

Deliberazione della Giunta Regionale 27 maggio 2024, n. 31-8647

**Recepimento della Pre - Intesa dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 s.m.i. - Triennio 2019-2021 - sottoscritta in data 21 maggio 2024.**



Seduta N° 458

Adunanza 27 MAGGIO 2024

Il giorno 27 del mese di maggio duemilaventiquattro alle ore 09:50 in via ordinaria, presso la sede della Regione Piemonte, Piazza Piemonte 1 - Torino si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Alberto Cirio Presidente, Fabio Carosso Vice Presidente e degli Assessori Chiara Caucino, Elena Chiorino, Marco Gabusi, Luigi Genesis Icardi, Matteo Marnati, Maurizio Raffaello Marrone, Vittoria Poggio, Marco Protopapa, Fabrizio Ricca, Andrea Tronzano con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

**DGR 31-8647/2024/XI**

**OGGETTO:**

Recepimento della Pre – Intesa dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 s.m.i. - Triennio 2019-2021 - sottoscritta in data 21 maggio 2024.

A relazione di: Icardi

Premesso che:

- dal 4 aprile 2024 è in vigore l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 s.m.i. - Triennio 2019-2021, recepito con Atto d'Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano repertorio n. 51/CSR del 4 aprile 2024;

- l'art. 8, comma 1 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 s.m.i. dispone che il rapporto tra il Sistema Sanitario Nazionale ed i Medici di Medicina Generale sia regolato da apposita convenzione;

- l'art. 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002 n. 289 s.m.i. istituiva la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (SISAC);

- l'art. 1, comma 178, della Legge 30 dicembre 2004 n. 311 dispone che il rapporto tra il Servizio Sanitario Nazionale, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, i Medici specialisti ambulatoriali interni e le altre professioni sanitarie non dipendenti dal medesimo è disciplinato da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale;

Considerato che:

- il 22 aprile 2022 è entrato in vigore l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 s.m.i. - Triennio 2016 - 2018, recepito con Atto d'Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano repertorio n. 71/CSR del 28 aprile 2022 (in seguito ACN 2022);

- con D.G.R. 12-6869 del 15 maggio 2022 è stato costituito il Tavolo Trattante ex art. 15 comma 3 dell' ACN MMG 2022 allo scopo di definire nell'ambito dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR), 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'art. 4 ACN 2022, nonché le materie esplicitamente rinviate dallo stesso Accordo;

- in ottemperanza dell'art.15 comma 3 ACN MMG 2022 - che prescrive la legittimazione alla trattativa e definizione degli Accordi Regionali delle OOSS maggiormente rappresentative - hanno partecipato ai lavori del Tavolo Trattante permanente le Organizzazioni Sindacali di categoria FIMMG, SMI, SNAMI mentre la CISL Medici, regolarmente interpellata con nota protocollo n.26386 del 12/07/2022 non ha comunicato la presenza del proprio terminale associativo come previsto dalla citata normativa;

- a partire da maggio 2022 la Delegazione Trattante così costituita ha condotto l'attività di negoziazione, estrinsecata in numerose sedute di lavoro, che ha portato alla stesura della Pre - Intesa dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, di cui all'Allegato 1), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- con nota protocollo n. 2201 del 29 gennaio 2024 Regione Piemonte ha sollecitato un riscontro in merito alla richiesta di parere precedentemente trasmessa con nota protocollo n. 4293 del 30 agosto 2023 al Comitato di Settore Regioni-Sanità in merito alla conferma della validità di composizione del Tavolo Delegazione Trattante alla luce della Delibera SISAC adottata il 14 febbraio 2023 di variazione della certificazione della Rappresentatività Sindacale rilevata al 1° gennaio 2022, richiesta che non ha mai avuto riscontro;

- nel frattempo l'Organizzazione Sindacale F.M.T. è stata ammessa con riserva alla contrattazione nazionale sottoscrivendo l'ACN 4 aprile 2024 – Triennio 2019-2021;

- con D.G.R. 34-6238 del 16 dicembre 2022 è stato adottato l'Atto di Programmazione Regionale volto a istituire le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP), in ottemperanza a quanto sancito dall'art.1 della Legge 8 novembre 2012 n. 189, osservando i seguenti criteri generali:

a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;

b) istituzione delle UCCP 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 di un'organizzazione sanitaria integrata che preveda un collegamento funzionale tra i due modelli, prevedendo idonei strumenti operativi informativi e informativi

- la necessità di regolare, ai sensi dell'ACN vigente e in coerenza con l'Atto di Programmazione Regionale di cui alla citata D.G.R. 34-6238 del 16 dicembre 2022 il rapporto di lavoro libero professionale convenzionato tra i medici del ruolo unico di assistenza primaria e le Aziende

Sanitarie Locali della Regione Piemonte, provvedendo a normare nel dettaglio le Aggregazioni Funzionali Territoriali introdotte dall'articolo 1 del D.L. 158/2012 e descritte dall'articolo 29 dell'ACN 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, nonché porre le basi per l'integrazione funzionale e/o strutturale dell'attività dei Medici di Medicina Generale con le case della comunità hub e spoke, con gli ospedali di comunità, con le COT e con il 116117 previsti dal PNRR e dal DM 23 maggio 2022 n. 77, 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.

Preso atto che:

- in data 21 maggio 2024 è stato sottoscritto dal Presidente della Giunta Regionale, dal Direttore della Direzione Sanità e dalle Organizzazioni Sindacali di categoria FIMMG, SMI e SNAMI la Pre-Intesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale definito ai sensi dell'art. 3 dell'ACN 28/4/2022 così come modificato e integrato dall'ACN 4/4/2024;

- in merito al suddetto Accordo Integrativo Regionale, in considerazione dell'ammissione con riserva alla contrattazione nazionale dell'Organizzazione Sindacale F.M.T. (firmataria con riserva dell'ACN 4 aprile 2024 - Triennio 2019/2021), alla medesima sigla è stato trasmessa la suddetta pre intesa acquisendone la firma tecnica;

Ritenuto, pertanto, di prendere atto della Pre-Intesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale sottoscritto in data 21 maggio 2024, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, con decorrenza dal 1° gennaio 2025.

Ritenuto inoltre, in considerazione degli elementi di innovazione introdotti nel sistema territoriale della Medicina Generale dal citato ACN, di costituire presso la Direzione Sanità un tavolo permanente di indirizzo e monitoraggio nell'applicazione del suddetto Accordo Integrativo Regionale, facente capo al Settore Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR e composto in via prioritaria da direttori di distretto delle AA.SS.LL. piemontesi.

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 s.m.i.

Vista la Legge 27 dicembre 2002 n. 289 s.m.i.

Vista la Legge 30 dicembre 2004 n. 311

Vista la Legge 8 novembre 2012 n. 189

Visto l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 s.m.i. - Triennio 2016-2018

Visto l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 s.m.i. - Triennio 2019-2021

Attestato che, ai sensi della DGR n. 8-8111 del 25 gennaio 2024 il presente provvedimento non comporta effetti contabili diretti né effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte, in quanto la spesa trova copertura a valere sulle risorse annualmente assegnate alle ASR in sede di riparto del Fondo sanitario indistinto, stanziato a bilancio 2024-2026 per l'anno 2025.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024.

A voti unanimi resi nelle forme di legge

*delibera*

- 1) di prendere atto della Pre-Intesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale sottoscritto in data 21 maggio 2024, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;
- 2) di dare atto che gli effetti della summenzionata Pre-Intesa decorrono dal 1° gennaio 2025;
- 3) di demandare al Direttore della Direzione Sanità la sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale con le OSS firmatarie della Pre- Intesa;
- 4) di costituire presso la Direzione Sanità un tavolo permanente di indirizzo e monitoraggio nell'applicazione del suddetto Accordo Integrativo Regionale, facente capo al Settore Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR e composto in via prioritaria da direttori di distretto delle AA.SS.LL. piemontesi;
- 5) di dare atto che la dimensione stimata incrementale derivante dall'applicazione della summenzionata intesa trova copertura a valere sulle risorse annualmente assegnate alle aziende in sede di riparto del Fondo sanitario indistinto, stanziato a bilancio 2024-2026 per l'annualità 2025 (Missione 13 programma 1).

La presente deliberazione sarà pubblicata su B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art.5 della Legge regionale 12 ottobre 2010 n.22

Sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire <sup>1</sup>, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

DGR-8647-2024-All\_1-Testo\_PRE-INTESA\_AIR\_21052024\_singed.pdf

1.



Allegato

---

1 L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

**PRE-INTESA**  
**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE**  
**PER LA MEDICINA GENERALE**  
**2024**

**INDICE**

**CAPO I - DISPOSIZIONI GENERALI**

1. CAMPO DI APPLICAZIONE
2. RAPPORTO OTTIMALE
3. FABBISOGNO REGIONALE E AZIENDALE PER L'ATTIVITA' ORARIA
4. GRADUATORIA REGIONALE
5. GRADUATORIE AZIENDALI
6. INCARICHI PROVVISORI A CICLO DI SCELTA
7. SOSTITUZIONI DEL MEDICO A CICLO DI SCELTA
8. CARENZA ASSISTENZIALE E INCARICHI PROVVISORI ATTIVITA' ORARIA
9. SOSTITUZIONI ATTIVITA' ORARIA
10. SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI
11. MASSIMALI DI SCELTA
12. COMITATO AZIENDALE E UDPC
13. PARTECIPAZIONE A GRUPPI DI LAVORO

**CAPO II - AFT**

14. DEFINIZIONE DELLE AFT
15. ATTIVITA' ASSISTENZIALE DELL'AFT
16. PROGETTO AZIENDALE DI AFT
17. GOVERNO CLINICO
18. PROGETTO DISTRETTUALE DI AFT E FONDO INCREMENTALE PER LE ATTIVITA' DISTRETTUALI (FIAD)
19. RIUNIONE DI COORDINAMENTO, PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA AFT (RIUNIONE DI AFT)
20. FORME ASSOCIATIVE DELL'AFT
21. PERSONALE DI STUDIO
22. RETE INFORMATICA DI AFT
23. FLUSSI INFORMATIVI
24. CONTATTABILITA' DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DELL'AFT
25. FONDO REGIONALE E AZIENDALE DI AFT
26. IL REFERENTE DI AFT

