal presente articolo.
2. Le diverse attività orarie descritte nell'Art. 10 del presente accordo, vengono attribuite con il **seguito ordine di priorità**, fatta salva la possibilità di attivare comunque l'attività oraria di cui alla lettera D all'interno dei Moduli di AFT e negli ambulatori principali dei medici operanti nei comuni al di sotto di 3000 abitanti:
 - Attività oraria di cui **al punto A**: l'assegnazione dello svolgimento di tale attività è normata e garantita da quanto riportato al comma 4 del presente articolo
 - Attività oraria di cui **al punto B** e di cui **al punto E** rispettivamente per le Case di Comunità Hub e per le Case di Comunità Spoke di cui in DGR 403/2025 e smi, per le quali non viene garantita al loro interno presenza continuativa per la stessa fascia oraria da parte degli studi dei MMG;
 - Attività oraria di cui al punto D;
 - Attività oraria di cui al punto C.
3. L'attività oraria di cui alle lettere A, B e C dell'Art. 10, comma 1 del presente accordo, viene gestita e organizzata a livello Distretto/AST, attraverso il budget orario assegnato secondo le procedure di cui all'Art. 3 del presente accordo.

4. L'attività oraria, descritta alle lettere A, B, C, D, E dell'art. 10, comma 1 del presente accordo, viene assegnata come di seguito riportato:
- a. Il MMG a Ruolo Unico, al conferimento dell'incarico temporaneo (art. 38, comma 9, vigente ACN) o a tempo indeterminato, ha la prerogativa di scegliere l'impegno orario individualmente determinato tra quanto previsto alle lettere A, B, C, D, E. Tale scelta si ritiene tacitamente rinnovata, salvo nuova determinazione entro il 31 Dicembre di ogni anno, a valere per l'anno successivo.
 - b. A seguito della procedura di cui al comma precedente, in permanenza di una mancata assegnazione dell'attività oraria relativa alla lettera A, l'AST provvede al conferimento di incarichi a tempo determinato di cui all'art 37 comma 1 del vigente ACN.
 - c. Nel caso di ulteriore mancata assegnazione, l'AST procede attraverso l'istituto della sostituzione (art. 36 comma 5 vigente ACN). Dopo aver esperito infruttuosamente anche tale procedimento, gli MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 del vigente ACN, garantiscono l'attività oraria di cui alla lettera A, con il seguente ordine di priorità di coinvolgimento:
 - c1. i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 comma 1 lettera a) nel limite massimo individuale di 24h settimanali, salvo maggiore disponibilità.
 - c2. i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 comma 9 lettera a) nel limite massimo individuale di 12h settimanali, salvo maggiore disponibilità.
 - c3. i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 comma 1 lettera b) nel limite massimo individuale di 12h settimanali, salvo maggiore disponibilità.
 - c4. i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 comma 9 lettera b) nel limite massimo individuale di 12h settimanali, salvo maggiore disponibilità.
 - c5. i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 comma 1 lettera c) nel limite massimo individuale di 12h settimanali, salvo maggiore disponibilità.
 - c6. i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 comma 1 lettera d) nel limite massimo individuale di 6h settimanali, salvo maggiore disponibilità.
 - d. Nel caso di mancata assegnazione dei turni relativi alla attività oraria di cui alla lettera B e alla lettera E, punto E3, i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 garantiscono la stessa attività oraria, con il seguente ordine di priorità di coinvolgimento:
 - d1. i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 comma 1 lettera a) nel limite massimo individuale di 12h settimanali, salvo maggiore disponibilità.
 - d2. i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 comma 9 lettera a) nel limite massimo individuale di 12h settimanali, salvo maggiore disponibilità.
 - d3. i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 comma 1 lettera b) nel limite massimo individuale di 12h settimanali, salvo maggiore disponibilità.
 - d4. i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 comma 9 lettera b) nel limite massimo individuale di 12h settimanali, salvo maggiore disponibilità.
 - d5. i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 comma 1 lettera c) nel limite massimo individuale di 12h settimanali, salvo maggiore disponibilità.
 - d6. i MMG a ruolo unico di cui all'Art 38 comma 1 lettera d) nel limite massimo individuale di 6h settimanali, salvo maggiore disponibilità.
5. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, l'attività oraria di competenza del medico di assistenza primaria a ruolo unico viene svolta nelle attività di cui alle lettere C, D (per quanto riguarda le Sedi di Riferimento), e all'attività di cui alla lettera E, punto E3.

6. I MMG titolari di un incarico a tempo indeterminato alla data del 31/12/2025 ai quali viene conferito incarico del ruolo unico di assistenza primaria, non vengono coinvolti, per il proprio completamento orario, nello svolgimento delle attività di cui alla lettera A dell'art. 10 comma 1 del presente accordo, se non su loro richiesta.
7. La prerogativa di cui al comma 4 lettera a viene consentita ai nuovi convenzionati, fatto salvo quanto previsto al comma 4 lettera c, fino a saturazione del budget orario previsto per le attività orarie di cui alle lettere B, C, D, E dell'art. 10 comma 1. Alla saturazione del suddetto budget, l'AST assegna al nuovo medico a ruolo unico le attività orarie di cui al punto A fino al completamento del suo orario.
8. L'attività oraria descritta ai punti A, B, C, D, E dell'art. 10 comma 1 del presente accordo viene essere svolta da un MMG a Ruolo Unico (art. 31 – ACN) con contratto a tempo indeterminato o temporaneo.
9. In caso di più medici titolati a svolgere la stessa tipologia di attività oraria, ha priorità di interpello fino al completamento del proprio debito orario il medico con maggior numero di scelte e, in subordine, con maggiore anzianità di convenzionamento a tempo indeterminato (o temporaneo) in un'area funzionale o settore previsto dall'ACN della Medicina Generale.
10. Le ore assegnate ai sensi del presente Articolo si intendono attribuite trimestralmente al medico che si è reso disponibile.
11. Ai medici che svolgono l'attività oraria di cui al comma 3 del presente articolo e per gli incarichi a tempo determinato o comunque per le attività su base Aziendale/Distrettuale, l'Azienda assegna le sedi di attività e predispone, su base distrettuale, i turni di servizio, come indicato nell'art. 7 commi 4 e 5 del presente AIR. I turni di svolgimento dell'attività oraria sono assegnati sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati tenuto conto del debito orario individuale e degli assistiti in carico.
12. La modalità di assegnazione delle attività orarie di cui al comma 4 del presente articolo deve tener conto che il medico, nello svolgimento del suo incarico, opera nella AFT a cui è assegnato e nell'Unità Complessa di Cure Primarie (comma 4, art. 33, vigente ACN).

Art. 13 - TUTELA DELLA GENITORIALITA' E DELLA DISABILITA'

1. Il medico del ruolo unico può richiedere la sospensione parziale o totale dell'attività a ciclo di scelta o di attività oraria secondo le seguenti modalità in coerenza con l'Art 22 comma 3, 4, 5 dell'ACN vigente nelle seguenti modalità:

A. SOSPENSIONE TOTALE DELLE ATTIVITÀ ORARIE E A CICLO DI SCELTA DEL MMG A RUOLO UNICO

- A1. E' facoltà del MMG a ruolo unico richiedere la sospensione totale dalle attività orarie e a ciclo di scelta per tutto il periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti (due mesi antecedenti il parto e tre mesi successivi oppure un mese antecedente il parto e quattro mesi successivi).
- A2. Le attività orarie di cui alla lettera D dell'art. 10 comma 1, in carico al MMG a ruolo unico che abbia usufruito della sospensione totale possono essere effettuate prioritariamente dai medici afferenti allo stesso Modulo di AFT di eventuale appartenenza, oppure dai medici della medesima AFT, che ne diano disponibilità, vista la contingenza e la durata limitata delle sostituzioni, ai fini della applicabilità dell'articolo 36, l'AST valuta di derogare per tutta la durata della sostituzione le limitazioni di massimale tra scelte e ore di cui all'articolo 38 ACN vigente
- A3. Le attività orarie di cui alla lettera A, B, C, E dell'art. 10 comma 1, in carico al MMG a ruolo unico che abbia usufruito della sospensione totale possono essere effettuate dai medici della medesima AFT, che ne diano disponibilità, vista la contingenza e la durata limitata delle sostituzioni, ai fini della applicabilità dell'articolo 36, l'AST valuta di derogare per tutta la

durata della sostituzione le limitazioni di massimale tra scelte e ore di cui all'articolo 38 ACN vigente

- A4. In caso di mancata individuazione di un MMG disponibile ad effettuare tali sostituzioni orarie, l'Azienda provvede ad individuare il medico sostituto secondo le procedure di cui all'Art 36 comma 5 del vigente ACN.
- A5. Ogni mese di sospensione dell'incarico ai sensi dell'Art 20 comma 4 del vigente ACN è da considerarsi ad orario pieno, secondo l'attività oraria precedentemente svolta, ai fini dell'incremento di punteggio della graduatoria regionale.
- A6. La sostituzione per l'attività a ciclo di scelta del MMG a ruolo unico di assistenza primaria può essere svolta da un sostituto nominato dal MMG ai sensi dell'Art 36 comma 1 del vigente ACN con priorità per i MMG afferenti allo stesso Modulo di AFT di eventuale appartenenza e secondariamente dai medici della medesima AFT che ne diano disponibilità. Il compenso economico dal 31esimo giorno di sostituzione è corrisposto direttamente dall'azienda al medico che sostituisce il titolare secondo le norme previste dall'ACN vigente.
- A7. Qualora non sia stato possibile effettuare la sostituzione a ciclo di scelta, l'Azienda si avvale dei MMG a ruolo unico e dei medici iscritti in graduatoria aziendale secondo le procedure previste dall'Art 36 comma 3 del vigente ACN.
- A8. Il compenso economico del medico sostituto, se individuato dall'Azienda, è normato dall'ACN all'art 36 comma 9, 10.
- A9. Le procedure di cui al comma 6, ed in subordine del comma 7, si applicano anche per la sospensione totale dovuta a malattia in gravidanza e gravidanza a rischio, e per la durata complessiva dell'inabilità temporanea assoluta. Tale condizione deve essere comunicata dal medico all'Azienda.

B. SOSPENSIONE PARZIALE DELLE ATTIVITA' ORARIE E A CICLO DI SCELTA

- B1. La sospensione parziale dalle attività convenzionali è normata dall'Art 22 comma 3 dell'ACN vigente.
- B2. Il MMG a ruolo unico in gravidanza e puerperio può mantenere le attività orarie purché svolte in orario diurno, con priorità per le attività orarie di cui alla lettera D e l'attività oraria di cui alla lettera A punto A3 dell'art. 10 del presente AIR, per tutto il periodo previsto dal D.Lgs 151/2001.
- B3. La sospensione parziale delle attività orarie può arrivare fino al 75% del monte ore complessivo previsto in base all'Art 38 comma 1, 7 e 9.
- B4. La sostituzione relativamente alle attività orarie del MMG che aderisce alla sospensione parziale delle attività per come precedentemente descritto, viene svolta dai MMG afferenti al modulo a cui lo stesso medico eventualmente appartiene, in subordine dai medici della AFT ai quali può essere eventualmente richiesto da parte della AST di riferimento, l'incremento temporaneo di attività oraria, qualora disponibili; in difetto di disponibilità, delle opzioni sopra descritte, attraverso un incarico di sostituzione.
- B5. La sostituzione parziale del medico a ciclo di scelta avviene attraverso incarico libero professionale tra medico sostituito e sostituto.
- B6. La sospensione parziale di cui al presente articolo è applicabile su richiesta del medico anche in caso di handicap certificato ai sensi della legge 104/92 e in caso di disabilità ai sensi della legge 68/99 ed eventuali successive modifiche ed integrazioni.

Art. 14 - I MODULI BASE DELLA AFT

- 1. Al fine di non disperdere l'esperienza maturata da parte dei Medici di Medicina Generale e la capillarità dei presidi organizzativi autonomi già esistenti sul territorio, il presente AIR individua forme organizzative

di AFT articolate in “*moduli base di AFT*” che garantiscono gli standard erogativi definiti come “*Standard erogativi di moduli base di AFT*”. I moduli base di AFT sono elementi costitutivi della stessa AFT e, nella loro sede unica, ne rappresentano l’unità operativa elementare idonea a soddisfare e concretizzare le esigenze sanitarie e socio-sanitarie dei singoli cittadini utenti che hanno operato la scelta fiduciaria in favore del medico di medicina generale, coniugando le stesse con le esigenze del bacino di utenza di afferenza della AFT, quale articolazione del territorio di riferimento. Per questo i medici partecipanti ai moduli base di AFT sono tenuti a collaborare tra loro e con il resto dell’AFT per la gestione sanitaria e socio-sanitaria dell’intero bacino di utenza dell’AFT e per il raggiungimento degli obiettivi dei singoli medici, di quelli dell’intera AFT e di quelli eventualmente affidati al modulo base quale articolazione della AFT e della UCCP. Il “modulo base di AFT” è costituito da un numero di medici di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a 10. La partecipazione del medico al Modulo, secondo quanto riportato, è libera e deve essere accettata dai componenti del modulo. Obiettivo di tale accordo è perseguire la massima organizzazione della medicina generale sul territorio anche attraverso la massima implementazione delle logiche riconducibili alle forme associative dei Moduli Base.