### **CAPO III - ATTIVITA' ORARIA DELL'AFT**

27. ATTIVITA' ORARIA
28. BUDGET ORARIO DI AFT E PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE
29. ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' ORARIA
30. COMPITI DEL MEDICO IN ATTIVITA' ORARIA
31. TRATTAMENTO ECONOMICO DELLA QUOTA ORARIA DELL'ASSISTENZA PRIMARIA
32. ATTIVITA' AMBULATORIALE DI CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

33. SICUREZZA DELLE SEDI DISTRETTUALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E ACCESSO AL SERVIZIO

#### **CAPO IV - ULTERIORI DISPOSIZIONI**

34. TUTELA DELLA GENITORIALITÀ E DELLA DISABILITÀ

35. CURE DOMICILIARI

36. VISITE OCCASIONALI E ASSISTENZA AI TURISTI

37. PREVENZIONE

38. ATP – ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE

39. DIRITTI SINDACALI

40. AREA DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

41. PIANO FORMATIVO AZIENDALE

42. ELENCO REGIONALE DEGLI ANIMATORI DI FORMAZIONE E DEI DOCENTI DI MEDICINA GENERALE

43. TRATTAMENTO ECONOMICO DI ANIMATORI, DOCENTI E TUTOR

44. UCAD E CAP

45. TAVOLO DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

#### **NORME FINALI**

#### **NORME TRANSITORIE**

#### **DICHIARAZIONE A VERBALE**

## **CAPO I - DISPOSIZIONI GENERALI**

### **Art. 1 - CAMPO 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. 34-6238 del 16 dicembre 2022 il rapporto di lavoro libero professionale convenzionato tra i medici del ruolo unico di assistenza primaria e le Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte, per il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Costituire le AFT della Medicina Generale su tutto il territorio regionale
- Realizzare il Ruolo Unico
- Definire il Fondo Aziendale per le AFT
- Perseguire gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale e regionale
- Valorizzare la medicina di iniziativa e la quota variabile del compenso per obiettivi
- Salvaguardare e sviluppare gli elementi innovativi in vigenza degli AIR stipulati dall'anno 2002 in poi

In particolare, l'Accordo tra l'altro norma nel dettaglio le 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, con le COT e con il 116117 previsti dal PNRR e dal DM 23 maggio 2022 n°77, 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.

Ognuna di queste attività verrà successivamente discussa ai sensi dell'art 45 del presente AIR.

Inoltre, il presente AIR prelude all'applicazione 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 dal 1° gennaio 2025:

AIR 25 giugno 2002 (C.A.) di cui alla DGR 38-6649 del 15 luglio 2002  
AIR 2006 (MMG) di cui alla DGR 28-2690 del 24 aprile 2006  
AIR 17 dicembre 2012 (C.A.) di cui alla DGR 37-5285 del 29 gennaio 2013  
AIR 22 luglio 2016 (DEMA) di cui alla DGR 18-4011 del 3 ottobre 2016  
AIR 7 luglio 2021 (forme associative) di cui alla DGR 8-3818 del 24 settembre 2021  
AIR 12 novembre 2021 (deroghe) di cui alla DGR 19 novembre 2021  
AIR 14 dicembre 2021 (C.A.) di cui alla DGR 14-4467 del 29 dicembre 2021

## **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 Piemonte è disciplinato secondo i seguenti rapporti ottimali:

- un medico ogni 1200 residenti o frazione di 1200 superiore a 600, secondo le modalità descritte dall'Allegato 7 ACN vigente e s.m.i.;
- per l'ambito di scelta della città di Torino, un medico ogni 1300 residenti o frazione di 1300 superiore a 650, secondo le modalità descritte dall'Allegato 7 dell'ACN vigente.

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 il 15 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 14 febbraio dell'anno successivo anche nel caso in cui avessero espresso la disponibilità al mantenimento dell'incarico in deroga oltre il 70esimo anno.

3. L'ASL, sentito il Comitato Aziendale, trasmette le carenze alla Direzione Sanità della Regione in tempo utile per la pubblicazione che deve avvenire entro il 31 marzo dello stesso anno. Contestualmente, sentito il Comitato Aziendale, l'ASL trasmette l'eventuale indicazione della zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, come previsto dall'Art 34 comma 2 dell'ACN vigente. Per "zona" si può intendere un Comune o parte identificabile di un Comune (frazione, quartiere, borgata, etc). 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.

4. Calcolato in rapporto al bacino di utenza, il numero necessario dei medici cui assegnare l'incarico, espletate le procedure Regionali, l'ASL assegna incarico libero professionale convenzionato di medico di assistenza primaria a ruolo unico ai sensi dell'Art 33 dell'ACN vigente.

### **Art. 3 - FABBISOGNO REGIONALE E AZIENDALE PER L'ATTIVITA' ORARIA**

1. Fermo restando l'obbligo di garantire almeno il rapporto ottimale di 24 ore ogni 5000 abitanti definito dall'articolo 32 comma 1 del previgente ACN 28 aprile 2022 e dall'Accordo Regionale di cui alla DGR 29 gennaio 2013, n. 37-5285 all'articolo 6, primo periodo, per la determinazione del monte ore regionale per lo svolgimento dell'attività oraria nelle AFT da parte dei medici a ruolo unico di assistenza primaria, compresa l'attività notturna festiva e prefestiva come da DPCM 12 gennaio 2018, art. 5, si adotta come riferimento il numero di ore di Continuità Assistenziale lavorate nell'anno 2019 pari a 1.192.019 / anno, ripartite alle Aziende proporzionalmente, utilizzando come riferimento i rapporti ottimali aziendali determinati dall'Accordo Regionale di cui alla DGR 29 gennaio 2013, n. 37-5285 all'articolo 6, sulla base delle caratteristiche geografiche delle stesse, secondo il seguente schema:

<b>ASL</b>	<b>ore/settimana</b>	<b>ore/anno</b>
Città di Torino	3.439	178.803
TO3	2.751	143.042
TO4	2.980	154.962
TO5	1.605	83.441
AL	2.292	119.202
AT	1.605	83.441
BI	917	47.681
CN1	2.522	131.122
CN2	917	47.681
NO	1.605	83.441
VC	917	47.681
VCO	1.375	71.521

<b>TOTALE</b>	<b>22.923</b>	<b>1.192.019</b>
---------------	---------------	------------------

#### **Art. 4 - GRADUATORIA REGIONALE**

1. Le procedure per la definizione della Graduatoria Unica Regionale per la Medicina Generale sono disciplinate dall'art. 19 dell'ACN vigente.

2. Al fine di dare evidenza a quanto previsto dai commi 8 e 9 del predetto articolo, la graduatoria indica la sussistenza di eventuale incarico a tempo indeterminato in atto, ferma restando la possibilità per il medico di partecipare alle carenze per il medesimo settore oppure per la partecipazione a bandi per carenze in altro settore, laddove consentito, previa dimissione dal precedente incarico entro l'invio della domanda di cui all'articolo 34 comma 4 ACN vigente.

3. Ai fini della determinazione del punteggio, sono computati quale "servizio effettivo" i periodi di astensione di cui all'Art 20 comma 4 ACN vigente.

#### **Art. 5 - GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA'**

1. Dal 1 al 31 gennaio di ogni anno ogni ASL pubblica sul BURP e sul Sito Aziendale 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 ASL, entro 20 giorni dalla scadenza per la presentazione della domanda, rende pubblica sul sito aziendale 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:

- A. medici iscritti alla graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- B. medici non in graduatoria regionale, che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente;
- C. medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Piemonte;
- D. medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- E. medici iscritti a un corso di specializzazione universitaria

L'incarico viene proposto, all'interno dell'ordine di priorità della graduatoria (a, b, c, d, e), prioritariamente ai medici residenti nell'ambito territoriale carente (ovvero nel distretto per l'attività oraria), nell'ASL, nella Regione Piemonte ed infine fuori Regione Piemonte. 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.

2. In caso di necessità (carenza assistenziale) o sulla base di disposizioni previste dall'Accordo Attuativo Aziendale, le Aziende 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. 6 - INCARICHI A TEMPO DETERMINATO 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 in un dato ambito territoriale, l'ASL, 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; pertanto, ulteriori scelte possono essere assegnate allo stesso medico solo dall'ASL 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, al quale non potranno essere assegnati d'ufficio gli stessi pazienti, i quali dovranno effettuare la scelta tra i medici disponibili, tranne nel caso di persistente impossibilità di scelta di altri medici del medesimo ambito.

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'Azienda, 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'ASL è autorizzata, previo parere favorevole del Comitato Aziendale, a 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 compresa l'adesione alle forme associative, anche con l'ausilio del personale di supporto, accedendo pertanto agli incentivi di cui al fondo aziendale previsti dal presente AIR.

4. Ai sensi dell'Art 37 comma 3 dell'ACN vigente, per l'incarico a tempo determinato è previsto il compenso di cui all'Art 47 comma 2 lettera A limitatamente al punto l) pari al compenso forfettario annuo, e all'art 47 comma 2 lettera C di cui agli allegati 6 (prestazioni aggiuntive), 8 (ADP), 9 (ADI). Viene inoltre corrisposto quanto previsto dagli Accordi Regionali a tutti i medici per il raggiungimento degli obiettivi, per la partecipazione all'AFT, per la digitalizzazione e ricetta dematerializzata e per i fattori di produzione dell'assistenza.

#### **Art. 7 - SOSTITUZIONI DEL MEDICO A CICLO DI SCELTA**

1. La sostituzione del medico a ciclo di scelta è regolamentata dall'Art 36 dell'ACN vigente, di cui il comma 1 dispone l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio dell'assenza. Per le sostituzioni superiori a tre giorni, il medico sostituito comunica all'ASL le modalità di sostituzione utilizzando il modulo di cui all'allegato 4 del presente AIR. Per tutte le sostituzioni, inferiori, pari o superiori ai tre giorni, il medico ne dà comunicazione al referente di AFT qualora l'assenza determini la necessità di riorganizzazione delle attività della AFT. Il modulo di cui all'allegato 4 è altresì firmato dal medico sostituito per la parte a lui riservata.