2. I medici appartenenti a forme associative Medicina di Gruppo, Rete e Associazione (da ACN 2005) già costituite (entro il 31/12/2024) possono evolvere a Modulo Base di AFT.
3. Entro tre mesi dall’entrata in vigore del presente AIR, tutte le tipologie di forme associative costituite entro il 31/12/2024 (che non chiedono di trasformarsi), decadono ed i medici componenti esercitano la loro attività esclusivamente all’interno della AFT di cui all’Art. 6 del presente accordo, salvo nuova costituzione di Moduli Base, ai sensi del comma 10 del presente articolo. Pertanto le indennità relative alle precedenti forme associative vengono corrisposte senza soluzione di continuità fino a decadenza/trasformazione.
4. Nell’ipotesi in cui ad un Modulo Base evoluto da una pre-esistente medicina di gruppo, appartenga un medico con studio principale in una AFT diversa da quella dove incide la sede dello stesso Modulo, a quel medico viene consentito di appartenere al Modulo così evoluto, partecipandovi esclusivamente per il grado A di cui al comma 8, adempiendo comunque alle previsioni del comma 9 dell’Art. 35 del vigente ACN. In tutti gli altri casi i Moduli Base possono essere costituiti solo da Medici appartenenti alla stessa AFT.
5. In relazione a quanto riportato al precedente comma, le attività assistenziali e i risultati conseguiti in riferimento a tutti gli assistiti in carico di scelta, vengono rendicontati dal medico a ciclo di scelta nella AFT di sua appartenenza, quella dove ha sede il proprio studio principale.
6. Il “Modulo Base” è costituito con numero minimo di tre medici con incarico a tempo indeterminato, determinato o temporaneo (due sufficienti in zone disagiate) per
 - (evoluzione da precedente forma di medicina associativa) comunicazione per passaggio dalla forma associativa di cui all’ACN 2005
 - (costituzione ex novo) tramite domanda da validarsi in sede aziendale.
7. Il Modulo Base di AFT si caratterizza dalla presenza di una sede principale con apertura dei giorni feriali, per 4 ore in ogni fascia mattutina (dalle 8.00 alle 14.00) e pomeridiana (dalle 14.00 alle 20.00) per un totale di otto ore diurne feriali ed apertura dello studio almeno fino alle 19.00, con presenza per almeno di 24 ore settimanali del personale di studio o infermiere. La presenza del medico è garantita per almeno 3h continuative sia per la fascia mattutina che pomeridiana, in tal caso estesa almeno fino alle ore 19.00. I medici componenti del Modulo organizzano l’attività del personale di studio o infermieristico al fine di garantire il servizio a favore dell’intera platea degli assistiti a titolo di scelta dei medici componenti il modulo.
8. I MMG componenti dei Moduli Base di AFT, contribuiscono al mantenimento dei requisiti di apertura della sede principale con due gradi di intensità, differenziati dalla frequentazione settimanale dello studio nella sede principale del modulo, adempiendo sempre alle previsioni del comma 9 dell’Art. 35 del vigente ACN.
 - a) grado A: per almeno quattro fasce orarie settimanali, da tre ore ognuna, di cui almeno una pomeridiana;
 - b) grado B: per almeno una fascia oraria settimanale di tre ore.

9. Per i medici con studio principale in comuni inferiori a 3000 abitanti, il MMG può frequentare un Modulo Base di AFT con la presenza di almeno una fascia oraria settimanale per tre ore. Il parametro di 3000 abitanti può essere oggetto di rivalutazione in sede di Comitato Aziendale.
10. I medici che intendano costituire un nuovo Modulo Base di AFT, devono presentare domanda alla AST. La AST, entro 30 giorni dalla data di ricezione, comunica ai medici interessati il nulla-osta alla sua costituzione, ovvero l'impossibilità alle medesime, adeguatamente motivata. Tale atto è subordinato alla verifica del rispetto delle risorse del fondo aziendale per i fattori produttivi, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste e valutata l'offerta assistenziale già presente nell'AFT, al fine di razionalizzare le risorse disponibili ed efficientare l'organizzazione intra-AFT.
11. Il nuovo Modulo Base di AFT dovrà diventare operativo entro 90 giorni dal ricevimento del nulla osta, attraverso la redazione in carta semplice di un patto costitutivo tra i medici e della carta dei servizi per gli assistiti; i relativi benefici economici decorreranno dalla data di effettiva attivazione o variazione, notificata all'AST insieme con il patto costitutivo.
12. Ai MMG componenti di un Modulo di Base, con grado A di partecipazione (comma 8, lettera a, del presente articolo) viene corrisposta un'indennità pro-capite annua per ogni assistito in carico di Euro 7,00.
13. Ai MMG componenti di un Modulo di Base, con grado B di partecipazione (comma 8, lettera b, del presente articolo) viene corrisposta un'indennità pro-capite annua per ogni assistito in carico di Euro 5,20.
14. Ai MMG con studio principale in un Comune con un numero di residenti inferiore a 3.000 (ultima rilevazione ISTAT) che partecipa alla presenza in un Modulo di Base per almeno una fascia oraria di cui all'Art. 14, comma 9, per almeno tre ore continuative, viene corrisposta un'indennità pro-capite annua per ogni assistito in carico di Euro 6,50.
15. Ai MMG con studio principale in un Comune con un numero di residenti inferiore a 3.000 (ultima rilevazione ISTAT) che non partecipa alla presenza in alcun Modulo di Base viene corrisposta un'indennità pro-capite annua per ogni assistito in carico di Euro 5,20.

Art. 15 - SUPPORTO ED EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

1. Il MMG che aderisce all'istituto del Supporto ed Evoluzione dell'assistenza Territoriale è tenuto al rispetto delle seguenti condizioni:
 - contattabilità asincrona con il paziente (email / messaggistica in asincrono), con l'obiettivo di utilizzare piattaforme validate idonee allo specifico utilizzo garantendo i migliori livelli di accessibilità all'utenza;
 - contattabilità telefonica di sette ore giornaliere nei giorni feriali, escluso il sabato e prefestivi, comprensive degli orari di studio;
 - partecipazione ad un Modulo Base (grado A o grado B, Art. 14, comma 8)
 - partecipazione alla apertura dei Moduli della AFT nella giornata di sabato dalle 8.00 alle 10.00 in coordinamento con gli altri medici del Modulo.
2. I MMG che al momento della adozione del presente accordo stanno già percependo l'indennità riferita a suddetto istituto di cui alla DGR 1914/2023, per la continuità dell'erogazione di detta indennità debbono compilare, sottoscrivere ed inviare alla AST di riferimento l'apposito modulo auto certificativo (Allegato 1) entro e non oltre il 31/10/2025. Qualora il medico non effettui quanto sopra richiamato sarà interrotta l'erogazione dell'incentivo per il suddetto istituto.
3. I MMG che intendono aderire ex-novo all'istituto del "Supporto ed Integrazione dell'Assistenza Territoriale", devono compilare, sottoscrivere ed inviare alla AST di riferimento l'apposito modulo auto certificativo (Allegato 1).
4. L'istituto sarà applicato dal medico dal primo del mese successivo all'invio tramite PEC alla AST di riferimento dell'apposito modulo auto certificativo (Allegato 1); la decorrenza della relativa indennità viene attivata a seguito del riconoscimento dell'indennità per la partecipazione al Modulo Base (comma 1 del presente articolo).

5. La quota pro-capite annua, per ogni assistito in carico, che verrà corrisposta al MMG a seguito della adesione al suddetto istituto è pari ad Euro 6,00, erogata mensilmente in dodicesimi.

Art. 16 - ESTENSIONE ORARIA H12 DEI MODULI

1. Al fine del conseguimento della massima accessibilità alle Assistenza Primaria, viene incentivata l'estensione dell'apertura oraria giornaliera dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dei Moduli di Base di AFT.
2. I medici appartenenti ai Moduli Base di AFT organizzano il loro orario di studio, ai fini dell'ottenimento della massima estensione oraria giornaliera di apertura del Modulo; viene garantita la presenza continuativa di almeno un medico nella fascia oraria 8.00-20.00 dal Lunedì al Venerdì, ad eccezione dei giorni festivi e prefestivi. Per i Moduli Base che aderiscono a quanto riportato nel presente articolo, i cui componenti sono nove o dieci medici, viene garantita la presenza contemporanea di almeno due medici, nella fascia oraria 8.00-20.00 sopra riportata.
3. L'apertura h12 dei Moduli di base aderenti a questo istituto dovrà essere segnalata nell'ambito della AFT al fine di consentire la massima accessibilità allo studio del Medico di Medicina Generale. I medici aderenti garantiscono altresì la contattabilità telefonica H12 (dalle 8.00-20.00) presso lo studio.
4. Ai medici appartenenti al Modulo di Base che garantisce l'apertura oraria giornaliera dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dello stesso Modulo, viene corrisposta un'indennità di Euro 4,00 per assistito all'anno erogato in dodicesimi mensilmente.
5. L'indennità di cui al precedente comma viene corrisposta ai Medici appartenenti al Modulo Base che contribuiscono al mantenimento dei requisiti di apertura della sede del Modulo con intensità di grado A di cui alla lettera a del comma 8 dell'art. 14 del presente accordo.
6. Le domande di adesione all'istituto di cui al presente articolo vengono inoltrate alla AST di riferimento; verranno accolte entro 30 giorni dalla ricezione fino a due domande di Moduli di Base per ogni AFT. Nel caso vengano inoltrate più domande, viene garantita priorità ai Moduli di Base con maggiore distanza dalla Sede di Riferimento della AFT; in subordine verranno considerati con criterio di precedenza i Moduli i cui medici componenti abbiano complessivamente un numero più elevato di scelte.
7. L'erogazione della prevista indennità ai medici appartenenti ai Moduli coinvolti avverrà dal mese successivo all'accoglimento della domanda.
8. L'istituto in parola è da ritenersi sperimentale per gli anni 2026-2027-2028, anche nelle more della riorganizzazione dei servizi territoriali e finanziato a valere sulle quote residue del fondo contrattuale di cui alla DGR 652/2025 e fino a concorrenza dell'importo medesimo.

Art. 17 - PERSONALE DI STUDIO

1. Viene garantita l'erogazione delle indennità per collaboratore studio e infermiere riferite ai rapporti in essere alla data di sottoscrizione del presente accordo.
2. Dalla data di sottoscrizione del presente accordo, per le acquisizioni di nuove unità di personale di studio o personale infermieristico la AST potrà procedere all'erogazione della prevista indennità al medico che ne faccia domanda solo in caso di capienza del fondo. Il riconoscimento dell'indennità per il collaboratore di studio è prioritario rispetto alle altre finalizzazioni del fondo.
3. I medici che intendono acquisire tali collaborazioni devono presentare comunicazione a mezzo PEC alla AST di riferimento.
4. L'indennità per collaboratore di studio corrisponde ad Euro 3,50 in quota capitaria. L'indennità per infermiere corrisponde ad Euro 4,00 in quota capitaria.
5. Al fine dell'erogazione al MMG delle indennità previste dal comma precedente, il collaboratore di studio e il personale infermieristico utilizzato deve effettuare almeno 8 (otto) ore di attività settimanale presso lo studio del medico.

6. L'assunzione può essere fatta direttamente dal medico o da altri soggetti (società di servizi, cooperative) secondo il contratto nazionale dei dipendenti per gli studi professionali e degli infermieri professionali, con un contratto di natura libero professionale, parasubordinato secondo la normativa vigente.
7. Lo studio del MMG che utilizza il servizio di un infermiere può accedere ai canali di distribuzione pubblici dei presidi, configurando tale servizio una funzione assimilata all'infermiere dell'ADI. Tale possibilità sarà sottoposta a specifico regolamento aziendale. L'infermiere può praticare la propria opera a favore degli assistiti del medico e dei medici afferenti al Modulo che potrà essere notulata dal relativo medico di scelta secondo quanto disposto dall'Allegato 6 del vigente ACN, su suo incarico e sotto la responsabilità professionale che a lui compete.
8. Ai medici di assistenza primaria che utilizzano il personale di cui ai commi precedenti, definibile come "formato" ai sensi di quanto indicato nel AIR 2007, continua ad essere corrisposta la maggiorazione annua nella misura di Euro 0,50 sulla indennità capitaria prevista. Dall'entrata in vigore del presente AIR tale maggiorazione non verrà riconosciuta nei confronti di ulteriori istanze.
9. Nel caso particolare di MMG che hanno lo studio principale in una zona già individuata come disagiata (ambulatorio principale in zona disagiata) e che hanno un numero di scelte maggiore a n. 1200, è riconosciuta una indennità di collaboratore di studio suppletiva, pari al 50% di quella ordinaria, (euro 1,75/pro-capite per assistito annuo) che si somma a quella ordinaria, per un contratto di lavoro di almeno di 15 ore settimanali, finalizzata ad estendere e facilitare l'accessibilità ai servizi.
10. L'indennità è riconosciuta secondo le suddette modalità a decorrere dal 01/01/2026. Fermi restando i requisiti, fino a tale data restano valide le modalità di indennizzo precedenti.

Art. 18 - FONDO DEI FATTORI PRODUTTIVI

1. Il fondo dei fattori produttivi è costituito come indicato nell'art. 47, lett. D del vigente ACN e, in attesa del completamento degli adempimenti di costituzione dell'AFT avviati con DGR 403/2025, è rinviato al 01/01/2026 la decorrenza della ripartizione del fondo alle aziende.

Il fondo così costituito può essere confermato annualmente o incrementato sulla base di nuove esigenze o progettualità previste dagli Accordi regionali secondo la disciplina dell'ACN.

2. Il fondo garantisce ai medici di assistenza primaria a ciclo di scelta:
 - a) Il riconoscimento dell'indennità digitale di cui all'art. 22 comma 5 del presente accordo, pari ad Euro 150,00 mensile;
 - b) Il riconoscimento di Euro 7,00 ad assistito/anno ai medici che evolvono da una precedente forma associativa verso un Modulo Base di AFT, con intensità di partecipazione di grado A (Art. 14, comma 8, lettera, del presente accordo);
 - c) Il riconoscimento di Euro 5,20 ad assistito/anno ai medici che evolvono da una precedente forma associativa verso un Modulo Base di AFT, con intensità di partecipazione di grado B (Art. 14, comma 8, lettera b, del presente accordo);
 - d) Il riconoscimento di Euro 5,20 ad assistito/anno ai medici già aderenti ad una precedente forma associativa, con studio principale in un comune con numero di residenti ≤ 3000 all'ultima rilevazione ISTAT che non partecipano alla frequentazione di alcun Modulo Base di AFT;
 - e) Il riconoscimento di Euro 6,50 ad assistito/anno ai medici già aderenti ad una precedente forma associativa, con studio principale in un comune con numero di residenti ≤ 3000 all'ultima rilevazione ISTAT che partecipano alla frequentazione di un Modulo Base di AFT, secondo quanto previsto dal comma 9 dell'art. 14 del presente accordo;
 - f) Il riconoscimento di Euro 6,00 ad assistito/anno ai medici che aderiscono all'istituto di Supporto ed Evoluzione dell'Assistenza Territoriale, svolgendo la propria attività in adempienza a quanto riportato nell'Art 15;
 - g) Il mantenimento senza soluzione di continuità delle indennità per il collaboratore di studio e per l'infermiere per i medici che già le percepivano al momento dell'entrata in vigore del presente accordo, e che ne mantengono la collaborazione come previsto dall'art. 17 del presente accordo (personale di

studio Euro 3,50 ad assistito/anno + Euro 0,50 assistito/anno per personale formato, infermiere Euro 4,00 ad assistito/anno);

- h) Il fondo garantisce, sulla base dei requisiti previsti dal presente accordo e dagli accordi aziendali, il riconoscimento delle indennità per il personale di studio ed infermieristico per i medici che ne fanno nuova richiesta, in base alla capienza del fondo con priorità rispetto agli altri istituti;
- i) Il fondo garantisce, sulla base dei requisiti previsti dal presente accordo e dagli accordi aziendali, il riconoscimento delle indennità per la nuova costituzione di Moduli Base di AFT, nei limiti delle risorse disponibili, fermo restando l'obiettivo a tendere della disponibilità di tali fondi per il 100% dei medici secondo la disciplina contrattuale.
- j) Il riconoscimento del compenso al Referente di AFT di cui all'art.9 comma 8 del presente AIR per la parte eccedente le risorse indicate dall'art. 47 lett. E comma 3, punto B del vigente ACN.

Art. 19 - OBIETTIVI DI GOVERNO CLINICO NELL'AMBITO DELLA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE

1. Il presente articolo regola la procedura per la definizione degli obiettivi di governo clinico in carico a ciascun medico appartenente alla AFT, coerentemente con gli obiettivi della stessa, per il monitoraggio da parte delle AST del conseguimento degli obiettivi stessi e per la relativa corresponsione ai medici di quanto dovuto, tenendo conto di quanto previsto dall'ACN art.29 commi 7 e 8 e cioè:

comma 7:

La AFT realizza i compiti di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo regionale, in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

comma 8.

I medici del ruolo unico di assistenza primaria, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa, ed in particolare operano per:

a) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, con diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;

b) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con le strutture territoriali di riferimento e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza."

2. Gli obiettivi di governo clinico, fermo restando quanto stabilito dall'ACN art. 4 in relazione a quelli prioritari di livello nazionale, dovranno essere previsti nella programmazione della medicina generale così come descritto dall'art. 13 dell'ACN, che prevede quanto segue:

"1. Nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. l'Azienda definisce gli interventi per la promozione e lo sviluppo della medicina generale, in coerenza con il proprio modello organizzativo e secondo quanto previsto dall'articolo 4 (ACN art. 4 – obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale), individuando:

a) gli obiettivi di salute che si intendono perseguire, con particolare riferimento all'assistenza nei confronti delle persone affette da malattie croniche, anche in considerazione di quanto previsto all'Allegato 1 dell'ACN 2022 rubricato "medicina di iniziativa";

b) le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera a)";

3. Il programma delle attività di medicina generale dovrà essere articolato per AFT e prevedere per ciascun medico della stessa AFT l'assegnazione degli obiettivi di salute di cui alla precedente lettera a) dello

stesso articolo e l'assegnazione delle attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli stessi di cui alla lettera b) che precede.

4. La partecipazione attiva ai progetti di governo clinico viene realizzata in un intervento di stratificazione del rischio cardiovascolare nei confronti dei soggetti con età da 45 a 65 anni. La stratificazione del rischio cardiovascolare nella fascia di età 45-65 anni è fondamentale per identificare precocemente soggetti a rischio di eventi come infarto e ictus, consentendo interventi mirati di prevenzione. Lo SCORE2, sviluppato dall'ESC, è uno strumento aggiornato che stima il rischio a 10 anni di eventi cardiovascolari fatali e non fatali, adattato ai diversi contesti europei. Utilizzando parametri semplici (età, sesso, pressione arteriosa, colesterolo, fumo), permette al medico di medicina generale di classificare i pazienti in classi di rischio (basso, moderato, alto, molto alto) e orientare scelte terapeutiche e comportamentali. Nella popolazione 45-65 anni, spesso ancora asintomatica, SCORE2 rappresenta un'opportunità per attuare una prevenzione personalizzata, intensificando controlli o terapie nei soggetti più a rischio. Questo approccio contribuisce a ridurre la morbidità, la mortalità e i costi sanitari, migliorando la qualità di vita e la prognosi cardiovascolare.
5. Il medico a ciclo di scelta provvede alla registrazione nel proprio gestionale di scheda sanitaria dei dati clinico-assistenziali riferiti alla popolazione dei propri assistiti nella fascia di età 45-65 anni al 31 dicembre del precedente anno, secondo l'opportunità di contatto, utili al calcolo del rischio cardiovascolare a 10 anni secondo lo SCORE2. Da tale attività verrà periodicamente generato un report di sintesi descritto in allegato 2a che individuerà anche il numero dei propri assistiti, nella stessa fascia di età, affetto da patologie già in atto che escludono la possibilità di calcolo del suddetto SCORE2.
6. Il report di cui al precedente comma viene prodotto dal medico ogni sei mesi: durante il mese di Gennaio e durante il mese di Luglio.
7. Il report di cui al comma 6 viene conferito alla piattaforma di AFT di cui all'art. 22, comma 4 del presente accordo. Il Referente di AFT, attraverso i cruscotti disponibili nella piattaforma di AFT, monitora e verifica l'effettivo conferimento dei report e provvede, a sua volta, all'invio dei report dei mesi di Gennaio e Luglio di ogni anno, alla committenza AST/Regione, secondo specifiche indicazioni allo stesso corrisposte. Il Referente di AFT assicura la raccolta e l'invio dei report all'azienda in modalità alternativa in caso di indisponibilità/mal funzionamento della piattaforma (allegato 2b).
8. A partire dall'entrata in vigore del presente accordo il medico inizia a reclutare, per le attività di medicina di iniziativa, propri assistiti affetti da diabete mellito di tipo 2 ed ipertensione arteriosa (questi ultimi della stessa fascia di età considerata per le attività di cui al comma 5). Tali soggetti vengono invitati a sottoscrivere una specifica autorizzazione (Allegato n. 6) per essere invitati ad un percorso di follow-up attivo rispetto alla loro patologia da parte della AFT di appartenenza (Medicina di Iniziativa - Art. 21 del presente accordo). Dei soggetti arruolati il medico produce sulla piattaforma di AFT un primo report entro il mese di Luglio 2026 (conferito dal referente di AFT alla committenza AST/Regione nel mese di Luglio 2026) e poi nel mese di Gennaio 2027 (conferito dal referente di AFT alla committenza AST/Regione nel mese di Febbraio 2027) (schema in Allegato n. 5).
9. Il referente della AFT organizza, per i medici appartenenti alla propria AFT, almeno quattro eventi formativi (intervento di specialisti, valutazione sulle iniziative di audit relative alla produzione dei report da parte dei medici, ...) sul tema della gestione del rischio cardiovascolare, del paziente affetto da Diabete Mellito di tipo 2 e dell'appropriatezza prescrittiva in ambito cardiovascolare.
10. Per l'attività di cui al comma 5 i medici a ciclo di scelta vengono remunerati con un fondo determinato da una quota capitaria per assistito in carico di Euro 4,74/anno, generato ex art. 47 comma 2, lettera B capoverso I, dell'ACN vigente, con l'aggiunta della quota capitaria di Euro 1,90/anno, Art 47 lettera B capoverso I, per un totale di Euro 6,64/assistito/anno. Tale quota viene erogata in quote mensili, in dodicesimi, a partire dal mese di Febbraio (cassa Febbraio) in riferimento al report di Gennaio, in caso di adempimento all'attività prevista dal comma 6. In caso di mancato inoltro del report nei tempi previsti dal comma 5 (a meno di giustificati motivi) la corresponsione delle quote di cui al precedente comma viene interrotta per sei mesi e ripresa solo in caso di inoltro del report alla successiva scadenza (Allegato 5).
11. Per l'attività di cui ai commi 8 e 9 i medici a ciclo di scelta vengono remunerati con una quota capitaria per assistito in carico di Euro 1,79/anno, generata da un fondo già determinato dal finanziamento dell'art.

18 comma 17 dell'AIR 2007 (DGR 751/2007). Tale quota verrà erogata al medico in caso di arruolamento secondo quanto previsto dal comma 8, di almeno il 2,5% dei propri assistiti in carico entro il mese di Luglio 2026 e di almeno il 5% dei propri assistiti in carico entro il mese di Gennaio 2027, e qualora vengano frequentate almeno tre delle riunioni formative di cui al comma 9. Per gli anni successivi il medico deve rispettare l'obiettivo di almeno il 5% dei propri assistiti arruolati entro il mese di Gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento. Le parti si impegnano a verificare il raggiungimento dell'obiettivo del 5% e di rimodulare lo stesso in ragione dell'obiettivo raggiunto (Allegato 5).

12. La quota di cui al comma 11, viene erogata in unica soluzione al Medico a ciclo di scelta nel mese di Febbraio (cassa Febbraio) in caso di raggiungimento degli obiettivi di cui al precedente comma (Allegato 5).
13. Eventuali residui generati dalle casistiche di cui ai commi 10 e 11, vengono ripartiti tra i medici della stessa AFT i cui report mostrano una generazione dello SCORE2 in un numero di soggetti $\geq 5\%$ rispetto alla precedente rilevazione o comunque un raggiungimento della quota del 60% dei soggetti ai quali è stato possibile calcolare lo SCORE2 rispetto alla propria popolazione di assistiti di riferimento (fascia di età 45-65aa). Al Comitato Aziendale vengono riferite periodicamente l'ammontare delle quote di cui al presente comma.
14. Il Direttore di Distretto presiede al processo di valutazione.

Art. 20 - ATTIVITA' VACCINALE

1. La partecipazione dei medici di assistenza primaria alle campagne di vaccinazione è organizzata dalle AASSTT, nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali e sulla base di programmi di integrazione con l'attività dei servizi vaccinali aziendali.
2. Le dosi di vaccino a disposizione di ciascun medico dovranno essere concordate preventivamente, anche in base ai fabbisogni segnalati dai medici stessi.
3. Il medico dovrà fornire, tramite autocertificazione, assicurazioni sulla dotazione di mezzi idonei a garantire il trasporto e la corretta conservazione del vaccino (frigorifero con sistema di monitoraggio della temperatura).
4. Il medico dovrà fornire il nominativo dei soggetti vaccinati corredato degli altri parametri richiesti, inserendo i dati nel portale regionale SIAMA.
5. L'erogazione dei corrispettivi economici è vincolata al rispetto degli obblighi di rendicontazione sopra indicati.
6. La remunerazione per medico per ogni somministrazione vaccinale effettuata nell'ambito della AFT, rispettando quanto riportato dai precedenti commi, è di Euro 6,16 + Euro 3,00 per l'azione proattiva (con le stesse modalità della DGR 1914/2023) per il medico responsabile della somministrazione vaccinale, a valere sulle quote residue dei fondi regionali individuate con l'accordo recepito in DGR 652/2025; tale disposizione è a valere fino al 31.03.2026 e comunque fino a capienza dei residui.
7. I medici a ciclo di scelta della AFT possono essere coinvolti nella collaborazione alla vaccinazione dei soggetti facenti parte del bacino di utenza della stessa AFT, a supporto delle attività vaccinali dei propri colleghi, secondo una pianificazione organizzativa gestita dal referente della AFT secondo modalità operative definite negli Accordi Attuativi aziendali, fermo restando quanto definito nei precedenti commi.

Art. 21 - MEDICINA DI INIZIATIVA

1. La Medicina di Iniziativa si configura come attività essenziale delle AFT in conformità con l'Art 4 e allegato 1 dell'ACN vigente e del DM77 che la definisce come "modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa."

2. L'Accordo Integrativo Regionale destina alla Medicina di Iniziativa una quota oraria riportata al comma 3 dell'art. 10 del presente accordo.
3. La Medicina di Iniziativa di AFT prevede la presa in carico dei pazienti da parte del team mono-professionale composto dal Medico di Medicina Generale a Ruolo Unico, personale di studio o infermieristico di supporto.
4. La Medicina di Iniziativa può essere svolta dal medico di medicina generale con incarico di assistenza primaria a ruolo unico che ne faccia richiesta, presso i Moduli Base, nei comuni <3000 abitanti presso gli studi principali dei MMG che ivi operano, presso le Sedi di Riferimento o le Case della Comunità.
5. Il referente di AFT, in coordinamento con il Direttore del Distretto, sentiti i medici coinvolti nell'erogazione del servizio e tenuto conto dei bacini di utenza, ripartisce le quote di attività oraria ai medici a ruolo unico operanti nei Moduli e nelle sedi di Riferimento della AFT, assegnando fino a 2 ore per bacini di utenza da n. 1 a n. 500 assistiti, fino a 4 ore da n. 501 a n.1000 assistiti, fino a 6 ore da n.1001 a n.1500 assistiti o numeri superiori.
6. L'organizzazione del servizio all'interno delle Sedi di Riferimento è a carico del Referente della AFT.
7. Per i medici operanti in comuni al di sotto dei 3000 abitanti è previsto lo svolgimento di attività oraria in funzione della medicina di iniziativa in deroga ai requisiti di cui al comma 3, direttamente presso il proprio studio.
8. L'attività di Medicina di Iniziativa viene svolta in funzione della presa in carico dei pazienti affetti da Diabete Mellito di Tipo 2 e dei pazienti di età ≤ 65 anni affetti Ipertensione Arteriosa Essenziale.
9. Le attività di Medicina di Iniziativa previste vengono svolte applicando in occasione della visita del paziente, le check-list di cui all'Allegato 3, registrando sul proprio gestionale di scheda sanitaria i dati riportati nello stesso Allegato. I dati registrati vengono di norma trasferiti attraverso sistemi di cooperazione applicativa sulla piattaforma di AFT di cui all'art. 22 (secondo il modello di cui agli Allegati 4a e 4c) per essere poi rendicontati, a cura del referente di AFT, alla committenza AST/Regione, nel mese di Gennaio rispetto a quanto prodotto nel precedente anno (Allegati 4b e 4d). Tale rendicontazione annuale completa quelle periodiche individuate all'art. 10, lett. D (punto D7).
10. L'attività oraria svolta in funzione della Medicina di Iniziativa viene rendicontata entro il giorno 15 del mese, relativamente alle attività del mese precedente, da parte del Referente di AFT (su dichiarazione del medico interessato), in base all'effettivo svolgimento.
11. La remunerazione prevista per l'attività oraria svolta in funzione delle Attività di Medicina di Iniziativa è quella prevista dall'Art 47 comma 3 punto A e dall'Art 47 comma 3 punto C del vigente ACN nel caso in cui tale attività venga svolta all'interno delle Case di Comunità Hub e Spoke.
12. I percorsi individuati nel comma 8 sono da considerarsi una sperimentazione per la prima applicazione dell'istituto e le parti si riservano di verificare le prestazioni effettivamente erogate e n. assistiti presi in carico al termine del primo anno al fine di prevedere eventuali integrazioni e modifiche.