2. In caso di sostituzione da parte di più medici, come previsto dall'art 36 comma 2 ACN, il titolare comunica attraverso il modulo di cui all'allegato 4, il nominativo di tutti i medici di assistenza primaria a ruolo unico dell'AFT coinvolti.

3. In caso di impossibilità di sostituzione da parte di medici individuati dal medico titolare e da parte di tutti i medici operanti nella medesima AFT, di cui ai commi 1 e 2 dell'Art 36 ACN, il referente di AFT ne dà comunicazione all'ASL per le procedure di cui all'Art 36 comma 3 ACN.

4. Se in presenza di più sostituti si verificasse, per il medico sostituito, l'impossibilità di percepire il compenso, come previsto dal comma 12 dell'Art 36 dell'ACN, o se il titolare è sospeso ai sensi dell'art 22 comma 1 dell'ACN, l'AFT identifica uno dei sostituti per la liquidazione delle competenze, il quale si accorderà con gli altri sostituti.

5. La sostituzione del medico a ciclo di scelta non rappresenta incarico aziendale, bensì accordo tra liberi professionisti; pertanto, anche nel caso di liquidazione delle competenze direttamente da parte dell'ASL, ai fini della applicabilità dell'articolo 36, sono sospese per tutta la durata della sostituzione le limitazioni di massimale tra scelte e ore di cui all'articolo 38 ACN vigente.

#### **Art. 8 - CARENZA ASSISTENZIALE ORARIA E INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA**

1. In caso di carente copertura del fabbisogno orario, nelle more dell'attribuzione di nuovi incarichi a ruolo unico di cui agli articoli 33 e 34 ACN, le ASL propongono ai medici già titolari di incarico provvisorio ai sensi del precedente ACN, di cui all'ordine di priorità a), b), d) della graduatoria aziendale, l'estensione del massimale a 38 ore. Successivamente, le ASL conferiscono nuovi incarichi provvisori con le seguenti modalità:

- a) Gli incarichi vengono assegnati scorrendo nell'ordine la graduatoria aziendale di disponibilità.
- b) Tutti gli incarichi provvisori sono attribuiti a 24 ore a settimana. Fanno eccezione unicamente gli incarichi assegnati ai medici della sezione e) dell'articolo 5 comma 1 del presente AIR che avranno un massimale di 60 ore al mese. Inoltre, potranno richiedere volontariamente l'autolimitazione del massimale a 60 ore mensili anche i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale della sezione c) dell'articolo 5 comma 1 del presente AIR. Tale autolimitazione potrà essere revocata dopo almeno 12 mesi e solo in caso di disponibilità oraria per il completamento a 24 ore/settimana.

- c) I medici inseriti nella graduatoria regionale della medicina generale oppure in possesso del titolo di medicina generale o equipollenti, che risultano iscritti a un corso di specializzazione, vengono inseriti rispettivamente in fascia a) o b) dell'articolo 5 comma 1 del presente AIR e in caso di attribuzione di incarico il massimale sarà ridotto a 60 ore mensili.
- d) Tutti gli incarichi hanno durata annuale e sono rinnovabili.
- e) L'incarico si interrompe anticipatamente nel caso in cui venga reperito un medico in possesso dei requisiti richiesti per la copertura a tempo indeterminato, o da parte di medici con incarico temporaneo, delle ore vacanti.

2. I medici inseriti in graduatoria aziendale, a cui non sia conferito un incarico a tempo determinato o indeterminato, sono inseriti in un apposito elenco di disponibilità a disposizione delle AFT a cui fare ricorso per la copertura delle ore che dovessero risultare scoperte, sia in fase di elaborazione del calendario turni sia per necessità impreviste, in applicazione del rispettivo Accordo Aziendale.

## **Art. 9 - SOSTITUZIONI ATTIVITA' ORARIA**

1. In caso di imprevista e improvvisa impossibilità a svolgere l'attività, il medico che svolge l'attività oraria di continuità dell'assistenza provvede a farsi sostituire prioritariamente da un medico di cui all'Art 36 comma 4 ACN vigente che ne dia disponibilità. Qualora non sia possibile effettuare la sostituzione nelle modalità precedenti, il medico avvisa l'ASL per la sostituzione ai sensi dell'Art 36 comma 5 dell'ACN o per le procedure di vicariamento di cui all'articolo 29 del presente AIR. I medici a ciclo di scelta convenzionati prima dell'entrata in vigore dell'ACN vigente, ove non già previsto nel contratto per assegnazione di nuovo incarico, non sono tenuti alla copertura dei turni dei medici ad attività oraria né allo svolgimento delle mansioni previste per il medico ad attività oraria.

2. Per sostituzioni di medici di assistenza primaria ad attività oraria, programmate ai sensi dell'articolo 22 dell'ACN, l'AFT provvede prioritariamente secondo quanto previsto dall'ACN all'Art 36 comma 4, sospendendo i limiti di massimale di cui all'articolo 38, dandone comunicazione all'ASL. In caso di impossibilità a garantire la sostituzione, il referente della AFT del medico che deve essere sostituito informa l'ASL che provvede alle procedure di cui all'ACN Art 36 comma 5.

3. L'assegnazione di incarico attraverso la graduatoria di cui all'articolo 19 comma 6 deve essere di durata pari alla sospensione del medico sostituito. A tal fine le ASL scorrono la graduatoria di cui all'articolo 5 del presente AIR seguendo le stesse procedure previste per gli incarichi a tempo determinato. Il medico che accetta la sostituzione non viene cancellato dalla graduatoria aziendale in vigore in quanto mantiene il diritto di ricevere proposta di incarico a tempo determinato, se resosi necessario presso l'ASL, anche durante la sostituzione la quale, nel caso, verrà affidata ad altro medico.

4. In caso di sostituzione da parte di un medico di assistenza primaria a ciclo di scelta disponibile, sono sospesi i limiti di massimale di cui all'art 38 ACN vigente. Poiché la sostituzione non rappresenta l'acquisizione di un nuovo incarico, la retribuzione per

l'attività oraria è corrisposta aggiuntivamente a quella dell'attività a ciclo di scelta nell'ambito del medesimo incarico. Questo non comporta per i medici convenzionati prima del 1/1/2025 il passaggio al nuovo incarico a ruolo unico a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN vigente.

5. 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 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. La sospensione dell'attività oraria effettuata dai medici con incarico a tempo indeterminato dopo l'1/1/2025 sarà regolamentata da apposito accordo come previsto dalla Dichiarazione a Verbale del presente AIR.

#### **Art. 10 - 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'ASL utilizzando il modulo di cui all'allegato 4 del presente AIR.

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. 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.

5. 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. 11 - MASSIMALI DI SCELTA**

1. L'incarico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria viene conferito con massimale di 1500 assistiti.
2. Il medico può autolimitare il proprio massimale fino all'ottimale previsto (1200 assistiti in tutti gli ambiti della Regione Piemonte, 1300 assistiti per l'ambito relativo alla Città di Torino), facendone richiesta all'ASL. Il nuovo massimale non può essere modificato prima di 3 anni, salvo esigenze assistenziali e organizzative, su richiesta dell'ASL o del medico e previa autorizzazione del Comitato Aziendale.
3. Il medico ha facoltà di accettare la proposta di estendere il proprio massimale, nei limiti di cui all'art. 38, commi 1 e 2, fino a 1800 scelte su proposta dell'ASL per garantire l'assistenza in aree o situazioni disagiate e in caso di carenza assistenziale;
4. Le scelte in deroga di cui all'art 39 commi 4, 5, 6, 7 sono acquisibili nella misura del 20% del massimale individuale, compreso quello derivante da autolimitazione. Tali scelte non vengono calcolate ai fini del passaggio al parametro successivo di cui all'art 38 comma 1 e all'articolo 35 comma 5 ACN vigente. Le scelte in deroga di cui all'art 39 commi 4, 5, 6 sono acquisibili solo previa formale accettazione scritta del medico. In ogni caso non è consentito superare le 1800 scelte complessive.
5. I medici che all'entrata in vigore del presente AIR hanno in carico più di 1800 assistiti, rientrano nel limite attraverso la sospensione di ulteriori scelte, ferma restando la retribuzione per tutte le scelte in carico.
6. I medici con incarico Assistenza Domiciliare Residenziale di cui alla DGR 37 62-41 del 16 dicembre 2022 possono acquisire come loro pazienti gli ospiti della RSA, convenzionati e privati, anche in deroga al massimale; in tal caso ulteriori nuove scelte non in deroga sono sospese fino al ristabilirsi del massimale.
7. Il massimale orario è pari a 38 ore settimanali, di cui almeno 14 in orario diurno. Il massimale è ridotto a 24 ore settimanali per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale e a 12 ore settimanali per i medici iscritti a un corso di specializzazione.

## **Art. 12 - COMITATO AZIENDALE E UPDC**

1. Il Comitato Aziendale, regolamentato dall'Art 12 dell'ACN vigente, è composto dal legale rappresentante provinciale di ogni sigla sindacale firmataria dell'AIR vigente o suo delegato e da pari numero di rappresentanti di parte pubblica. Le parti possono avvalersi di consulenti che tuttavia non risultano come componenti del Comitato.
2. Il Comitato nomina i rappresentanti di parte sindacale per la formazione della Commissione Formazione Aziendale per la Medicina Generale di cui all'Art 41 comma 2 del presente AIR e contribuisce alla realizzazione del PFA di cui all'Art 26 commi 2 e 3 dell'ACN vigente.
3. Il Comitato propone al Direttore Generale il nominativo di tre medici di medicina generale tra cui nominare il rappresentante per l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari

Convenzionati (UPDC) previsto dall'Art 25 comma 3 dell'ACN. La durata dell'incarico coincide con quella prevista dall'ASL per l'UPD. Il successivo incarico segue la medesima procedura.