Art. 22 - INNOVAZIONE DIGITALE

1. I MMG adempiono a quanto previsto dall'art. 6 del vigente ACN, adottando sistemi in grado di garantire flussi automatici di dati dai propri gestionali di scheda sanitaria ai server di destinazione, realizzati utilizzando modalità di cooperazione applicativa in sinergia con i sistemi cloud di destinazione.
2. Il medico assolve al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti relativamente al sistema informativo nazionale (NSIS); alla tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata; al fascicolo sanitario elettronico (FSE); alla certificazione telematica di assenza per malattia del lavoratore dipendente e alla incapacità temporanea al lavoro per infortunio e a malattia professionale. Il MMG assolverà altresì agli obblighi del flusso SIAP in fase di definitiva approvazione.
3. Il medico assolve, altresì, agli obblighi previsti dal flusso informativo definito a livello regionale, connesso all'attività assistenziale, senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a suo carico. Le parti si impegnano a sviluppare congiuntamente sistemi che consentono ai MMG di registrare gli accessi in ADI-

ADP e ADR ed effettuare le richieste relative ai trasporti sanitari sui propri gestionali di scheda sanitaria, adottando sistemi in grado di garantire il flusso automatico del dato sui server regionali, attraverso modalità di cooperazione applicativa realizzata in sinergia con gli stessi sistemi cloud della Regione.

4. I MMG componenti della AFT, in coerenza con l'art. 29, comma 9 del vigente ACN, si avvalgono di una piattaforma informatico-telematica "di AFT" ("Piattaforma di AFT"), adeguata a svolgere, nel suo insieme ed in modo continuativo e integrato, le seguenti funzioni:
 - a. monitoraggio delle attività, degli obiettivi e dei livelli di performance di cui all'art. 29, comma 11 dell'ACN, anche in relazione alle attività di coordinamento e di supporto al raggiungimento degli obiettivi previsti per il referente di AFT.
 - b. collegamento tra le schede sanitarie degli assistiti per consentire l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici ivi operanti, per una efficace presa in carico e garanzia della continuità delle cure, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati.
 - c. gestione per garantire l'organizzazione e la copertura coordinata dei compiti e delle attività previste dal modello organizzativo di AFT che ogni medico componente deve assicurare, in modo continuativo e strutturale, attraverso un'integrazione anche digitale della relazione con gli assistiti
5. Tali aspetti vengono disciplinati nell'ambito del regolamento della AFT di cui al comma 12 dell'Art 29 del vigente ACN.
6. A ciascun medico di assistenza primaria è dovuta un'indennità digitale nella misura forfettaria mensile di Euro 150,00 anche per assolvere a quanto previsto al comma 4 del presente articolo. Tale indennità sostituisce quella per la funzione informatica di cui all'ACN 2005
7. Le comunicazioni tra Azienda sanitaria e medici di medicina generale avvengono attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.

Art. 23 - DIAGNOSTICA DI I LIVELLO E TELEMEDICINA

1. Ad integrazione ed estensione di quanto previsto al punto D dell'art.10, nella applicazione dei PDTA identificati per gli interventi di Medicina di Iniziativa, nei confronti di pazienti esenti alla compartecipazione della spesa, è possibile eseguire le seguenti prestazioni aggiuntive, direttamente all'interno della AFT, nella gestione e follow-up del paziente affetto da diabete mellito di tipo 2 (T2DM) e a quello affetto da ipertensione arteriosa (IPA), perseguendo l'obiettivo comune dell'uso appropriato delle risorse ai sensi dell'Art. 45 dell'ACN vigente:
 - ECG: uno all'anno per paziente diabetico e affetto da IPA
 - ABPM: uno all'anno (se necessario) per paziente affetto da IPA
 - HOLTER ECG: se necessario, per paziente affetto da T2DM o IPA
 - ESAME DEL FUNDUS OCULI: uno ogni due anni per paziente affetto da T2DM o IPA
 - POCT
 - a) Emoglobina glicata: due all'anno, anche per adesione alla Nota 100 per paziente affetto da T2DM
 - b) Creatinina: due all'anno, anche per adesione alla Nota 100, per paziente affetto da T2DM o IPA
 - c) Profilo lipidico (colesterolemia totale, HDL, LDL, trigliceridi): uno all'anno per paziente affetto da T2DM o IPA
 - ECOCOLORDOPPLER VASI EPIDURALI E ARTI INFERIORI ARTERIOSI: uno ogni due anni per paziente affetto da T2DM
 - SPIROMETRIA SEMPLICE: una ogni 3 anni nel paziente fumatore, in assenza di diagnosi di BPCO. Una volta l'anno in caso di diagnosi di BPCO.
2. Le prestazioni di cui sopra, intese come prestazione diagnostiche di I livello, potranno essere eseguite dal MMG, al di fuori della attività oraria destinata alla medicina di iniziativa, secondo disposizioni di legge. Tali prestazioni potranno essere svolte anche dal MMG che non hanno aderito al ruolo unico. Qualora il

medico ritenga, dopo aver effettuato l'esame, di dover procedere ad una valutazione di II livello riferita alla stessa procedura, provvede alla prescrizione dell'indagine specialistica.

3. L'esecuzione delle suddette procedure diagnostiche, nelle attività che riguardano il posizionamento della strumentazione e la finalizzazione della acquisizione del risultato, può essere svolta dallo stesso medico o da personale sanitario competente.
4. Le prestazioni di cui sopra si intendono effettuate ai sensi del presente accordo se seguite da emissione di referto sottoscritto da parte del MMG o da altro medico, qualificati ai sensi di legge. Il referto sottoscritto dovrà essere consegnato al paziente e potrà, altresì, essere messo a disposizione della AST, qualora la stessa ne faccia richiesta. Tali prestazioni dovranno altresì essere registrate e comunicate tramite i flussi informativi previsti dalla Regione e dall'azienda. L'AST è tenuta a mettere a disposizione dei medici le credenziali e tutte le indicazioni tecniche per la corretta trasmissione dei flussi. Il mancato adempimento degli obblighi rendicontativi e informativi disposti dall'AST preclude il pagamento delle prestazioni.
5. Il medico che effettua le prestazioni citate al comma 1, in adesione a quanto riportato dal presente articolo, deve garantire i requisiti minimi tecnologici delle attrezzature utilizzate e la formazione al loro uso per ciascuna delle prestazioni che eroga, in conformità alla normativa vigente. Se le prestazioni sono erogate in modalità di telemedicina, possono essere erogate utilizzando l'infrastruttura regionale di telemedicina IRT oppure attraverso altre soluzioni che, a regime, abbiano superato il processo di validazione previsto da AGENAS in modo che siano pienamente interoperabili con IRT.
6. Le prestazioni di cui al presente accordo saranno remunerate dalla AST al MMG che le referta o che ne rendiconta l'effettuazione secondo le seguenti tariffe coerenti con il Nomenclatore Tariffario vigente:
 - MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA: Euro 41,30
 - ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter): Euro 61,95
 - FOTOGRAFIA DEL FUNDUS: Euro 7,70
 - POCT: Euro 12,00 per ogni determinazione (emoglobina glicata, creatininemia, profilo lipidico)
 - ECOCOLORDOPPLER VASI EPIAORTICI: Euro 43,90
 - ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI: Euro 47,00

Per l'ELETTROCARDIOGRAMMA con interpretazione secondaria e monitoraggio incruento della saturazione arteriosa è riconosciuta la tariffa di Euro 21,00.

7. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni erogate ai sensi del presente accordo, il MMG è tenuto ad inviare alla AST, entro il 15 di ciascun mese, il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione effettuata, il riepilogo deve indicare: il codice regionale della prestazione erogata, la data di effettuazione, il nome, il cognome, l'indirizzo e il codice fiscale dell'assistito. Il riepilogo delle prestazioni dovrà essere inviato agli uffici aziendali indicati dalla stessa AST, nel formato e con le modalità prestabilite. I compensi per le prestazioni di cui al riepilogo saranno corrisposti dalla AST entro il secondo mese successivo a quello dell'invio.
8. Le AST possono fornire apparecchiature diagnostiche i cui costi di gestione corrente (ad esempio, materiale di consumo, assicurazione, piattaforma di cui all'art. 38 del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 convertito con legge 5 giugno 2020, n. 40,) sono a carico dei medici che utilizzano tali apparecchiature.
9. L'erogazione delle prestazioni dovrà essere monitorata periodicamente, con cadenza almeno trimestrale dal Referente di AFT e dal Direttore di Distretto congiuntamente per valutare l'attività svolta e gli esiti, secondo protocolli da condividere in Comitato Aziendale.
10. Le AST sono tenute ai necessari controlli, anche in relazione all'appropriatezza prescrittiva.
11. Le parti condividono la necessità di sviluppare sistemi che rafforzino la presa in carico e garantisca la prenotazione per gli esami di secondo livello da parte del MMG.

Art. 24 - SOSTITUZIONI PER L'ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA

1. La sostituzione per l'attività a ciclo di scelta del medico è regolamentata dall'Art 36 dell'ACN vigente
2. La sostituzione non rappresenta l'acquisizione di un nuovo incarico, e, pertanto, non comporta il passaggio al ruolo unico a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN vigente.
3. Al fine di non interrompere la continuità del servizio, vista la contingenza e la durata limitata delle sostituzioni, ai fini della applicabilità dell'articolo 36, l'AST valuta di derogare per tutta la durata della sostituzione le limitazioni di massimale tra scelte e ore di cui all'articolo 38 ACN vigente fermo restando che il medico di assistenza primaria ad attività oraria a cui viene assegnata una sostituzione o un incarico a tempo determinato a ciclo di scelta, ha facoltà di chiedere all'AST di ridurre o sospendere l'incarico ad attività oraria per la durata della sostituzione sulla base del rapporto ore/scelte di cui all'articolo 38 comma 1 dell'ACN vigente.
4. Le modalità di remunerazione previste dal comma 10 si applicano, secondo i criteri ed i limiti definiti dall'ACN, a tutti i medici sostituiti.

Art. 25 - SOSTITUZIONI PER L'ATTIVITA' ORARIA

1. La sostituzione per l'attività oraria del medico è regolamentata dall'Art 36 dell'ACN vigente
2. In caso di imprevista e improvvisa impossibilità a svolgere l'attività, il medico impegnato nello svolgimento delle attività orarie di cui al punto A e B dell'art. 10 comma 1 del presente accordo, viene sostituito dal medico in quel momento reperibile (art 10, comma 2 del presente accordo). Relativamente alle altre attività orarie il medico provvede a farsi sostituire prioritariamente da un medico secondo le modalità indicate all'Art 36 comma 4 ACN vigente che ne dia disponibilità. Il Referente di AFT individua prioritariamente MMG che abbiano una maggiore disponibilità oraria rispetto alle scelte di cui all'Art 38 comma 1 e 9 ACN e secondariamente MMG ai quali vengono sospesi i massimali, ai fini della continuità dell'assistenza.
3. Qualora non sia possibile effettuare la sostituzione nelle modalità precedenti, il medico avvisa l'AST per la sostituzione ai sensi dell'Art 36 comma 5 dell'ACN. Considerando che, in base alla DGR 403/2025 *“A garanzia della Continuità dell'assistenza, ogni AFT assicura uno o più Servizi di Continuità dell'assistenza attraverso l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita, secondo quanto previsto dal DM 77/2022”*, l'azienda può definire specifici Accordi Attuativi Aziendali a garanzia della continuità assistenziale
4. Per sostituzioni di medici di assistenza primaria ad attività oraria, programmate ai sensi dell'articolo 22 dell'ACN, si provvede -ai sensi del comma 9 del medesimo articolo 22- secondo quanto indicato dall'art.36
5. La sostituzione non rappresenta l'acquisizione di un nuovo incarico, e, pertanto, non comporta il passaggio al nuovo incarico a ruolo unico a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN vigente.
6. Al fine di non interrompere la continuità del servizio, vista la contingenza e la durata limitata delle sostituzioni, ai fini della applicabilità dell'articolo 36, l'AST valuta di derogare per tutta la durata della sostituzione le limitazioni di massimale tra scelte e ore di cui all'articolo 38 ACN vigente fermo restando che il medico di assistenza primaria ad attività oraria a cui viene assegnata una sostituzione o un incarico a tempo determinato a ciclo di scelta, ha facoltà di chiedere all'AST di ridurre o sospendere l'incarico ad attività oraria per la durata della sostituzione sulla base del rapporto ore/scelte di cui all'articolo 38 comma 1 dell'ACN vigente.

Art. 26 - INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI ASSISTENZA PRIMARIA PER ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA

1. Nelle more dell'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato a ciclo di scelta, in caso di carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili, secondo i massimali

vigenti di cui all'art. 38, comma 1 dell'ACN vigente, in un dato ambito territoriale, l'AST, sentito il Comitato Aziendale, conferisce un incarico a tempo determinato ai sensi dell'articolo 37 comma 1 ACN vigente, specificando il numero di cittadini temporaneamente privi di assistenza che verranno assegnati d'ufficio. Non è consentito inserire il medico a tempo determinato negli elenchi di scelta del medico, fatte salve eventuali deroghe definite in Comitato Aziendale; pertanto, ulteriori scelte possono essere assegnate allo stesso medico solo dalla AST al persistere dell'impossibilità di presa in carico da parte degli altri medici dell'ambito. L'incarico cessa con l'inserimento del medico titolare a tempo indeterminato.

2. Nel caso in cui si verifichi una carenza assistenziale dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili in una parte di ambito e tuttavia risulti sufficiente disponibilità di scelte da parte di medici dello stesso ambito presso studi significativamente distanti, la cui distanza rappresenta ostacolo per l'accessibilità dei pazienti, l'AST, nelle more del conferimento di incarico a tempo indeterminato, propone ai medici dell'ambito l'apertura temporanea di uno studio medico nell'area carente. In caso di assente disponibilità, l'AST, previo parere favorevole del Comitato Aziendale, può conferire un incarico a tempo determinato con apertura dello studio nell'area carente, al fine di garantire assistenza di prossimità.
3. Il Medico con incarico a tempo determinato aderisce all'AFT e partecipa a tutte le attività previste dal presente Accordo e dagli istituti di autonoma organizzazione, anche con l'ausilio del personale di supporto. Laddove ne ricorrano i requisiti e le condizioni di compatibilità del fondo, il medico può accedere all'indennità prevista dall'art. 18, co.2 lett. g) del presente AIR (collaboratore di studio/infermiere).
4. Al termine delle procedure di cui al comma 1 e 2, al persistere della carenza di assistenza in un determinato ambito, ai sensi dell'Art 38 comma 2 dell'ACN vigente, la AST può prevedere l'innalzamento del massimale di assistiti fino al limite massimo di 1.800 scelte esclusivamente nei casi e modalità indicate dall'ACN dando priorità ai medici operanti nella stessa AFT e, secondariamente, a quelli operanti in AFT limitrofe. L'accettazione della proposta comporta l'immediata e contestuale apertura di un ambulatorio nell'ambito in cui si è verificata la carenza.
5. La scelta del cittadino residente nel proprio ambito di scelta è a tempo indeterminato, salvo revoca, ai sensi dell'Art 39 comma 1 dell'ACN vigente. L'innalzamento del massimale di cui al presente comma, è temporaneo e viene sospeso dalla data di apertura dell'ambulatorio del nuovo medico convenzionato nell'ambito carente.

Art. 27 - TRATTENIMENTO IN SERVIZIO OLTRE I 70 ANNI

1. Al fine di far fronte alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale e di garantire i livelli essenziali di assistenza in assenza di offerta di personale medico convenzionato collocabile, le aziende del Servizio Sanitario Nazionale, sino al 13 dicembre 2026 salvo proroghe, possono trattenere in servizio, a richiesta degli interessati, il personale medico in regime di convenzionamento, in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza, fino al compimento del settantaduesimo anno di età e comunque entro la predetta data.
2. Ai fini dell'applicazione dell'articolo 4, comma 9-octiesdecies, del decreto-legge n. 198 del 29 dicembre 2022, convertito, con modificazioni dalla legge n. 14 del 24 febbraio 2023, si applicano le procedure previste dal parere interpretativo del Ministero della Salute nella sua nota DGPRF/3/P/ I.8.d.n.1.1/2023/I.
3. Per quanto concerne la locuzione "*assenza di offerta di personale medico convenzionato collocabile*" appare opportuno sottolineare che, secondo quanto previsto dal legislatore, la stessa costituisce la conditio sine qua non per procedere al trattenimento in servizio dei medici interessati.
4. Per verificare l'assenza di offerta di personale medico convenzionato collocabile, dovranno essere state preventivamente esperite tutte le procedure di assegnazione degli incarichi vacanti previsti dall'ACN vigente. Solo dopo la conclusione di tutte le procedure per l'assegnazione di incarichi si avrà reale contezza dell'offerta o meno di personale medico convenzionato collocabile.

5. Qualora, dopo l'applicazione delle procedure previste, dovesse persistere un ambito carente ovvero una carenza di assistenza in precedenza rilevata e non assegnata anche dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza in quei territori, è possibile la permanenza in servizio del MMG che ne faccia richiesta fino a che l'assenza di offerta di personale medico convenzionato collocabile persiste e comunque non oltre il settantatreesimo anno di età e comunque entro il 31.12.2026.
6. Nel caso in cui si determini, nell'ambito carente, l'ingresso di un nuovo medico a Ruolo Unico con la possibilità quindi di acquisire nuove scelte, non deve pertanto verificarsi il mantenimento in servizio del MMG pensionando per come previsto al precedente comma.
7. Inoltre, valutate le situazioni, è possibile conferire ai MMG settantenni, disponibili a restare in servizio, ma la cui zona carente risulti assegnata ad un nuovo medico, altri incarichi di medicina generale in territori per i quali non si trovano medici disponibili.

Art. 28 - MAGGIORAZIONE PER LOCALITA' DISAGIATE E PER ATTIVITA' ORARIA NEI SUPERFESTIVI

1. Per quei medici che operano in località montane non urbane, a popolazione sparsa, con viabilità disagiata, soggette ad innevamento nella stagione invernale, con distanze non brevi dai servizi essenziali (scuole, ospedali, ecc.) è fissato, a far data dalla entrata in vigore del presente Accordo, ed in continuità con i precedenti, un compenso aggiuntivo corrispondente a Euro 2,20 annuo per assistito, erogato mensilmente in dodicesimi.
2. Per l'individuazione delle località disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa si fa riferimento alla D.G.R. n° 668 del 22/03/1999, fatto salvo eventuali successive modifiche
3. Ai medici che garantiscono l'attività oraria di cui al punto A dell'art. 10 comma 1 nei giorni e negli orari sotto riportati, viene riconosciuto un compenso lordo forfetario, aggiuntivo rispetto alla remunerazione prevista, pari a € 100,00, relativamente ai seguenti turni di attività svolta:
 - 1 gennaio ore 8-20; ore 20-8;
 - Pasqua ore 8-20; ore 20-8;
 - Lunedì dell'Angelo ore 8-20;
 - 24 Dicembre ore 20-8;
 - 25 Dicembre ore 8-20; ore 20-8;
 - 26 Dicembre ore 8-20; 20-8;
 - 31 Dicembre ore 20-8.

Art. 29 - SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI

1. In caso di sospensione dagli incarichi superiore a 3 giorni, il medico di Assistenza Primaria per l'attività a Ciclo di Scelta ne dà comunicazione all'AST.
2. In riferimento all'art. 22 comma 3 dell'ACN, per "sospensione parziale" si intende:
 - per l'attività a ciclo di scelta, in riferimento all'art. 22 comma 4, la possibilità di sostituzione per una percentuale definita di ore al giorno o di giorni al mese o di mesi all'anno non superiore al 50%;
 - per l'attività oraria, la riduzione del massimale orario fino a un minimo di 12 ore settimanali, se superiore.
3. La sospensione facoltativa per gravidanza o puerperio può essere fruita per una durata fino a 5 mesi con decorrenza compresa tra i 2 mesi prima del parto e il parto stesso, a discrezione del medico.
4. Per richieste di sospensione ulteriori a quelle previste dall'Art 22 ACN, ai sensi del relativo comma 13, il medico inoltra richiesta al Comitato Aziendale, che ne dà approvazione salvo gravi e motivate situazioni.

Riveste particolare rilevanza per l'ottenimento del nulla osta l'autonomo reperimento del sostituto da parte del titolare.

5. Le richieste devono essere inoltrate, ogni qualvolta possibile, con un preavviso di 30 giorni. In caso di necessità di sospensione urgente o di convocazione del Comitato oltre i 30 giorni, il medico sospende comunque l'attività comunicando le motivazioni.
6. Ad integrazione dell'art. 22, comma 3 dell'ACN vigente, il Medico di Medicina Generale ha diritto di usufruire di sospensione parziale dall'attività convenzionale per periodi non superiori a 24 (ventiquattro) mesi nell'arco di 5 (cinque) anni in caso di nascita, adozione o affidamento di 2 figli. La medesima norma si applica in caso di figli minori disabili e con invalidità civile riconosciuta (C04).

Art. 30 - RIUNIONE DI COORDINAMENTO, PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA AFT (RIUNIONE DI AFT)

1. I medici di ciascuna AFT si riuniscono con una cadenza minima di una volta ogni due mesi, anche utilizzando strumenti telematici, e almeno tre volte all'anno in presenza. È facoltà della AFT richiedere la disponibilità di un locale aziendale, individuato nell'ambito distrettuale per lo svolgimento della riunione in presenza.
2. Alla riunione di AFT partecipano tutti i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta e ad Attività Oraria operanti nella AFT.
3. La riunione ha lo scopo di:
 - coordinare la continuità dell'assistenza
 - coordinare le attività orarie diurne
 - coordinare le attività condivise per la gestione della cronicità, della indifferibilità, della prevenzione comprese le campagne vaccinali
 - programmare le attività inerenti i progetti regionali e aziendali di AFT
 - verificare le progettualità in corso
 - verificare le criticità emergenti in tema di continuità dell'assistenza, invio dei pazienti al secondo livello, relazioni con il distretto e con l'ospedale
 - verificare eventuali criticità di assistenza presso il sistema della residenzialità che insiste nell'ambito territoriale
 - verificare le criticità per il raggiungimento degli obiettivi
4. Il Referente di AFT redige e inoltra al Distretto il verbale della riunione.

Art. 31 - PRESTAZIONI DEL MMG NEI PROCESSI ASSISTENZIALI DEL SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ EXTRAOSPEDALIERA

L'allegato 6 "Prestazioni Aggiuntive" all'ACN Medicina Generale 2019 – 2021 prevede alla lettera c) "Tipologie di prestazioni di norma eseguibili nell'ambito di accordi regionali e aziendali" che, "Gli Accordi Regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico, di prestazioni aggiuntive retribuite, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato".

Nel territorio marchigiano si registrano dati di crescente invecchiamento della popolazione e diffusione delle patologie croniche. Si rileva quindi un crescente fabbisogno di istituzionalizzazione dei pazienti, che può essere soddisfatto anche mediante il sistema della residenzialità extraospedaliera. Il sistema della residenzialità extraospedaliera rappresenta una rete di strutture nelle quali realizzare percorsi clinico-assistenziali per la gestione delle patologie cronico-degenerative o delle fasi di scompenso e /o riabilitazione di condizioni cliniche.

In tale contesto occorre garantire la continuità dell'assistenza e l'integrazione fra le strutture residenziali e UCCP, AFT, Case della Comunità e Medici di Medicina Generale in particolare, che fungono anche da presidio dell'appropriatezza assistenziale e prescrittiva.

Questa proficua integrazione è già stata sperimentata nella Regione Marche con l'Accordo Integrativo Regionale MMG ex DGR 751/2007 e le successive DGR 746/2016 e DGR 1587/2017, al fine di realizzare una rete di gestione appropriata e sostenibile della cronicità, domiciliare e residenziale affidata nella presa in carico alla Medicina Generale.

A. Cure Intermedie, Ospedali di Comunità,

- A1. Per quanto sopra indicato si individua quale processo assistenziale, oggetto di prestazioni aggiuntive, l'attività del MMG nel sistema della residenzialità extraospedaliera, limitatamente alle seguenti tipologie di Unità di Offerta (UdO) ex DGR 1412/2023:
- Cure Intermedie (Cod. R1)
 - Ospedali di Comunità (Cod. ODC);
- A2. Tali tipologie di UdO sono state individuate sulla base del grado di complessità assistenziale per il quale, anche alla luce del turn-over dei pazienti più elevato rispetto ad altre tipologie di strutture, si richiede una presenza medica maggiormente stabile rispetto ad accessi estemporanei dei MMG dei pazienti ospiti, anche ai fini di una maggiore stabilità e migliore organizzazione della struttura in rapporto alle altre figure professionali ivi operanti.
- A3. La presente progettualità prevede che nel processo assistenziale il MMG garantisca all'interno di tali strutture il ruolo di referente clinico del caso svolgendo le conseguenti attività, come ad es:
- Gestione e prescrizione terapia
 - Gestione processo diagnostico terapeutico
 - Compilazione cartella clinica, per quanto di competenza
 - Garanzia di presenza medica sulle diverse procedure assistenziali (terapie infusionali, medicazioni, gestione delle sonde, ...)
 - Vaccinazioni
- A4. Al fine della continuità dell'assistenza e della presa in carico di prossimità, il medico coinvolto garantisce la prescrizione di farmaci e di consulenze specialistiche agli ospiti della struttura.
- A5. Il MMG aderente garantisce la gestione e le attività sanitarie dei pazienti ricoverati nei posti letto delle strutture di cui al punto A, inclusa la presenza attiva nel nucleo residenziale, nel rispetto di quanto previsto dai manuali di autorizzazione regionali, e ogni altra prestazione medica necessaria ai pazienti e alla struttura secondo scienza e coscienza. Provvede inoltre all'implementazione di tutti i flussi informativi richiesti dall'Azienda e dal Sistema Sanitario Regionale e Nazionale, per quanto di sua competenza.
- A6. Assistenza nei giorni feriali ore 8.00-20.00: le AST, su proposta del Direttore del Distretto, informate le AFT, predispongono annualmente, (di norma entro il 30/11 dell'anno precedente), avvisi di manifestazioni di interesse per la partecipazione alla progettualità per l'attività degli MMG nella fascia 8-20 presso le strutture residenziali di cui al punto A, a cui possono partecipare MMG a ruolo unico o medici operanti a ciclo di scelta senza adesione al ruolo unico, anche massimalisti. I medici che presentano istanza di partecipazione alla manifestazione di interesse possono esprimere preferenza per una o più strutture di cui al punto A. Le AST predispongono, in esito a tale avviso, una graduatoria per ogni struttura, graduando le istanze secondo il seguente ordine di priorità:
- Medici del ruolo unico di assistenza primaria:
 - Anzianità di servizio
 - MMG convenzionati per il Comune sede della struttura
 - MMG convenzionati per i Comuni dell'AFT
 - MMG convenzionati per Comuni dell'AFT limitrofa
 - MMG convenzionati per Comuni dell'AFT di Distretto

- Medici a ciclo di scelta non aderenti al ruolo unico:
 - MMG convenzionati per il Comune sede della struttura
 - MMG convenzionati per i Comuni dell'AFT
 - MMG convenzionati per Comuni dell'AFT limitrofa
 - MMG convenzionati per Comuni dell'AFT di Distretto
 - Anzianità di servizio

Dopo la pubblicazione della graduatoria, la AST provvede all'individuazione dei medici operanti nella progettualità in ogni struttura, per la durata di 1 anno, eventualmente rinnovabile annualmente.

- A7. A seguito di specifici Accordi Attuativi Aziendali, il Direttore del Distretto, sentiti i medici candidati, può organizzare il servizio prevedendo l'accesso non unicamente di un singolo medico per turno, ma anche di un team di professionisti, in costanza della quota complessiva di compenso previsto per il pacchetto orario commisurato alla numerosità dei posti letto presenti.
- A8. Il MMG (a ruolo unico o operante a ciclo di scelta senza adesione al ruolo unico, anche massimalista) garantisce la presenza nelle suindicate strutture mediante accessi giornalieri con una copertura della fascia 8-20 nei giorni feriali, come da tabella al comma successivo (descrivere su base DGR 746). Ogni MMG aderente alla progettualità deve garantire almeno 1 accesso settimanale nella medesima struttura nelle suindicate modalità. Per ciascun accesso vengono corrisposti compensi come riportati nella stessa tabella.
- A9. I MMG coinvolti esercitano la gestione clinica delle strutture residenziali con l'erogazione delle prestazioni aggiuntive di cui al punto senza detenere la scelta dei pazienti.
- A10. La valorizzazione dei compensi è definita sulla base del valore delle prestazioni garantite e del grado di complessità assistenziale di ciascuna struttura.