### **Art. 13 - PARTECIPAZIONE A GRUPPI DI LAVORO**

1. Al fine di consentire la piena e produttiva partecipazione dei medici di medicina generale ai momenti di programmazione e gestione regionale, aziendale e distrettuale, come previsto dall'Art 17 dell'ACN, ivi compresa la partecipazione al Comitato Regionale e Aziendale, all'UCAD, all'UPDC, al Consiglio dei Sanitari e al Collegio di Direzione, a titolo di rimborso forfettario delle spese di viaggio e sostituzione è riconosciuta:

- una indennità di partecipazione di € 70-per un impegno pari a ½ giornata
- una indennità di partecipazione di € 140 per un impegno superiore a ½ giornata
- una indennità di spostamento di € 35, in aggiunta alle precedenti di cui ai punti a) e b), per i medici la cui residenza dista più di 30 km dal luogo in cui si svolge la riunione.

2. Ai medici di medicina generale eletti a far parte dell'UCAD e all'organismo di cui al comma 9, art. 45 dell'ACN vigente sono riconosciute per le attività da esse derivanti:

- una indennità di partecipazione di € 70 per i lavori direttamente connessi a ciascuna riunione dell'ufficio di coordinamento distrettuale dell'organismo di cui all'articolo 45 comma 9.
- Indennità mensile lorda di 330 euro per i lavori connessi al funzionamento complessivo dell'UCAD e della CAP di cui all'art 44 del presente AIR.

3. Per i medici con incarico ad attività oraria e per i medici che aderiscono al nuovo ruolo unico della medicina generale, l'indennità di partecipazione di € 55 ed € 110 prevista dal precedente AIR è sostituita dal riconoscimento del compenso orario per il tempo di durata delle riunioni.

4. I compensi di cui al presente articolo sono a carico delle Aziende nell'ambito della quale operano i singoli medici, salvo la possibilità di rivalsa delle stesse per Commissioni deliberate da Aziende Ospedaliere. I compensi sono riconosciuti al medico nei tempi e con le modalità previste per i compensi di cui all'ACN.

5. Le attività previste dal presente articolo non comportano limitazioni del massimale.

## **CAPO II - AFT**

### **Art. 14 - DEFINIZIONE DELLE AFT**

1. L'AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale – costituisce l'aggregazione organizzativa monoprofessionale di tutti i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria operanti sia a ciclo di scelta sia ad attività oraria convenzionati sia prima che dopo il 1/1/2025 che assistono un bacino di popolazione omogeneo per collocazione geografica e accessibilità ai servizi sanitari.
2. Gli studi dei Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta che afferiscono alla medesima AFT insistono in aree omogenee identificabili geograficamente (quartieri, circoscrizioni, comuni, comunità montane, zone, valli, etc.).
3. In armonia e coerenza con le caratteristiche territoriali, ogni AFT assiste un bacino di utenza compreso tra i 20.000 e i 30.000 residenti. Ove possibile, la AFT coincide con l'ambito territoriale di cui all'Art 32 comma 5 ACN vigente, 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. In particolari situazioni geografiche caratterizzate da elevata dispersione territoriale della popolazione, l'ambito, come previsto dall'Art 32 comma 5 dell'ACN vigente, può interessare una popolazione di almeno 7.000 residenti e comunque non inferiore a 5.000 residenti. In tal caso l'AFT coincide con l'ambito anche per popolazione inferiore a quanto previsto dal precedente comma. Ogni AFT non può ricomprendere più di un ambito.
5. Nelle realtà a carattere urbano ad alta densità abitativa, le AFT possono assistere un numero di residenti maggiore di 30.000 e comunque non superiore a 45.000. Nelle realtà a carattere urbano con numero di residenti maggiore di 30.000, devono essere previste più AFT.
6. Per il computo degli assistiti di ogni AFT si intende la popolazione residente complessiva, di ogni fascia di età, anche pediatrica, dei comuni interessati.
7. L'AFT integra, sostituisce e annulla l'equipe di assistenza territoriale definita dall'AIR 2006.

### **Art. 15 - 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'apertura coordinata degli studi dei medici di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta garantisce l'assistenza dal lunedì al venerdì, dalle ore 8 alle ore 20, come descritto dall'articolo successivo, anche con il contributo dell'Attività Oraria dei Medici del Ruolo Unico.

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 alle 20 feriali attraverso il medico a ciclo di scelta e quota oraria. Dalle 20 alle 8 feriali e nell'intera giornata dei giorni festivi e prefestivi, L'AFT eroga l'assistenza attraverso i medici in attività oraria, garantita dal distretto su proposta del referente di AFT, come da regolamento aziendale di AFT.

4. Ogni distretto assegna i turni di continuità assistenziale dalle ore 20 alle ore 8 dal lunedì alla domenica, per la gestione dell'indifferibilità a favore di tutti gli assistiti in ambito distrettuale sentite le proposte concordate tra i medici di AFT.

5. Nei giorni prefestivi infrasettimanali la continuità dell'assistenza è garantita dai medici di assistenza primaria ad attività oraria a partire dalle ore 8 con il medesimo organico previsto per la giornata del sabato. Nei giorni prefestivi infrasettimanali l'attività programmata ambulatoriale viene comunque svolta dai medici di assistenza primaria a ciclo di scelta dell'AFT, che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino, entro le ore 12:00, oppure attraverso una turnazine concordata dai medici dell'AFT, garantendo l'apertura al mattino, entro le ore 12:00, di almeno un terzo degli studi medici.

6. La AFT comunica adeguatamente agli assistiti le modalità di accesso all'assistenza prestata dalla stessa dalle ore 8 alle ore 24 di tutta la settimana. Il Distretto comunica alla cittadinanza le modalità di accesso al servizio dalle ore 24 alle ore 8.

## **Art. 16 - PROGETTO AZIENDALE DI AFT**

1. Sono obiettivi delle AFT:

- operare allo scopo di garantire la continuità dell'assistenza ai propri assistiti.
- garantire l'attuazione del governo clinico di cui all'articolo successivo
- sviluppare progettualità in riferimento ai successivi obiettivi specifici:

a) valutare specifici bisogni di assistenza della popolazione assistita;

b) realizzare progetti di razionalizzazione e verificare gli effetti degli stessi;

- c) facilitare, attraverso la figura del suo Referente, la comunicazione fra singoli medici e Ufficio di Coordinamento distrettuale per il coinvolgimento dei medici nelle varie fasi del budget e la loro responsabilizzazione nel raggiungimento degli obiettivi; la rilevazione di problemi emergenti nell'erogazione delle prestazioni di secondo livello.
- d) svolgere analisi e valutazione di percorsi assistenziali proposti dall'ASL o dall'UCAD e partecipare all'elaborazione degli stessi.
- e) svolgere analisi epidemiologiche ed analisi della domanda su informazioni avute dalla Direzione di Distretto o richieste alla stessa dall'AFT;
- f) effettuare valutazioni sugli aspetti organizzativi dell'attività di assistenza distrettuale nel proprio ambito sui quali proporre e promuovere miglioramenti o cambiamenti;
- g) permettere scambi informativi e favorire momenti di integrazione con gli altri operatori territoriali, quali gli Specialisti Ambulatoriali e Ospedalieri, i Dirigenti aziendali o distrettuali, i medici dell'emergenza sanitaria 118, il personale infermieristico, ostetrico o della riabilitazione, gli assistenti sociali, ogni qual volta le partecipazioni si rendano necessarie e siano attuabili;

2. Annualmente il Tavolo di Trattativa Aziendale concorda un obiettivo aziendale da assegnare alle AFT per l'attuazione di progetti di prioritaria rilevanza tra quanto sopra elencato.

3. Per la realizzazione del progetto aziendale di cui al precedente comma del presente articolo, a ciascun medico dell'AFT viene riconosciuta una quota capitaria annua pari a € 1,50 di cui € 1,00 relativo a indicatori di processo, per la partecipazione al progetto e alle relative attività, e € 0,50 relativi a indicatori di risultato.

Le ASL procederanno pertanto ad erogare mensilmente come acconto 1/12 di € 1,0 € per ogni assistito (pari all'85% della quota di € 1,50), salvo conguaglio a saldo, a seguito di verifica dell'effettiva realizzazione degli obiettivi

4. La verifica dell'effettiva realizzazione degli obiettivi viene effettuata aggregando i dati di tutti i medici dell'AFT e il conguaglio viene erogato a tutti i medici a seguito del raggiungimento dell'obiettivo da parte della AFT. In caso di mancato raggiungimento, verrà erogato il conguaglio esclusivamente ai singoli medici della AFT che hanno raggiunto l'obiettivo.

## **Art. 17 - GOVERNO CLINICO**

1. L'attuazione di politiche di governo clinico rappresenta un obiettivo strategico finalizzato a garantire a Regione e ASL la presenza di un supporto per la definizione delle priorità al fine della migliore allocazione delle risorse. La pratica del governo clinico si caratterizza per la condivisione multidisciplinare e per la responsabilizzazione rispetto al raggiungimento degli obiettivi. I medici di medicina generale partecipano e

contribuiscono alla pratica del governo clinico mediante l'adesione alle AFT e il perseguimento condiviso all'interno delle stesse degli obiettivi aziendali concordati.

2. Le aree all'interno delle quali devono essere promosse attività e progettualità finalizzate alla promozione del governo clinico sono:

- Continuità dell'assistenza
- Appropriatelyzza delle prescrizioni specialistiche e governo dei tempi di attesa
- Appropriatelyzza delle prescrizioni farmaceutiche
- Accessi al pronto soccorso
- Prevenzione
- Miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici
- Stratificazione, profilazione e stadiazione della popolazione assistita

3. La Regione, definisce preliminarmente gli obiettivi strategici rilevanti e pertinenti rispetto alle strategie correlate ai bisogni di salute e alle risorse disponibili e ne individua gli standard qualitativi/quantitativi. Inoltre, provvede al monitoraggio periodico delle attività correlate agli obiettivi assegnati e ne verifica raggiungimento. L'ASL, in coerenza con la programmazione regionale, provvede all'assegnazione degli obiettivi finalizzati alla promozione del governo clinico e, a tale fine, supporta le AFT dei medici di medicina generale.

4. I dati necessari all'analisi preliminare e alla verifica finale possono essere forniti anche dai medici di medicina generale attraverso la consultazione delle schede individuali degli assistiti di cui all'Art 43, comma 5, lettera h) ACN.