CURE INTERMEDIE (coerente con standard DGR n. 1412 del 30 settembre 2023)

	un medico (6 gg/sett)		
MODULI (posti letto)	Ore di presenza	Ore di disponibilità	Compenso
1-10	2,5	9,5	€ 175
11 – 20	5	7	€ 300

OSPEDALE DI COMUNITA' (coerente con standard DGR n. 1412 del 30 settembre 2023)

	un medico (6 gg/sett)		
MODULI (posti letto)	Ore di presenza	Ore di disponibilità	Compenso
1-10	2,25	9,75	€ 175
11 – 20	4,5	7,5	€ 300

- A11. Qualora non fosse possibile garantire la copertura dell'assistenza nella fascia 8.00-20.00 nei giorni feriali mediante le categorie di medici di cui al punto 1, le AST potranno reperire medici sostituiti ad attività oraria mediante interpellato e graduazione analoga a quella prevista per gli incarichi a tempo determinato a quota oraria.
- A12. I medici rendicontano i tempi della propria presenza giornaliera con un documento sottoscritto mensilmente che viene corrisposto alla AST di riferimento.

- A13. Assistenza nei giorni festivi h 24 e nei feriali fascia oraria notturna 20.00 – 08.00: la copertura assistenziale medica è garantita dai medici a quota oraria (art. 10, lettera A) che operano negli stessi orari nel territorio dove incide la struttura.
- A14. Le AST, ENTRO IL 31/03 di ogni anno, procederanno al calcolo ed alla valutazione dei seguenti indicatori riferiti all'anno precedente:
- N. dimissioni con rientro domicilio / n. totale dei ricoveri effettuati
 - N. invii in PS nei primi 3 giorni di ricovero / n. totale dei ricoveri
 - N. Consulenze specialistiche per ciascuna patologia /n. ricoveri nel Sistema Residenziale
 - N. farmaci prescritti nel Prontuario Farmaceutico di AST / N. Farmaci prescritti totali
- A15. Accordi Attuativi Aziendali possono prevedere la presenza dei MMG in ulteriori setting assistenziali, (es. Hospice cod.Hosp) proporzionando la tariffa rispetto a quanto erogato per i setting di cui al punto A7. Le parti potranno aprire specifica sessione negoziale regionale sulla tematica.

B. Residenze protette (R3-R3D), case di riposo e RSA (R2-R2D)

- B1. Il presente articolo è rivolto all'accesso programmato del MMG relativamente a pazienti ospiti di Residenze protette, Case di riposo e RSA dove sono prioritari gli aspetti di assistenza alla persona con la responsabilità clinica riconducibile al medico di medicina generale.
- B2. Le AST, su proposta del Direttore del Distretto, informate le AFT, predispongono annualmente, (di norma entro il 30/11 dell'anno precedente), avvisi di manifestazioni di interesse per la partecipazione all'attività programmata dei MMG presso le strutture di cui al punto B).
- B3. I medici possono rendersi disponibili alla frequentazione di tutte o parte delle strutture di cui al punto B del distretto in relazione alla effettuazione di visite programmate laddove siano presenti in quella struttura propri assistiti di scelta.
- B4. Al fine di mantenere un elevato livello di continuità assistenziale all'interno delle strutture di cui al punto B) si intendono confermati i MMG che già frequentano tali strutture.
- B5. Nelle strutture di cui al punto B) la responsabilità clinico-terapeutica è affidata esclusivamente al medico di medicina generale.
- B6. Sono escluse le strutture che ospitano in via esclusiva soggetti che non necessitano di assistenza sanitaria.
- B7. Nell'ambito dell'accesso programmato e nel rispetto della deontologia professionale, il MMG eroga la propria assistenza, oltre che ai propri assistiti, anche in favore di tutti i pazienti ospiti che richiedono assistenza medica, senza vincolo di scelta, utilizzando anche il proprio ricettario.
- B8. In ogni caso il Medico di scelta garantisce, anche laddove non è coinvolto nell'attività programmata, la risposta alle chiamate per le visite domiciliari con le modalità previste dall'ACN.
- B9. Accordi Attuativi Aziendali potranno individuare per ogni singola struttura con un numero di ospiti maggiore o uguale a 40 (quaranta), uno o più medici con funzioni di coordinamento cui affidare i seguenti compiti:
- indirizzare la collaborazione del personale infermieristico e di assistenza;
 - mantenere i rapporti tra la/le Direzione/i della/e Struttura/e e il Direttore del Distretto;
 - concordare le presenze dei medici nella/e struttura/e, la realizzazione di sistemi informatizzati per l'attività prescrittiva e di monitoraggio nell'uso delle risorse;
 - al fine di consentire la fornitura diretta di farmaci da parte del Servizio farmaceutico, partecipare alla costruzione di un prontuario terapeutico concordato distrettuale e verificarne l'uso esclusivo nelle prescrizioni all'interno della struttura da lui coordinata;
 - organizzare incontri annuali al fine di valutare sotto il profilo della appropriatezza attraverso i metodi di audit e peer-review, le attività clinico assistenziali ovvero attraverso l'organizzazione di sessioni formative rivolte a migliorare il servizio all'interno della struttura stessa.

- B10. Il coordinatore medico di struttura dovrà relazionare periodicamente al direttore del Distretto in merito a tutte le attività sopra indicate. Tale incarico ha durata non inferiore ad un anno e può essere conferito con il criterio della rotazione. A livello locale per particolari esigenze può essere concordata una durata superiore.
- B11. Il compenso per la funzione di coordinamento è stabilito nella misura massima di Euro 1.550,00 annui onnicomprensivi, e dovrà essere corrisposto previa verifica dell'attività svolta da parte del Direttore del Distretto.
- B12. Per ogni paziente ospite il M.M.G. compilerà una Scheda Clinica orientata per problemi, su supporto informatico se disponibile presso la struttura, sulla quale avrà cura, sotto la propria responsabilità, di annotare:
- ogni intervento effettuato che il sanitario ritenga di dover segnalare;
 - l'esame clinico orientato per problemi;
 - l'esame obiettivo e il raccordo anamnestico orientato per problemi;
 - la terapia e le eventuali variazioni;
 - ogni richiesta rivolta alla AST.;
 - gli interventi e le visite specialistiche;
 - gli accertamenti diagnostici e le loro risultanze.
- B13. Trattamento economico per gli accessi programmati nelle strutture di cui al punto B)
- a) Dall'entrata in vigore del presente Accordo ogni medico di Assistenza Primaria riceverà per l'assistenza erogata un compenso di Euro 8,30 per ogni settimana di assistenza resa ad ogni singolo paziente attraverso almeno due accessi mensili alla struttura, comprensivo di ogni prestazione erogata ivi comprese quelle di A.D.I. di A.D.P., di Particolare Impegno Professionale, di ogni certificazione rilasciata, di qualunque altra prestazione medica e delle prestazioni rese anche in favore di pazienti attribuiti ad altri medici.
 - b) Il compenso è sospeso durante i periodi di ricovero ospedaliero del paziente e di assenza dello stesso dalla struttura che si protragga per più di 7 (sette) giorni.
 - c) Alla fine di ogni mese i medici operanti nelle strutture residenziali trasmetteranno alle AST per il pagamento, una lista dei pazienti in cui sono indicate per ciascuno di essi le settimane effettive di assistenza.
 - d) Le norme del presente Accordo non si applicano ai medici che hanno all'interno della struttura un numero di pazienti non superiore a 5 (cinque) unità. Agli stessi si applicano le norme e i relativi pagamenti previsti dall'allegato 8 dell'ACN vigente.
 - e) Accordi Attuativi Aziendali possono integrare compiti e funzioni dei medici aderenti al Sistema della Residenzialità nonché del ruolo e compiti del Coordinatore.
- B14. Le AST possono prevedere Accordi Attuativi Aziendali in ambito di strutture per la cura delle dipendenze, salute mentale e disabili.

C. Medicina penitenziaria

- a. Il capo IV dell'ACN disciplina le modalità di assistenza negli istituti penitenziari cui si fa rinvio per l'applicazione.
- b. Nelle more di una specifica sessione contrattuale dedicata a tale attività, in caso di impossibilità di garantire l'assistenza negli istituti, dopo aver esperito tutte le possibilità indicate dall'ACN, l'azienda può bandire appositi avvisi come quelli indicati al precedente punto A per conferire incarichi dedicati all'assistenza penitenziaria.
- c. La valorizzazione dei compensi è definita ad accesso sulla base del valore delle prestazioni garantite e del grado di complessità assistenziale

un medico (7 gg/sett)		
Ore di presenza	Ore di disponibilità	Compenso
6	6	€ 240

- d. Accordi Attuativi Aziendali, in caso di strutture penitenziarie in cui garantire l'assistenza H24, possono prevedere la presenza di MMG proporzionando la tariffa rispetto a quanto indicato al punto C.

Art. 32 - INDENNITA' PER LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI DAGLI STUDI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA

1. Atteso che lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del SSN per il conseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, l'AST è tenuta, a richiesta, alla raccolta differenziata per lo smaltimento dei rifiuti sanitari.
2. Nell'ipotesi in cui, essa non dovesse/potesse provvedere, tale raccolta è demandata al medico di assistenza primaria. In tali casi il medico avrà titolo, previa produzione da parte dell'interessato di idonea documentazione comprovante l'avvenuto smaltimento dei rifiuti nei termini di legge, ad una indennità annua nella misura di Euro 258,00 erogata in dodicesimi mensili.

Art. 33 – ALTRE ATTIVITA' DI CERTIFICAZIONE

In continuità con quanto previsto dall'AIR 2007 (DGR 751/2007), le seguenti attività sono svolte dal MMG senza alcuna spesa a carico a carico dell'assistito e sono compensate con un'indennità annua pari a Euro 0,99 annuo per assistito, erogato mensilmente in dodicesimi. Le attività sono le seguenti:

- a. certificazione per l'individuazione delle patologie esenti dalla partecipazione alla spesa che, oltre che dalle strutture ad esse deputate, potrà anche essere rilasciata per il proprio assistito dal medico di Assistenza Primaria in attività a ciclo di scelta; ciò potrà avvenire limitatamente alle patologie individuate dai seguenti codici di esenzione: 002-013-031-048-049-050-052-053-056.
- b. attestazione dello stato di necessità all'utilizzo di presidi (materasso/cuscino/vello antidecubito, sponde di contenimento, ausili per la deambulazione assistita, pannoloni ...) secondo disciplina vigente e procedure individuate a livello aziendale.
- c. certificazione per la pratica di attività ludico-motoria e di attività sportiva non agonistica sia in favore dei cittadini di età superiore ad anni 60, che per quelli di età inferiore ad anni 18.

Art. 34 – LOCAZIONE DI STUDI IN STRUTTURE DI PROPRIETA' ENTI SSR

1. Nel caso in cui la sede di riferimento sia ospitata in una struttura di proprietà del SSN, la stessa proprietà si rende disponibile ad esperire tutte le possibilità per consentire una rilevazione in locazione della stessa struttura qualora i MMG decidessero di costituire presso di essa un Modulo Base di AFT, in coerenza con quanto riportato all'art. 33 comma 10 del vigente ACN.
2. Ad integrazione di quanto riportato nel precedente comma, viene comunque perseguita la possibilità di corrispondere in locazione ai MMG strutture di proprietà delle AASSTT o comunque appartenenti al SSR ai fini del trasferimento o della costituzione ex novo di Moduli Base di AFT.
3. Le modalità e i criteri di assegnazione dei locali e/o strutture dell'SSR/AST verranno individuate nell'ambito dell'Accordo Attuativo Aziendale in particolar modo per quelli che garantiscono apertura di studio H12.

Ancona, il 05/08/2025

L'assessore regionale alla Salute

Dott. Filippo Saltamartini

.....

Per la sottoscrizione dell'Accordo, la delegazione trattante di cui alla DGR 2024 del 30/12/2024

PARTE PUBBLICA		PARTE SINDACALE	
<i>componente</i>	<i>firma</i>	<i>componente</i>	<i>firma</i>
DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE dott. Antonio Draisci		FIMMG dott. Paolo Misericordia	
DIRETTORE ARS Prof.ssa Flavia Carle			
DIRIGENTE SETTORE RISORSE UMANE E FORMAZIONE dott.ssa Federica Franchini			
DIRETTORE AST PESARO E URBINO dott. Alberto Carelli		SNAMI dott. Fabrizio Valeri	
DIRETTORE AST ANCONA dott. Giovanni Stroppa			
DIRETTORE AST MACERATA dott. Alessandro Marini		SMI dott.ssa Alessandra Moraca	
DIRETTORE AST FERMO dott. Roberto Grinta		FMT dott. Tiberio Biciuffi	
DIRETTORE AST ASCOLI PICENO dott. Antonello Maraldo		CISL Medici dott. Pasqualino Sforza	

NORMA FINALE 1

I bacini di utenza dei servizi svolti dalle attività orarie di cui al punto A dell'art. 10 non possono essere superiori a quelli definiti dall'ambito della AFT.

NORMA FINALE 2

Ogni AST organizza, secondo proprie modalità condivise nel Comitato Aziendale, l'attività di continuità dell'assistenza di cui al punto A1 dell'art 10, che viene svolta dalle ore 8.00 alle 20.00 nelle Feste Patronali, considerate giorni festivi.

NORMA FINALE 3

Tutte le quote remunerative per il MMG citate nel presente accordo sono riportate al netto dei previsti oneri previdenziali.

NORMA FINALE 4

Gli incrementi contrattuali previsti dall'ACN 8 Luglio 2010, riferibili all'Art 47 comma 2 lettera B punto II e III e la cui erogazione è stata normata nella DGR 1403 del 24/10/2011, si intendono riconfermati così come attualmente erogati.

NORMA FINALE 5

Per l'anno 2025 le indennità relative alle quote di Governo Clinico del presente accordo, di cui all'art. 47 comma 2, lettera B capoverso I, dell'ACN vigente e di cui Art 47 lettera B capoverso I, e quella riferita all'art. 18 comma 17 dell'AIR 2007 (DGR 751/2007), sono erogate a fronte di Accordi Attuativi Aziendali.

NORMA FINALE 6

Salvo quanto precisato per i singoli istituti, il trattamento economico degli istituti correlati al presente AIR è erogato -fermi i requisiti specifici- dal primo giorno del mese successivo a quello della sua adozione definitiva

NORMA FINALE 7

Le parti precisano che il presente AIR comporta numerose iniziative di informatizzazione dei sistemi di comunicazione tra MMG/AST/AFT che necessitano dello sviluppo di sistemi di interfaccia e interoperabilità. Nelle more del loro pieno sviluppo, l'AST definisce le modalità alternative per soddisfare il debito informativo del medico e la correlata retribuzione.