5. Le modalità di attivazione dei progetti per la promozione del governo clinico sono le seguenti:

- a) Analisi e individuazione delle criticità da parte dell'ASL
- b) individuazione degli obiettivi, delle azioni da porre in atto e dei relativi indicatori di processo da parte del tavolo di trattativa aziendale:
- c) trasmissione alle UCAD per l'applicazione omogenea nelle AFT
- d) realizzazione delle iniziative da parte delle AFT e verifica finale da trasmettere all'UCAD
- e) Trasmissione delle verifiche dall'UCAD al tavolo di trattativa aziendale

6. Per l'obbligatorietà alla partecipazione attiva ai progetti di governo clinico concordati tra l'ASL e le OO.SS. firmatarie del presente AIR ogni medico di assistenza primaria riceve, in forma di quota capitaria annuale, corrisposta in un dodicesimo ogni mese, € 6,64 di cui al fondo ex art. 47 comma 2, lettera B capoverso I, dell'ACN vigente.

7. In applicazione di quanto previsto dall'ACN vigente, Art 47 lettera B capoverso I, parte della quota capitaria di cui al comma precedente, pari a € 1,90 ad assistito/anno, sarà finalizzata ad obiettivi di miglioramento della presa in carico della cronicità a

partire dalla stratificazione di specifiche categorie di pazienti (es. pazienti fragili o pazienti con BPCO o scompenso cardiaco o osteoporosi, etc.) individuati attraverso specifica integrazione dell'accordo regionale, analogamente agli attuali modelli di gestione integrata. Tale integrazione dovrà essere stipulata non oltre il 31 dicembre 2024. E' fatta salva, nelle more, l'erogazione dell'intero emolumento previsto dal comma 6.

## **Art. 18 - PROGETTO DISTRETTUALE DI AFT E FONDO INCREMENTALE PER LE ATTIVITA' DISTRETTUALI (FIAD)**

1. Il Fondo per le Attività Distrettuali di cui all'Art 19 dell'AIR 2006, finanziato con una quota capitaria pari a € 1,00 per ciascun residente del Distretto, è ridefinito Fondo Incrementale per le Attività Distrettuali.

2. Ogni ASL potrà implementare tale fondo con risorse proprie e/o con risorse aggiuntive da parte di enti terzi pubblici e privati che non confliggano, queste ultime, con gli obiettivi di politica sanitaria della regione, dell'azienda e del distretto.

3. Il Fondo viene impiegato per retribuire le attività dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, concordate a livello distrettuale, e finalizzate al raggiungimento di obiettivi di razionalizzazione delle risorse definiti Progetti Distrettuale di AFT.

4. Al fine del riconoscimento del raggiungimento degli obiettivi programmati, il compenso dovrà essere strutturato e ripartito sulla base di indicatori di processo e di risultato.

5. In ciascun Distretto viene istituita una Commissione per il Fondo composta dai Membri dell'Ufficio di Coordinamento Distrettuale e dai MMG componenti della CAP.

6. I compiti della Commissione sono i seguenti:

1) analisi della spesa e della qualità dell'assistenza al fine di individuare gli ambiti di possibili razionalizzazioni e intervento, nel rispetto dell'erogazione dei LEA;

2) definizione del Progetto Distrettuale di AFT, individuando per ciascuno di essi gli indicatori di processo e di esito, i livelli di razionalizzazione programmati ed i criteri per valutare a consuntivo il risparmio realizzato

3) coinvolgimento dei MMG, mediante i Referenti di AFT;

4) valutazione a consuntivo dei risultati del progetto attraverso i dati di esito aggregati per AFT e, in subordine, ai singoli medici;

5) certificazione del risparmio derivante dalla razionalizzazione operata e dell'incremento del FIAD

7. Il processo si realizza attraverso la sequenza delle sottoindicate azioni che la Commissione deve adottare:

- a) produrre un piano strategico, in cui vengano individuati obiettivi di miglioramento;
- b) individuare i dati necessari alle analisi che si intendono effettuare per il perseguimento degli obiettivi di cui al punto a);
- c) trasmettere ai Medici quanto prodotto ai punti a) e b);
- d) definire gli obiettivi in funzione del Piano strategico individuato, obiettivi che sono poi da attribuire alle AFT;
- e) stabilire tempi e parametri di riferimento;
- f) effettuare l'analisi dei risultati ottenuti

8. La retribuzione viene riconosciuta in quota capitaria, la cui entità è definita in fase di progetto, a tutti i medici dell'AFT a seguito del raggiungimento dell'obiettivo da parte della AFT. In caso di mancato raggiungimento, verranno verificati per l'erogazione della quota i risultati del singolo medico.

9. Ogni anno, nel caso in cui le razionalizzazioni producano un risparmio certificato, il 50% dello stesso incrementa il fondo di cui al comma 1 del presente articolo per la valorizzazione dei progetti degli anni successivi, determinando l'incremento della quota capitaria prevista per la AFT che ha raggiunto l'obiettivo.

#### **Art. 19 - RIUNIONE DI COORDINAMENTO, PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA AFT (RIUNIONE DI AFT)**

1. I medici di ciascuna AFT si riuniscono almeno una volta al mese. È facoltà della AFT richiedere la disponibilità di un locale aziendale, individuato nell'ambito distrettuale per lo svolgimento della riunione.

2. Alla riunione mensile 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:

- condividere, da parte del Referente, l'attività svolta anche presso l'UCAD
- 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 aziendali e distrettuali 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 le RSA che insistono nell'ambito territoriale

4. La riunione si svolge almeno una volta al mese, anche utilizzando strumenti telematici, garantendo l'attività lavorativa programmata.

5. Le eventuali assenze ingiustificate determineranno per quel mese la trattenuta di 1/12 di € 2,00 ad assistito, pari a 0,16 € ad assistito al mese, tranne nel caso in cui il Medico, per assenza per motivazione prevista dall'Art 22 del vigente ACN, non svolga la normale attività lavorativa durante la giornata, ovvero garantisca l'indifferibilità di cui al comma precedente, ovvero sia assente per impegno sindacale.

6. In caso di mancata partecipazione alle attività dell'AFT e di ingiustificata assenza in tre consecutive riunioni mensili, è prevista per il medico inadempiente l'applicazione delle procedure disciplinari di cui all'art. 25 del vigente ACN.

7. Il Referente di AFT redige e inoltra al Distretto il verbale della riunione.

## **Art 20 - FORME ASSOCIATIVE DELL'AFT**

1. Le forme associative previste dall'Art 59 lettera B, comma 1 dell'ACN 2005 sono ricondotte a quanto previsto dal presente articolo

2. La distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria non è vincolata a sede unica, al fine di garantire la prossimità degli stessi sulla base delle specifiche caratteristiche territoriali, come previsto dall'Art 29 comma 4 ACN vigente.

3. Ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta deve garantire l'apertura dello studio professionale dal lunedì al venerdì per il numero minimo di ore settimanali previste dall'Art. 35 comma 5 ACN vigente. Le scelte in deroga di cui all'Art 38 comma 3 non concorrono alla determinazione del numero minimo di ore previste.

4. L'apertura coordinata degli studi di tutti i medici a ciclo di scelta della AFT deve garantire almeno la copertura complessiva delle due fasce orarie 9-13 e 14-19 per ogni giorno feriale. Per ogni fascia oraria la somma delle ore di apertura di tutti i medici a ciclo di scelta della AFT non può essere inferiore ad un terzo del totale, su base

settimanale e comunque deve essere garantita la presenza in studio di almeno 2/3 dei componenti del Gruppo. La copertura di cui al presente comma deve essere garantita anche in caso di sostituzione ai sensi dell'Art 36 comma 1.

5. A completamento della fascia oraria 8-20 feriale, l'assistenza è garantita dalla AFT attraverso l'apertura di almeno uno studio oppure attraverso la sola attività oraria, sulla base di quanto concordato tra i medici.

6. Tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria facenti parte di una stessa AFT, con incarico a tempo indeterminato o determinato, sono in rete tra loro, attraverso un sistema informatico individuato e gestito dai medici dell'AFT che consenta a ogni medico della AFT, compresi quelli ad attività oraria, l'accesso alle schede sanitarie individuali degli assistiti di tutti i medici operanti nella medesima AFT.

7. All'interno dell'AFT, i medici che operano in sede unica articolata in più studi medici possono costituire, su richiesta degli stessi, una o più Medicine di Gruppo, fermo restando il collegamento in rete anche con gli altri medici dell'AFT. Per costituire una Medicina di Gruppo è necessario un numero minimo di tre medici con incarico a Tempo Indeterminato o temporaneo. Per assicurare la continuità della forma associativa è ammesso l'inserimento di un medico con incarico a tempo determinato. L'orario di chiusura pomeridiana da parte di uno degli studi del Gruppo deve avvenire non prima delle ore 19.00. L'articolazione oraria nelle fasce mattutine e pomeridiane deve garantire l'apertura pomeridiana di un numero di studi non inferiore ad un terzo dei medici associati. Dovrà essere garantita l'apertura dello studio di Medicina di Gruppo almeno 6 ore al giorno.

8. Allo scopo di salvaguardare la capillarità dell'assistenza nei comuni o borgate o frazioni siti in zone a bassa densità abitativa e di rendere l'attività della medicina di gruppo maggiormente adattabile alle diverse contestualità territoriali, i medici che operano in Medicina di Gruppo possono esercitare parte dell'attività presso la sede centrale e parte presso studi satelliti (Medicina di Gruppo-Rete) con le seguenti caratteristiche:

- La sede centrale del gruppo-rete e gli studi periferici devono essere funzionalmente collegati tra loro e con il resto dell'AFT;

- L'apertura deve essere di almeno 6 ore al giorno, opportunamente distribuite tra mattino e pomeriggio, di cui almeno uno studio della sede centrale aperto fino alle ore 19.00;

- Il medico con più studi deve svolgere la propria attività nella sede centrale almeno per 2/3 metà dell'orario settimanale minimo in caso di MMG con più studi nello stesso Comune;

- Il medico con più studi deve svolgere la propria attività nella sede centrale almeno per 1/3 dell'orario settimanale minimo in caso di studi in Comuni diversi.

- Non è ammesso uno studio periferico con distanza dalla sede centrale inferiore a 500 metri.