NORMA FINALE 8

Entro 45 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR, le AST ripropongono ai medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria il passaggio al ruolo unico (art. 32, comma 7 del vigente ACN). La procedura di cui al presente comma viene conclusa entro i successivi 15 giorni.

Le AST convocano i comitati aziendali della Medicina Generale per condividere la ripartizione dei MMG alle rispettive AFT, tenuto conto delle indicazioni del presente accordo e della presenza di AFT che incidono sugli stessi Comuni. Il Comitato aziendale definisce il regolamento per le AFT (art 29, comma 12, vigente ACN) nei tempi previsti dalla DGR 305/2025. Nell'allegato 7 è presentato un fac simile di regolamento.

A seguito delle procedure di cui ai precedenti commi, le AST convocano la prima riunione delle singole AFT da realizzarsi al fine di eleggere il referente di AFT, di adottare il regolamento di AFT e di individuare la piattaforma di AFT. La nomina del referente di AFT viene sottoposta alla attenzione della Direzione della AST per la prevista ratifica (art. 30 comma 7, vigente ACN).

Entro 20 giorni dalla convocazione della prima riunione di AFT, tutti i medici sono tenuti alla compilazione della Dichiarazione di Ingresso del Medico in AFT (Allegato 1), da inoltrare via PEC alla AST. Tale procedura deve concludersi entro 90 giorni dall'entrata in vigore dell'AIR.

Al termine delle suddette procedure il Direttore del Distretto e il Referente di AFT, per le rispettive competenze, provvedono alla assegnazione delle diverse attività orarie, a valere dal 1 Gennaio 2026.

NORMA TRANSITORIA 1

In considerazione della criticità relativa alla grave carenza di medici, le parti concordano che il medico di assistenza primaria a ruolo unico possa, a sua richiesta, svolgere una quota di attività oraria di cui all'art. 10 del presente accordo, oltre i limiti del completamento orario di cui all'art. 38 comma 1 del vigente ACN, sino ad un massimo di ulteriori 10 ore settimanali. Tale deroga è a valere fino al 31.12.2028. Parte pubblica si impegna annualmente a rendicontare circa l'applicazione effettiva di tale deroga, finalizzata al fabbisogno orario da garantire per le singole AFT.

DICHIARAZIONE FINALE

Le parti concordano di rimandare a successivi accordi la trattazione delle tematiche inerenti la formazione, l'appropriatezza, l'integrazione delle cure, le attività di screening, le reti cliniche e la sensibilizzazione alla donazioni di organi e sangue. Nelle more di quanto sopra ritengono di considerare tutt'ora validi i relativi organismi ad oggi istituiti ed operativi.

Le parti sottolineano altresì, con riguardo all'emergenza sanitaria territoriale, che restano in vigore per quanto compatibili con l'attuale ACN i precedenti accordi regionali.

ALLEGATO n. 1 – DICHIARAZIONE DEL MEDICO ALL'INGRESSO IN AFT

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ CF _____

Nato a _____ il _____ residente in _____ via _____

avvalendomi della disposizione di cui all'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli articoli 483, 495 e 496 del Codice penale,

D I C H I A R O

Sotto la mia personale responsabilità

AFT di appartenenza: _____

- A.** titolare di un incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ temporaneo
in ☐ assistenza primaria ☐ continuità assistenziale
con studio principale (nel caso di Assistenza Primaria) nel Comune di _____ COMUNE
- B.** titolare di incarico ☐ a Ruolo Unico

1. ADESIONE A RUOLO UNICO (solo per il precedente punto A)

Il sottoscritto ha

☐ ADERITO ☐ NON ADERITO

al Ruolo Unico di Medico di Medicina Generale secondo quanto previsto in A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale per il triennio 2019-2021; l'adesione comporta l'accettazione del completamento orario secondo quanto riportato dal vigente A.C.N.

(Nel caso di un medico titolare di incarico di Continuità Assistenziale)

Dichiara di aprire lo studio professionale di Medico di Medicina Generale in _____ COMUNE, Via _____, n. _____

2. SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' ORARIE (solo nel caso di MMG a Ruolo Unico)

Il sottoscritto, avendo consapevolezza che le attività orarie verranno assegnate secondo quanto previsto dai vigenti A.C.N. e A.I.R.,

tenendo conto delle previsioni degli Artt. 10 e 12 del vigente AIR (in particolare Art. 12 comma 6^(*)), chiede di svolgere l'attività oraria di propria pertinenza relativamente alle attività di cui all'art. 10 comma 1

- ☐ lettere "A1-A2"
☐ lettera "A3"
☐ lettera "B"
☐ lettera "C"

☐ lettera "D" (**)

☐ lettera "E"

(*): *I MMG titolari di un incarico a tempo indeterminato (a ciclo di scelta o su base oraria), o titolari di incarico temporaneo iscritti al Corso di Formazione Specifico in Medicina Generale entro il 31.12.2022, a cui viene conferito incarico del ruolo unico di assistenza primaria, non vengono coinvolti, per il proprio completamento orario, nello svolgimento delle attività di cui alla lettera A dell'art. 10 comma 1 del presente accordo, se non su loro richiesta.*

(**): *Relativamente alla attività che può essere unicamente svolta presso le Sedi di Riferimento delle AFT*

3. ADESIONI A MODULI DI BASE (compilare il 3.a oppure il 3.b oppure il 3.c)

3.a. il sottoscritto dichiara di essere già inserito in una ☐ MEDICINA DI GRUPPO ☐ MEDICINA DI RETE
☐ MEDICINA IN ASSOCIAZIONE

che la propria forma associativa, a seguito dell'entrata in vigore dell'A.I.R. evolve in

☐ MODULO BASE DI AFT

che tale Modulo ha sede in via _____ n. __ in _____

che i Medici componenti di tale Modulo sono i Dottori

3.b. il sottoscritto chiede di poter aderire "ex novo" a un

☐ MODULO BASE DI AFT

Il sottoscritto dichiara

che tale Modulo ha sede in via _____ n. __ in _____

che i Medici componenti di tale Modulo sono:

In relazione a quanto riportato al punto 3.a oppure al punto 3.b, il sottoscritto dichiara che la propria partecipazione al suddetto Modulo Base è di

- ☐ GRADO "A" (almeno quattro fasce orarie settimanali, da tre ore ognuna, di cui almeno una pomeridiana)
- ☐ GRADO "B" (per almeno una fascia oraria settimanale di tre ore)

3.c. il sottoscritto dichiara

- ☐ che il proprio studio principale è ubicato in un Comune con popolazione residente ≤ 3.000 abitanti e che è componente del Modulo Base con studio principale in via _____ a _____
- ☐ che il proprio studio principale è ubicato in un Comune con popolazione residente ≤ 3.000 abitanti e che NON è componente di alcun Modulo Base

4. ADESIONE AD ISTITUTO "SUPPORTO ED EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE"

Il sottoscritto dichiara di

- ☐ avere già aderito a detto istituto
- ☐ voler aderire ex-novo a detto istituto

A tal fine il sottoscritto dichiara

- ☐ di adottare sistemi che garantiscono
- contattabilità asincrona con il paziente (email e messaggistica in asincrono);
 - contattabilità telefonica di sette ore giornaliere nei giorni feriali, escluso il sabato e prefestivi, comprensive degli orari di studio nei seguenti orari settimanali
- LUNEDÌ _____
- MARTEDÌ _____
- MERCOLEDÌ _____
- GIOVEDÌ _____
- VENERDÌ _____
- ☐ di essere componente di un Modulo Base come sopra riportato
- ☐ (in alternativa al precedente punto) di mantenere aperto uno dei propri studi nei giorni feriali fino alle ore 19.00 per almeno tre giorni alla settimana
- ☐ di partecipare alla apertura della Sede di Riferimento della AFT nella giornata di sabato dalle 8.00 alle 10.00 in coordinamento con gli altri medici della AFT.

5. ADESIONE A MEDICINA DI INIZIATIVA

Il sottoscritto dichiara di

- ☐ voler svolgere
- ☐ non voler svolgere (*)

le attività di medicina di iniziativa di cui all'Art. x del vigente A.I.R., presso il proprio Modulo Base dell'AFT, in quanto rispondente ai criteri di cui all'art. 21 o presso il proprio studio principale (in caso di Comune <3000 abitanti).

() in questo caso le attività di medicina di iniziativa nei confronti degli assistiti in proprio carico vengono assegnate ad altri medici della AFT.*

6. RICHIESTA DI LIMITAZIONE DI MASSIMALE

Il sottoscritto

- A. titolare di un incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ temporaneo
in ☐ assistenza primaria ☐ continuità assistenziale
- B. titolare di incarico ☐ a Ruolo Unico

Per la gravidanza e maternità (*possibile dall'inizio della gravidanza fino al compimento del terzo anno di vita del figlio*)

Data inizio gravidanza: _____

Data inizio maternità: _____

Richiesta specifica di esclusione da attività oraria notturna ☐ SI ☐ NO

7. ADESIONI AL PROGETTO DI "ESTENSIONE ORARIA H12 DEI MODULI" (Art. 16, AIR)

Il sottoscritto dichiara di aderire al progetto di **ESTENSIONE ORARIA H12 DEI MODULI** di cui all'Art. 16, organizzando l'orario di apertura in armonia con i componenti del proprio Modulo di Base di AFT a _____, in via/piazza _____ n. ____ in modo da garantire la presenza continuativa nell'orario 8.00-20.00 dei giorni feriali (non prefestivi) almeno di

- ☐ un medico
☐ due medici contemporaneamente (per moduli da 9-10 medici con intensità di gr. A)

che frequenta/frequentano lo studio con intensità di grado "A" (Art.14, comma 8)

Sono di seguito riportati i nominativi dei Medici componenti del Modulo di AFT che frequentano lo studio con intensità di grado "A", e il loro orario di studio nello stesso Modulo di Base di AFT

<u>Modulo Base di AFT:</u>	<u>Orario di apertura degli studi</u>				
<u>MEDICO</u>	<u>LUNEDÌ</u>	<u>MARTEDÌ</u>	<u>MERCOLEDÌ</u>	<u>GIOVEDÌ</u>	<u>VENERDÌ</u>

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata alla presente domanda messa a disposizione dell'AST e, pertanto, di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa.

Luogo....., Data

Firma

ALLEGATO n. 2a - GOVERNO CLINICO (per medico)

Dott: _____			
Indicatori di processo su stratificazione del Rischio Cardiovascolare			
	Numeratore complessivo	Denominatore complessivo	Percentuale
% di soggetti di 45-65 aa con colesterolemia totale dosata negli ultimi 5 anni			
% di soggetti di 45-65 aa con pressione arteriosa registrata negli ultimi 5 anni			
% di soggetti di 45-65 aa con abitudine fumo registrata			
% di soggetti di 45-65 aa affetti da Ipertensione Arteriosa			
% di soggetti di 45-65 aa affetti da Diabete Mellito di tipo 2			
% di soggetti di 45-65 aa con SCORE2 calcolato negli ultimi 5 anni			
% di soggetti di 45-65 aa con basso rischio CV calcolato con SCORE2			
% di soggetti di 45-65 aa con moderato rischio CV calcolato con SCORE2			
% di soggetti di 45-65 aa con alto rischio CV calcolato con SCORE2			
% di soggetti di 45-65 aa con rischio CV molto alto calcolato con SCORE2			

ALLEGATO n.2b - GOVERNO CLINICO (per AFT)

AFT: _____			
Indicatori di processo su stratificazione del Rischio Cardiovascolare			
N. MEDICI	Numeratore complessivo	Denominatore complessivo	Percentuale
% di soggetti di 45-65 aa con colesterolemia totale dosata negli ultimi 5 anni			
% di soggetti di 45-65 aa con pressione arteriosa registrata negli ultimi 5 anni			
% di soggetti di 45-65 aa con abitudine fumo registrata			
% di soggetti di 45-65 aa affetti da Ipertensione Arteriosa			
% di soggetti di 45-65 aa affetti da Diabete Mellito di tipo 2			
% di soggetti di 45-65 aa con SCORE2 calcolato negli ultimi 5 anni			
% di soggetti di 45-65 aa con basso rischio CV calcolato con SCORE2			
% di soggetti di 45-65 aa con moderato rischio CV calcolato con SCORE2			
% di soggetti di 45-65 aa con alto rischio CV calcolato con SCORE2			
% di soggetti di 45-65 aa con rischio CV molto alto calcolato con SCORE2			

ALLEGATO n 3 - MEDICINA DI INIZIATIVA

A. CHECK-LIST PER ATTIVITÀ DI MEDICINA DI INIZIATIVA

A1. Pazienti di età ≤65 anni affetti da Ipertensione Arteriosa

Check list per attività da erogare in occasione della visita (da effettuare almeno una volta all'anno)

- Valutazione stato fumatore
- Valutazione attività fisica
- Valutazione parametri vitali (PA, SO₂, circonferenza vita, BMI)
- Valutazione aderenza e compliance alla terapia (empowerment del paziente)
- Stratificazione del rischio CV - **SCORE2** (con esecuzione di profilo lipidico o prescrizione esame)
- Valutazione stato vaccinazioni (pneumococco, influenza, covid, zoster)
- Valutazione danno d'organo con prescrizione o esecuzione esami (microalbuminuria, ECG, ecodoppler vasi epiaortici, fundus oculi, laddove previsto)
- Visualizzazione ultime analisi
- Prescrizione creatininemia, elettroliti, assetto lipidico quando previsto
- Appuntamento di Follow up ambulatorio

A2. Pazienti affetti da Diabete Mellito di tipo 2

Check list per attività da erogare in occasione della visita (da effettuare almeno due volte all'anno)

- Valutazione stato fumatore
- Valutazione attività fisica
- Valutazione parametri vitali (PA, SO₂, circonferenza vita, BMI, abitudine all'alcool)
- Valutazione aderenza e compliance alla terapia (empowerment del paziente)
- Valutazione aderenza a stili di vita e dieta
- Valutazione stato vaccinazioni (pneumococco, influenza, covid, zoster)
- Stratificazione del rischio **CV - SCORE2-DM** (con esecuzione di profilo lipidico o prescrizione esame)
- Valutazione danno d'organo con prescrizione o esecuzione esami (microalbuminuria, ecodoppler vasi epiaortici, fundus oculi, ECG)
- Valutazione polsi periferici
- Valutazione emoglobina glicata, glicemia e creatinina
- Valutazione ultime analisi e prescrizione follow up
- Nuova prescrizione o rinnovo terapia anche con Nota 100
- Appuntamento di Follow up ambulatorio

B. DATI DA REGISTRARE A FINI RENDICONTATIVI

Pazienti di età ≤65 anni affetti da Ipertensione Arteriosa

B1.