9. I medici che intendano costituire una nuova medicina di Gruppo o Gruppo-Rete o variazione di forma associativa esistente devono presentare domanda al Comitato Aziendale, a firma del loro rappresentante. Il Comitato Aziendale, entro 30 giorni dalla data di ricezione, comunica al rappresentante della forma associativa il nulla-osta alla sua costituzione o l'impossibilità alla medesima, adeguatamente motivata. Tale atto è subordinato esclusivamente alla verifica del rispetto delle risorse del fondo aziendale per i fattori produttivi, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste. La forma associativa o variazione di forma esistente dovrà diventare operativa 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'ASL insieme con il patto costitutivo.

10. Ciascuna nuova forma associativa, entro 60 giorni dalla data di costituzione, è tenuta a redigere una Carta dei Servizi delle prestazioni rese da rendere disponibile agli assistiti.

11. L'articolazione dell'apertura degli studi è comunicata al Distretto dal referente di AFT. Il Distretto è tenuto a verificare l'applicazione di quanto sopra e ad informare gli assistiti in merito agli orari di apertura degli studi dei medici facenti parte dell'AFT e degli eventuali Gruppi. Gli orari di apertura di tutti gli studi medici dell'AFT devono essere comunicati al Distretto ed esposti in tutti gli studi facenti parte dell'AFT oltretutto esplicitati nel patto di costituzione dell'eventuale Medicina di Gruppo o Gruppo-Rete. Ogni variazione relativa all'orario dovrà essere tempestivamente esposta agli assistiti e comunicata al Distretto.

12. Ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta può svolgere attività anche nei confronti degli assistiti in carico agli altri componenti dell'AFT, salvaguardando il rapporto fiduciario individuale. In particolare, l'attività a favore degli assistiti di altri medici è limitata a:

a. Prestazioni indifferibili, in orari diversi da quelli in cui è prevista la presenza del medico titolare della scelta o in caso di indisponibilità dello stesso per attività programmata

b. Sostituzione del titolare della scelta ai sensi dell'Art 36 comma 2 ACN vigente

c. Specifici progetti concordati di medicina di iniziativa, con particolare riferimento alla prevenzione, alla cronicità, alla diagnostica di primo livello, alla telemedicina, come previsto dall'Art 29 comma 8 e comma 10 ACN vigente.

13. Non possono essere previste forme associative di Gruppo o Gruppo-Rete tra medici facenti parte di AFT differenti.

14. Ad ogni medico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta dell'AFT viene riconosciuta, per la realizzazione di quanto previsto dal presente articolo e dall'art 19 del presente AIR una quota capitaria di euro 8,70, di cui euro 2,00 euro per la partecipazione alla riunione di AFT. Tale quota è incrementata a euro 11,00, di cui euro 2,00 per la partecipazione alla riunione di AFT, nel caso di medici che operano in medicina di gruppo e gruppo-rete ai sensi dei commi 7 e 8 del presente articolo.

## **Art. 21 - PERSONALE DI STUDIO**

1. Ai fini dell'applicazione di quanto disposto all'art. 47 comma 2 lettera D dell'ACN vigente, il Comitato Aziendale istituisce e cura un elenco dei medici che utilizzano un collaboratore di studio e/o un infermiere professionale, tenendo distinte le due tipologie.

2. Le percentuali di riferimento del fondo complessivo sono concordate nella seguente misura:

a) collaboratore di studio: 70% degli assistiti in ambito aziendale;

b) personale infermieristico (o personale di cui all'art. 9 ACN 8 luglio 2010): 30% degli assistiti in ambito aziendale;

3. Gli elenchi verranno tenuti ed aggiornati dal Comitato Aziendale con cadenza semestrale.

4. I medici che intendono acquisire tali collaborazioni devono presentare domanda a mezzo PEC al Comitato Aziendale. Il Comitato Aziendale, entro 30 giorni dalla data di ricezione comunica, a mezzo PEC, al medico interessato, al Distretto di competenza e al referente di AFT, il nulla-osta alla sua utilizzazione od il superamento del limite percentuale o del fondo aziendale. Tale atto è subordinato alla verifica del rispetto delle percentuali di riferimento, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste, e dei fondi a disposizione.

5. L'effettiva utilizzazione del personale deve avvenire entro 90 giorni dalla comunicazione del nulla-osta.

6. L'indennità per collaboratore di studio corrisponde a € 3,5 in quota capitaria. L'indennità per infermiere corrisponde a € 4,0 in quota capitaria.

7. Il riconoscimento delle relative indennità ai medici decorre dal momento della presentazione dell'istanza al Comitato aziendale o dal momento dell'effettivo inizio di attività del personale, qualora assunto successivamente alla comunicazione medesima.

8. Qualora il collaboratore di studio o l'infermiere professionale operi per una medicina di gruppo, la relativa indennità è riconosciuta ai medici che ne hanno fatto richiesta a condizione che il collaboratore sia presente per almeno 16 ore settimanali nel caso di tre medici, 24 ore settimanali nel caso di quattro medici, a tempo pieno nel caso di un numero maggiore a quattro. L'infermiere professionale dovrà, invece, essere disponibile per un orario pari al 50% di quello previsto per il collaboratore di studio.

9. Entro il 30 giugno di ogni anno, l'ASL procederà al conguaglio in modo che la somma totale delle indennità percepite nel corso dell'anno solare precedente, non superi le spese effettive dimostrate, comprendenti la retribuzione lorda, i contributi sociali, gli onorari di eventuali consulenti del lavoro, il costo della formazione del personale ed il costo di eventuali polizze assicurative connesse all'impiego del personale. L'assunzione può essere fatta direttamente dal medico o da altri soggetti (società di servizi, cooperative) o secondo il contratto nazionale dei dipendenti per gli studi professionali di IV o III livello e degli infermieri professionali, o con un contratto di natura libero professionale o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali.

## **Art. 22 - RETE INFORMATICA DI AFT**

1. Tutti i medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria condividono, nell'ambito della AFT, la scheda sanitaria individuale informatizzata attraverso l'interoperabilità degli applicativi di loro proprietà. La Regione Piemonte si fa garante dell'imparzialità del software di interoperabilità, qualora necessario all'AFT. Tale software permetterà l'incorporazione del Patient Summary nel FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) nonché l'estrazione dei dati necessari alla rendicontazione degli obiettivi distrettuali ed aziendali nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di privacy.

2. Gli applicativi devono permettere a tutti i medici dell'AFT, nei confronti di ogni assistito, la visualizzazione dei dati sanitari inseriti, l'annotazione dell'attività effettuata, la prescrizione e la certificazione.

3. Nello svolgimento dell'attività oraria, il medico di Assistenza Primaria annota nella scheda sanitaria individuale del paziente quanto previsto dall'art. 43 comma 7 lettera b dell'ACN del vigente, al fine di informare il medico titolare del rapporto di fiducia e degli altri medici della AFT e garantire la globale presa in carico dell'assistito.

4. Il medico accede alla scheda sanitaria individuale del paziente in carico ad altro medico della AFT in occasione dello svolgimento dei compiti di cui all'art. 43, e da quanto previsto dagli accordi decentrati e dal regolamento di AFT, a favore del medesimo paziente.

5. Al fine di realizzare quanto previsto dall'Art 44 comma 8 ACN, il medico in attività oraria comunica i dati relativi all'attività indifferibile a favore di pazienti di altro medico (dati anagrafici, orario, tipologia dell'attività ed esito), attraverso automatismi originati

dall'applicativo utilizzato. I dati confluiscono in un registro di AFT, e restano agli atti secondo modalità previste dall'ASL.

## **Art. 23 - FLUSSI INFORMATIVI**

1. Tutti i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e quota oraria convenzionati sia prima che dopo il 1/1/25, garantiscono, senza oneri tecnici ed economici a loro carico:

- la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata di ciascun assistito;
- l'adesione al progetto tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
- la certificazione telematica di assenza per malattia o infortunio del lavoratore dipendente;
- la partecipazione a procedure di posta elettronica, compresa la PEC, con le diverse strutture del SSR;
- la incorporazione dei referti nelle cartelle cliniche informatizzate e/o la loro stampa;
- l'implementazione del Patient Summary nel FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico);

2. Al fine di compensare le spese legate all'acquisizione, alla manutenzione e all'aggiornamento dei supporti hardware e delle licenze dei software, alla realizzazione e manutenzione della rete cablata o wireless, all'incorporazione dei referti, alla stampa delle ricette, ai canoni di abbonamento internet, ai sistemi di archiviazione digitale e di protezione dei dati e a quanto ancora necessario a realizzare gli obiettivi di cui sopra, ad ogni medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta è riconosciuta una indennità forfettaria mensile definita indennità digitale, pari a € 300,00 al mese.

3. Per l'applicazione dell'Articolo 45 comma 6 ACN vigente, al fine di limitare l'attività del medico di medicina generale prescrittore di richieste di diagnostica rilasciate ai pazienti da parte dei medici specialisti pubblici e privati, la Regione si impegna ad adottare misure finalizzate all'emissione diretta della ricetta dematerializzata da parte dei medici specialisti pubblici; altresì, la Regione e i Medici di Medicina Generale adottano misure per la semplificazione del rilascio della ricetta dematerializzata da parte del MMG per le prestazioni suggerite dagli specialisti delle strutture private accreditate. La Regione adotta inoltre misure per garantire da parte dei medici delle strutture pubbliche e private accreditate l'invio della certificazione di malattia ai sensi della legge 165/2001, Art 55-septies.

4. L'eventuale contestazione di inadempienza di cui all'articolo 6 comma 4 dell'ACN vigente viene valutata in sede di UCAD, tenendo conto delle possibili cause tecniche e organizzative. La riduzione prevista dall'articolo 6 comma 4 dell'ACN vigente non è applicata nei casi in cui l'inadempienza stessa dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.