- Stato fumatore
- Attività fisica
- Parametri vitali (Pressione Arteriosa, SO₂, circonferenza vita, BMI)
- Stratificazione del rischio CV - **SCORE2**
- Profilo lipidico, creatininemia, glicemia, K-emia, microalbuminuria
- Ecodoppler vasi epiaortici e arti inferiori, Fundus oculi,

- ECG
- Vaccinazioni quando previste

B2. Pazienti affetti da Diabete Mellito di tipo 2

- Stato fumatore
- Attività fisica
- Parametri vitali (Pressione Arteriosa, SO₂, circonferenza vita, BMI)
- Stratificazione del rischio CV - **SCORE2-DM**
- Ecodoppler vasi epiaortici e arti inferiori, fundus oculi
- ECG
- Vaccinazioni
- Emoglobina glicata, glicemia, creatinina, profilo lipidico e microalbuminuria.

ALLEGATO n. 4a - REPORT MEDICINA DI INIZIATIVA – Ipertesi 45-65 (per medico)

Dott: _____			
Indicatori di processo su pazienti arruolati, di età ≤65 anni, affetti da Ipertensione Arteriosa			
	Numeratore complessivo	Denominatore complessivo	Percentuale
% di pazienti valutati almeno una volta negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con stato fumatore registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con livello attività fisica registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dati PA registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato SatO2 registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato circonferenza vita registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato BMI registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con SCORE2 calcolato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dati assetto lipidico registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato creatininemia registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con referto ECG registrato negli ultimi 12 mesi			

ALLEGATO n. 4b - REPORT MEDICINA DI INIZIATIVA – Ipertesi 45-65 (per AFT)

AFT: _____			
Indicatori di processo su pazienti arruolati, di età ≤65 anni affetti da Ipertensione Arteriosa			
N. MEDICI	Numeratore complessivo	Denominatore complessivo	Percentuale
% di pazienti valutati almeno una volta negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con stato fumatore registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con livello attività fisica registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dati PA registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato SatO2 registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato circonferenza vita registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato BMI registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con SCORE2 calcolato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dati assetto lipidico registrato nell'ultimo anno			
% di pazienti con dato creatininemia registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con referto ECG registrato negli ultimi 12 mesi			

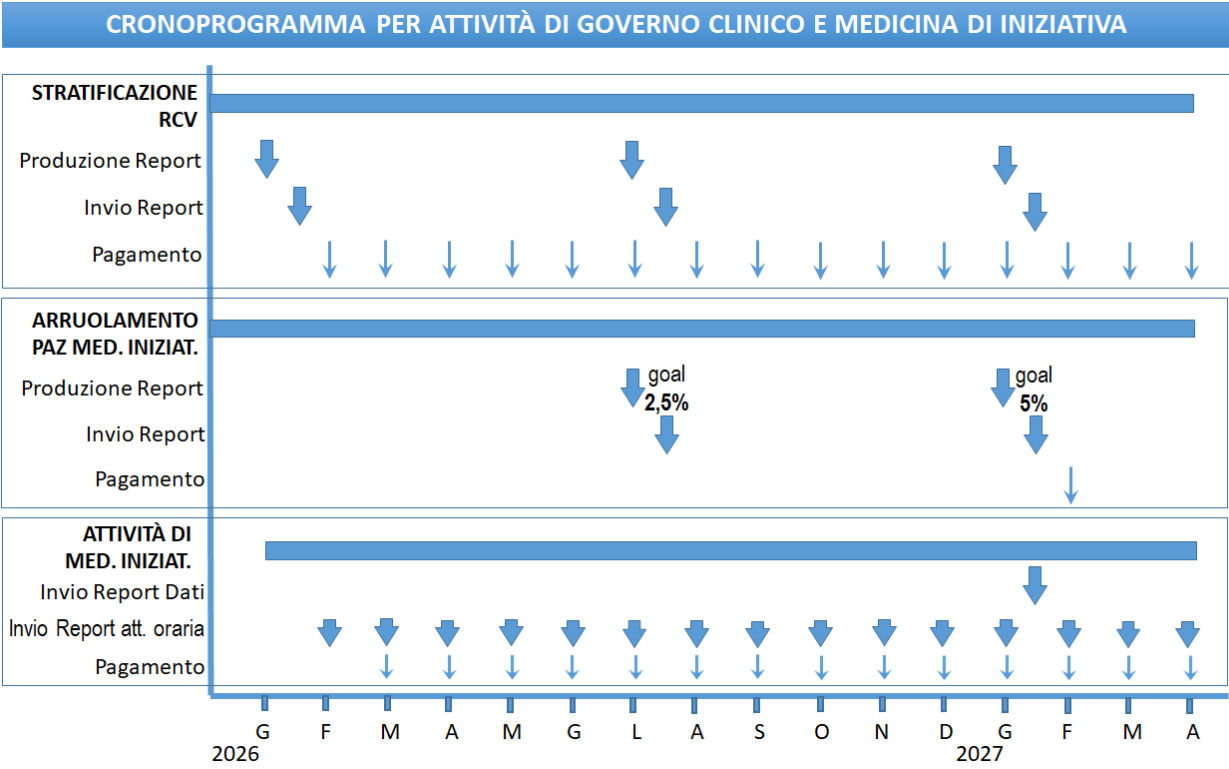
ALLEGATO n. 4c - REPORT MEDICINA DI INIZIATIVA – T2DM (per medico)

Dott: _____			
Indicatori di processo su pazienti arruolati, affetti da Diabete Mellito di tipo 2			
	Numeratore complessivo	Denominatore complessivo	Percentuale
% di pazienti valutati almeno una volta negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti valutati almeno due volte negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con stato fumatore registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con livello attività fisica registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dati PA registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dati PA registrata negli ultimi 6 mesi			
% di pazienti con dato SatO2 registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato circonferenza vita registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato circonferenza vita registrata negli ultimi 6 mesi			
% di pazienti con dato BMI registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato BMI registrato negli ultimi 6 mesi			
% di pazienti con SCORE2 – DM calcolato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato Emoglobina Glicata registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato Emoglobina Glicata registrato negli ultimi 6 mesi			
% di pazienti con dati assetto lipidico registrati negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato creatininemia registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato microalbuminuria registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con referto ECG registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con copertura vaccinale per pneumococco			

ALLEGATO n. 4d - REPORT MEDICINA DI INIZIATIVA – T2DM (per AFT)

AFT: _____			
Indicatori di processo su pazienti arruolati, affetti da Diabete Mellito di tipo 2			
N. MEDICI	Numeratore complessivo	Denominatore complessivo	Percentuale
% di pazienti valutati almeno una volta negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti valutati almeno due volte negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con stato fumatore registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con livello attività fisica registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dati PA registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dati PA registrata negli ultimi 6 mesi			
% di pazienti con dato SatO2 registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato circonferenza vita registrata negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato circonferenza vita registrata negli ultimi 6 mesi			
% di pazienti con dato BMI registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato BMI registrato negli ultimi 6 mesi			
% di pazienti con SCORE2 – DM calcolato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato Emoglobina Glicata registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato Emoglobina Glicata registrato negli ultimi 6 mesi			
% di pazienti con dati assetto lipidico registrati negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato creatininemia registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con dato microalbuminuria registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con referto ECG registrato negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 12 mesi			
% di pazienti con copertura vaccinale per pneumococco			

ALLEGATO n. 5 – CRONOPROGRAMMA ATTIVITÀ DI GOVERNO CLINICO E DI MEDICINA DI INIZIATIVA



ALLEGATO n. 6 – MODULO PER CONSENSO AD ARRUOLAMENTO A MEDICINA DI INIZIATIVA

Paziente: _____ **Data di nascita:** ____/____/____ **Età:** ____

Codice fiscale: _____

Patologie:

☐ Diabete Mellito di Tipo 2 (T2DM) ☐ Ipertensione arteriosa essenziale (IPA)

Dichiarazione di consenso:

Io, sottoscritto _____, dichiaro di essere stato informato e di aver compreso le finalità e le modalità delle attività di Medicina di Iniziativa che prevedono la presa in carico da parte di un team professionale composto da medico di medicina generale e segretaria e/o infermiere della mia AFT di riferimento: _____

Attività previste:

- Chiamata attiva e prenotazione appuntamenti per incontri personalizzati
- Gestione personalizzata della mia patologia
- Monitoraggio e supporto per migliorare il controllo delle mie condizioni di salute
- Visita medica
- Misurazione dei parametri vitali
- Visualizzazione e aggiornamento della cartella clinica inerente la mia patologia IPA/DMt2
- Prescrizione di esami diagnostici e di laboratorio ed eventuale proposta di modifica terapia
- Report di sintesi da inviare al proprio MMG

Luogo di cura

- ACCETTO di essere visitato presso l'ambulatorio individuato fra i Moduli Base della mia AFT o presso la Sede di Riferimento della stessa o Casa della Comunità Hub/Spoke.

Dati sensibili:

- ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali e sensibili per le finalità sopra descritte, in conformità con le normative vigenti sulla privacy. Dichiaro altresì di aver ricevuto l'informativa sulla privacy dei dati personali messa a disposizione dall'AST e consegnata dal MMG.

Firma del paziente: _____

Firma e timbro del medico di scelta che raccoglie il consenso: _____

Luogo e Data: _____

Questo modulo, firmato dal paziente, deve conservato a cura del medico che raccoglie il consenso e è auspicabile che una copia del documento sia trasferita all'interno della scheda sanitaria del paziente.

Regolamento di funzionamento Interno

Aggregazione Funzionale Territoriale di..... Provincia (.....)

Distretto

Ai sensi dell'art. 29 comma 12 – ACN 4 aprile 2024

Art. 1 – Definizione

Il presente Regolamento è lo strumento di funzionamento interno della Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) di _____ finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda AST _____, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione, come previsto dall'Art.29 ACN 2024 e DRG 403/2025

Art. 2 - Obiettivi

Tra i compiti essenziali l'AFT deve:

- Assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA) a tutti i cittadini che afferiscono all'AFT stessa, nonché l'Assistenza Turistica ai sensi dell'articolo 46 ACN 2022;
- Realizzare e garantire la continuità dell'assistenza estesa 24/7, con i MMG in attività a ciclo di scelta e attività oraria
- Individuare e realizzare una struttura informatico-telematica (Piattaforma di AFT di cui all'Art 22 AIR) di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti tale da rendere i MMG funzionalmente connessi tra loro e che permetta la condivisione dei dati dei pazienti in maniera immediata, collegata con i sistemi dell'AST e della Regione
- Ai sensi dell'Art 29 comma 8 dell'ACN vigente, i medici del ruolo unico di assistenza primaria, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della Medicina di Iniziativa;

Art. 3 – Riunioni Periodiche

Nel corso dell'anno il Referente di AFT organizzerà almeno quattro riunioni annuali alle quali i MMG facenti parte dell'AFT si impegnano a partecipare in numero di almeno 3 (tre) del totale annuale. Tali riunioni saranno convocate dal Referente di AFT e dovranno affrontare primariamente il tema della gestione del rischio cardiovascolare, del paziente affetto da Diabete Mellito di tipo 2 e dell'appropriatezza prescrittiva in ambito cardiovascolare anche con l'intervento di specialisti e altre figure professionali, nonché altri argomenti derivanti anche da eventuali Accordi Attuativi Aziendali.

Le riunioni periodiche saranno convocate con lo scopo prioritario, anche se non esclusivo, di:

- Concordare con i Medici afferenti all'AFT le modalità di raggiungimento degli obiettivi prefissati.
- Verificare gli obiettivi raggiunti
- Discutere i contenuti dei reports di attività sugli ambulatori e sulle progettualità concordate
- Valutare i PDTA e le linee guida di riferimento applicate

Art. 4 – Verbale

Delle riunioni periodiche sarà redatto un apposito verbale contenente i nominativi dei presenti alla riunione, gli argomenti posti in discussione e le decisioni assunte dai partecipanti, che andranno prese con la maggioranza semplice dei presenti. Il Verbale dovrà essere inviato al Direttore di Distretto entro 10 giorni dalla data della Riunione. Il Referente di AFT potrà avvalersi di un segretario verbalizzante e di Collaboratori di studio per la sua realizzazione.

Art. 5 – Referente di AFT

Il Referente è eletto all'interno dell'AFT con la maggioranza semplice dei presenti durante la prima riunione utile.

Coordina i medici dell'AFT a ciclo di scelta ed a quota oraria, si occupa dell'integrazione dei servizi e dei percorsi aziendali e collabora per garantire la continuità dell'assistenza 24/7.

Collabora con il Direttore del Distretto e con l'azienda per il raggiungimento degli obiettivi di AFT e predispone le relazioni ed i report sulle attività di AFT, definite dall'AIR, oltre quelle sulle quali è valutato, oltre ad offrire contributi per la risoluzione dei disservizi a seguito di segnalazioni.

Partecipa alle riunioni dei Referenti di AFT per l'elezione del rappresentante di diritto in seno all'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali.

Gli ulteriori compiti e funzioni del Referente di AFT sono descritti nel relativo articolo dell'AIR.

Art. 6 – Monitoraggio e indicatori di attività

Le attività dell'AFT saranno rivolte anche alla individuazione dei criteri di monitoraggio e indicatori di attività. Questi verranno elaborati in considerazione degli obiettivi assegnati alla AFT.

Art. 7 – Modalità di utilizzo del Personale e Formazione

Il personale di studio operante negli studi dei medici che costituiscono l'AFT è organizzato al fine del raggiungimento degli obiettivi di AFT favorendo l'integrazione e la collaborazione fra le differenti professionalità.

Pur essendo l'AFT priva di personalità giuridica, i Medici afferenti possono organizzarsi collettivamente (società di professionisti, cooperative, ecc) per assumere ed utilizzare personale di studio (di segreteria o infermieristico) in modalità condivisa.

Art. 8 – Modifiche del Regolamento

Sono consentite modifiche al presente regolamento qualora le attività connesse alla partecipazione all'AFT e/o quelle relative al raggiungimento degli obiettivi di AFT lo richiedano. Il Referente propone le modifiche o integrazioni durante una riunione di AFT convocata all'uopo, che vengono approvate con maggioranza qualificata (dai 2/3 dei presenti) ed inviate al Comitato Aziendale per le opportune determinazioni.