## **Art. 24 - CONTATTABILITA' DEL MEDICO A RUOLO UNICO DA PARTE DEL PAZIENTE**

1. Le modalità di contattabilità del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta da parte dell'assistito, nell'ambito della fascia oraria diurna feriale, vengono definite dall'AFT avvalendosi di una o più delle seguenti opzioni:

1. modello unico di ricezione, valutazione e gestione del contatto a favore di tutti i medici della AFT;
2. modello di ricezione, valutazione e gestione del contatto da parte di aggregazioni di medici all'interno della stessa AFT (medicine di gruppo, gruppi, medici singoli in accordo tra loro);
3. modello di ricezione, valutazione e gestione del contatto da parte del singolo medico.

2. Le modalità di contattabilità del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria da parte dell'assistito vengono definite dall'AFT avvalendosi delle seguenti modalità:

1. modello unico di ricezione, valutazione e gestione del contatto a favore dei medici in turno orario della AFT, dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì al venerdì;
2. contatto diretto da parte del 116117 per le prestazioni indifferibili negli orari previsti.

3. Le richieste differibili devono essere recepite esclusivamente attraverso sistemi di comunicazione telefonica sulla base di modelli organizzativi che possono prevedere:

1. l'utilizzo di tecnologie digitali che consentano di recepire le richieste in più momenti individuati nella giornata;
2. il coinvolgimento del personale di studio amministrativo e/o infermieristico;
3. fermi restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, il coinvolgimento di altro medico della AFT, sulla base dell'organizzazione individuata dalla stessa.

4. I modelli organizzativi di cui al comma precedente rappresentano altresì una opportunità per garantire ai singoli professionisti adeguato tempo per il riposo, nell'ottica della conciliazione vita-lavoro e nel rispetto della genitorialità.

5. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente, il medico effettua gli interventi nelle modalità e nelle tempistiche ritenute appropriate. In particolare, il medico che svolge attività a ciclo di scelta effettua le visite domiciliari non programmate entro le ore 12 del giorno successivo alla richiesta. Le richieste pervenute nei prefestivi tramite centrale operativa 116117 vengono espletate dai medici che svolgono attività oraria.

6. Le richieste differibili sono garantite preferibilmente su prenotazione degli accessi ambulatoriali. Nel caso in cui il medico scelga di avvalersi anche di sistemi di interfaccia digitale, deve essere garantito il rispetto delle norme di tutela della privacy e dei dati sanitari. Tali richieste, nell'ambito dell'organizzazione dello studio e/o della forma associativa/AFT, possono essere recepite e filtrate dal personale di studio in

momenti dedicati, al fine di migliorare l'organizzazione e la strutturazione dell'assistenza.

7. Le modalità adottate dall'AFT sulle modalità di contattabilità di cui al presente articolo sono comunicate e aggiornate al Distretto da parte del referente di AFT.

## **Art. 25 - FONDO REGIONALE E AZIENDALE DI AFT**

### **1. Fondo regionale per le AFT**

Con l'entrata in vigore del presente Accordo viene istituito il fondo regionale per le AFT.

Costituiscono tale fondo:

- a. Il fondo regionale a riparto di cui all'Art 1 dell'Accordo Regionale allegato alla DGR 8 -3818 del 24 settembre 2021
- b. Le indennità di cui all'articolo 59 lettera B comma 11 dell'ACN 2009
- c. Le indennità di cui all'articolo 7 comma 3 lettere a) e b) dell'AIR 2006
- d. Le risorse di cui all'AIR 22 luglio 2016
- e. Le risorse di cui all'art 9 dell'AIR 2006

Le risorse relative alle lettere dalla b) alla e) sono da rapportarsi alla popolazione assistibile al 01.01.2006 e al rapporto ottimale di 1 medico ogni 1200 assistiti.

Il fondo regionale così costituito è ripartito alle Aziende come previsto dal successivo comma 2. Annualmente il fondo può essere confermato o incrementato sulla base di nuove esigenze o progettualità previste dagli Accordi regionali e/o dell'aumento del costo della vita su base ISTAT.

### **2. Fondi aziendali per le AFT**

I fondi Aziendali per le AFT di cui all'Art 47, comma 2, lettera D dell'ACN vigente, sono istituiti dalla ripartizione del fondo regionale di cui al comma 1 in misura proporzionale al numero di assistibili di ogni ASL.

Il fondo aziendale garantisce per tutti i medici di assistenza primaria a ciclo di scelta:

- Il riconoscimento della indennità di AFT di cui all'articolo 20 comma 14 del presente AIR, pari a € 8,70 ad assistito;

- Il riconoscimento dell'indennità digitale di cui all'articolo 23 comma 2 del presente AIR, pari a € 300,00 mensile

Il fondo aziendale garantisce inoltre ai medici di assistenza primaria a ciclo di scelta:

- Il mantenimento senza soluzione di continuità di ulteriori € 2,3 ad assistito per i medici che percepivano l'indennità di medicina di gruppo al momento dell'entrata in vigore del presente accordo e che mantengono l'organizzazione di cui all'art 20 comma 14 del presente AIR (medicina di gruppo), per un totale di € 11,00 ad assistito/anno.

- Il mantenimento senza soluzione di continuità delle indennità per il collaboratore di studio e per l'infermiere per i medici che già li percepivano al momento dell'entrata in vigore del presente accordo, e che ne mantengono la collaborazione come previsto dall'art 21 del presente AIR.

Il fondo aziendale garantisce inoltre, sulla base dei requisiti previsti dal presente accordo e dagli accordi aziendali, il riconoscimento delle indennità per il personale di studio e per le medicine di gruppo ad ulteriori medici che ne fanno richiesta, nei limiti delle risorse disponibili, fermo restando l'obiettivo a tendere della disponibilità di tali fondi per il 100% dei medici mantenendo nel fondo di cui sopra le risorse rese disponibili dal pensionamento dei medici dell'Azienda, ai sensi dell'art. 47, comma 2, lettera d, n. VI dell'ACN vigente.

Il fondo aziendale può essere implementato con risorse proprie della ASL per il finanziamento di ulteriori progettualità di AFT previste dagli Accordi Aziendali.

Ogni anno il Comitato Aziendale verifica il rendiconto consuntivo dell'utilizzo del fondo dell'anno precedente e destina l'eventuale residuo all'incremento del fondo per il governo clinico per l'anno successivo, come previsto dall'art. 47 comma 2 lettera D paragrafo VIII.

Ogni anno il Comitato Regionale verifica il rendiconto consuntivo dell'utilizzo del fondo di tutte le AASSLL per la valutazione presso il Tavolo di trattativa regionale di eventuali correttivi della relativa normativa.

### **3. Fondo per l'avvio delle AFT**

Le eventuali risorse derivanti dall'applicazione dell'art. 6 comma 2 e dalla dichiarazione a verbale dell'ACN 2010, pari al 10% delle rispettive quote capitarie e orarie, rappresentano il fondo una tantum per l'avvio delle AFT, la cui determinazione e modalità di utilizzo sarà normata con apposito Accordo regionale entro il 31.12.2024.

## **Art. 26 - 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. L'incarico di referente di AFT ha una durata di 3 anni, rinnovabili, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 30 comma 7. La designazione del referente avviene attraverso elezione diretta da parte di tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria dell'AFT con incarico a tempo indeterminato e temporaneo. Sono candidabili tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria dell'AFT a tempo indeterminato in possesso di apposita formazione validata pregressa o da acquisirsi nel triennio, e/o proposta su criteri stabiliti dall'area di formazione regionale e di almeno due tra i seguenti requisiti:

- anzianità di convenzione di almeno 5 anni di cui almeno 3 a ciclo di scelta;
- numero di assistiti superiore a 750;
- precedente esperienza di referente di equipe territoriale e/o rappresentante in UCAD.

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

4. Il referente di AFT:

- coordina l'attività dell'assistenza dell'AFT ai sensi dell'Art 30 comma 3, informando l'ASL in caso di necessità per il reclutamento di nuovi medici attraverso la graduatoria aziendale di disponibilità;
- coordina le attività di medicina di iniziativa, di gestione della cronicità, di diagnostica di primo livello e ogni altra progettualità dell'AFT;
- si coordina con il Distretto per le progettualità comuni;
- ai sensi dell'articolo 25 comma 2, su richiesta del direttore di distretto, verifica con lo stesso la sussistenza delle circostanze necessarie ad avviare un eventuale procedimento disciplinare;
- concorre alla gestione—la piattaforma di interfaccia tra i gestionali per la realizzazione e il mantenimento della rete di AFT;
- fornisce attraverso la piattaforma di AFT i dati aggregati relativi all'attività di AFT;
- promuove la gestione integrata delle patologie croniche per il raggiungimento degli obiettivi di AFT;
- promuove e coordina le attività vaccinali di AFT;
- convoca e conduce la riunione mensile di AFT, redige e invia il relativo verbale al Distretto;
- Verifica l'attività annuale dell'AFT.

5. Il referente di AFT, per l'esercizio delle sue funzioni, può farsi coadiuvare dal suo sostituto o da altro medico individuato all'occorrenza tra i medici dell'AFT
6. Il referente di AFT non è responsabile del venire meno della continuità dell'assistenza dovuta alla condotta del singolo medico o alla carenza di personale disponibile
7. Il referente di AFT non è titolato attraverso tale ruolo alla firma di Accordi con l'ASL o con il Distretto che non gli siano specificamente attribuiti dalla normativa vigente.
8. Annualmente il Distretto, attraverso l'UCAD, definisce gli obiettivi per i referenti di AFT attraverso indicatori di processo e di risultato. Gli obiettivi possono riguardare la realizzazione dell'AFT, la continuità dell'assistenza, la gestione delle attività, l'informatizzazione o ogni altro aspetto rilevante dell'AFT
9. Per la sua attività, al referente di AFT viene corrisposta una indennità mensile fissa di € 750 a cui si aggiunge una indennità mensile di € 250 per la realizzazione degli obiettivi di cui 2/3 erogati mensilmente come anticipo e 1/3 a saldo. Dopo il primo anno di attività, sulla base dell'andamento dell'AFT, le parti si impegnano valutare gli obiettivi raggiunti ed eventualmente rivalutare l'indennità in parola.
10. Il compenso per il sostituto o altro medico che coadiuva il referente di AFT è liberamente determinato tra il titolare e gli eventuali sostituti in modalità libero-professionale.
11. Il compenso del referente di AFT viene finanziato con risorse attinte dai fondi già previsti dall'art 9 comma 5 AIR 2006 integrati dalle risorse non utilizzate di cui all'art. 47 comma 2 lettera B punto 2 nella misura del 10% dell'incremento di cui all'art. 8, comma 1, lett b) dell'ACN 2010.

## CAPO III

### ATTIVITA' ORARIA DELL'AFT

#### Art 27 – ATTIVITA' ORARIA

1. Per l'espletamento di tutte le sue funzioni e per garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata, ad ogni AFT viene affidato dal distretto il monte orario settimanale stabilito attraverso le procedure di cui all'articolo 28 del presente AIR. Fermo restando che l'attività oraria è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale e il referente di AFT comunica la proposta dei turni al Distretto, concordate tra i medici dell'AFT, con particolare riferimento ai successivi punti B), C), D) ai sensi dell'art. 44 comma 1 e 13.

2. L'attività oraria si declina secondo la seguente articolazione:

- A. attività diurna feriale dalle ore 8 alle ore 20
- B. attività diurna festiva e prefestiva dalle ore 8 alle ore 20
- C. attività serale dalle ore 20 alle ore 24
- D. attività notturna feriale e festiva dalle ore 24 alle ore 8

A) L'attività oraria diurna feriale è finalizzata a svolgere a favore di tutti gli assistiti dei medici della AFT, ai sensi degli articoli 43 e 44 ACN vigente:

- 1. la gestione dell'indifferibilità diurna, con particolare riferimento a quanto indicato dal successivo comma 3
- 2. attività per il raggiungimento degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale di cui all'Art 4 dell'ACN vigente;
- 3. gestione e il supporto della presa in carico di pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità;
- 4. partecipazione ai programmi di medicina d'iniziativa, come previsto all'Allegato 1 dell'ACN vigente;
- 5. l'integrazione nei programmi di assistenza domiciliare, residenziale e nella rete delle cure palliative secondo specifiche attività concordate con le ASL e il referente di AFT;
- 6. effettua direttamente attività di diagnostica di primo livello;
- 7. partecipa ad attività di audit all'interno dell'AFT;
- 8. svolge attività di ricerca e sperimentazione ai sensi dell'art. 27 dell'ACN vigente;

Le attività di cui ai punti dal 2 al 8 sono regolamentate da specifici Accordi Regionali e conseguenti protocolli aziendali, finalizzati alla realizzazione di progetti coerenti con la programmazione regionale e aziendale, nel rispetto delle evidenze scientifiche e della salvaguardia del rapporto di fiducia tra il paziente e il medico di scelta.

B) L'attività oraria diurna festiva e prefestiva è finalizzata prioritariamente a svolgere, a favore di tutti gli assistiti dei medici della AFT, l'attività indifferibile prevista dall'art 44

ACN vigente. Sulla base di specifici progetti, possono essere concordate attività di cui alla lettera A.

C) L'attività oraria serale, dal lunedì alla domenica, garantisce, a favore di tutti gli assistiti dei medici della AFT, l'attività indifferibile prevista dall'art 44 ACN vigente.

D) L'attività oraria notturna, dal lunedì alla domenica, garantisce la continuità assistenziale a favore di tutti gli assistiti residenti o domiciliati nel Distretto. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente, il medico può effettuare tutti gli interventi ritenuti appropriati sulla base del modello organizzativo del Distretto, compresa l'attività presso la Casa della Comunità e la visita domiciliare. L'attività di consulto telefonico può essere integrata attraverso sistemi di videoconsulto e/o televisita.

3. Relativamente all'organizzazione della gestione dell'indifferibilità diurna feriale, di cui alla lettera A, l'AFT deve considerare:

- la necessità di completare l'assistenza nell'intera fascia oraria 8-20, qualora non già garantita dall'apertura coordinata degli studi dei medici di assistenza primaria a ciclo di scelta
- la presa in carico di eventuali situazioni indicate dal medico attivo nella fascia oraria 24-8.
- l'opportunità di anticipare l'inizio della fascia oraria serale, anche al fine dell'organizzazione dei turni (es: 18.00-24.00)

4 L'attività indifferibile di cui alle lettere B, C, D è rivolta anche agli assistiti dei Pediatri di Libera Scelta del Distretto

5. L'attività oraria per l'assistenza turistica e visite occasionali è regolamentata dall'ACN Art 46 dell'ACN vigente e dall'Art 36 del presente AIR.

6. L'attività oraria diurna feriale di cui al presente Articolo è realizzata dai medici del ruolo unico di assistenza primaria dell'AFT attraverso il principio dell'autonomia organizzativa, l'attività oraria serale, notturna, festiva e prefestiva di cui al comma 1 con il coordinamento tra il Distretto e i referenti di AFT, nel rispetto dei limiti del budget orario a disposizione.

7. L'attività svolta è rendicontata all'ASL con l'invio in forma aggregata dei dati attraverso la piattaforma digitale in uso da parte di tutti i medici, nel rispetto della normativa sulla privacy e sul trattamento dei dati sanitari

## **Art 28 - BUDGET ORARIO DI AFT E PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE**

1. Il fabbisogno orario di ogni AFT viene calcolato tenuto conto di:

- fabbisogno orario regionale e aziendale, definiti dal presente AIR
- fabbisogno orario distrettuale
- fabbisogno orario di AFT

L'ASL, con Accordo Attuativo Aziendale, attribuisce ad ogni Distretto la relativa dotazione oraria e, conseguentemente, la dotazione oraria di ogni AFT, su indicazione dell'UCAD, tenuto conto dei seguenti criteri:

- I. Ad ogni AFT che assiste una popolazione complessiva fino a 22.500 assistiti deve essere assegnata una dotazione oraria settimanale minimo di 112 ore, pari ad almeno 16 ore al giorno per 7 giorni per la copertura della fascia oraria 8-24
- II. Ad ogni AFT che assiste una popolazione complessiva superiore a 22.500 assistiti deve essere assegnato una dotazione oraria settimanale minimo di 136 ore, pari ad almeno 16 ore al giorno dal lunedì alla domenica per la copertura della fascia oraria 8-24 e la presenza di due medici nella fascia oraria 8-20 dei giorni festivi e prefestivi
- III. Ad ogni Distretto deve essere assegnato una ulteriore dotazione oraria settimanale di 112 ore per la copertura della fascia oraria notturna 24-8.

<b>Livello assistenziale</b>	<b>Copertura oraria</b>	<b>Budget orario minimo</b>
AFT fino a 22.500 assistiti	Minimo 1 medico 8-24	112
AFT 22.500-45.000 assistiti	Minimo 1 medico 8-24 Minimo 2 medici festivo e prefestivo	136
Distretto	Minimo 2 medici 24-8	112

2. Le ore di cui ai precedenti punti I, II, III devono essere necessariamente attribuite alle AFT e al Distretto; è facoltà dell'ASL incrementare la dotazione oraria definito dal presente Accordo Regionale attraverso risorse aggiuntive proprie.

3. La dotazione oraria di cui al comma precedente viene ripartito tra i medici a ruolo unico di assistenza primaria a tempo indeterminato delle AFT, come definito dall'ART 32 comma 8 ACN vigente, con il seguente ordine di priorità:

1. medici con incarico esclusivo ad attività oraria a tempo indeterminato, già operanti presso l'AFT, disponibili su base volontaria all'ampliamento orario fino a 38 ore settimanali
2. medici con incarico ad attività oraria e a ciclo di scelta, già operanti presso l'AFT, disponibili su base volontaria all'ampliamento orario fino a quanto previsto dal successivo comma 4
3. medici con incarico esclusivo a ciclo di scelta, già operanti presso l'AFT, disponibili su base volontaria al completamento orario fino a quanto previsto dal successivo comma 4, mantenendo il contratto in essere.
4. medici del nuovo ruolo unico di assistenza primaria secondo quanto previsto dal successivo comma 4

5. Se all'attuazione dell'AIR, i medici che svolgono attività oraria non fossero sufficienti come previsto dal fabbisogno orario per la copertura del monte ore previsto per l'attività oraria h24, espletate tutte le procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato e determinato, le ore disponibili verranno utilizzate prioritariamente dal Distretto/ASL per la copertura del monte ore dell'attività di continuità dell'assistenza 20-8 nei giorni feriali, e h24 festivi e pre-festivi.

4. Le ore di cui sopra possono essere proposte anche ai medici con incarico temporaneo ex Art 33 comma 4 ACN sulla base delle compatibilità previste dalla normativa vigente.

5. In caso di più medici appartenenti alla medesima categoria tra quelle di cui al precedente comma 3, ha priorità di interpello il medico con minor numero di scelte e, in subordine, e comunque per i medici di cui al punto 1, con maggiore anzianità di convenzionamento a tempo indeterminato (o temporaneo) in un'area funzionale o settore previsto dall'ACN della Medicina Generale.

6. Le ore assegnate ai sensi del presente comma si intendono attribuite definitivamente al medico che si è reso disponibile, fatto salvo quanto previsto dal successivo comma 8, nonché in caso di recesso volontario da parte del medico e comunque nel rispetto dei massimali di cui al comma successivo. Le ore attribuite definitivamente non possono pertanto essere conteggiate come ore carenti.

Le ore assegnate ai medici di cui ai punti 3 e 4 del precedente comma 3 integrano le funzioni dell'incarico già in essere e non comportano pertanto l'attribuzione di un incarico distinto.

7. I medici di ruolo unico di assistenza primaria possono svolgere l'attività oraria e quella a ciclo di scelta secondo i seguenti criteri di compatibilità previsti dall'articolo 38 comma 1 dell'ACN vigente:

- 38 ore fino a 400 scelte
- 24 ore da 401 fino a 1000 scelte
- 12 ore da 1001 fino a 1200 scelte
- 6 ore da 1201 scelte a 1500 scelte.

Il computo delle scelte è effettuato al netto delle scelte in deroga di cui all'articolo 38 comma 3 ACN vigente.

La riduzione oraria avviene su richiesta del medico e comunque non oltre i tre mesi dal superamento del relativo tetto di scelte. In caso di riduzione del numero di scelte, il medico può richiedere l'ampliamento orario, sulla base dei criteri di cui sopra, previa disponibilità di ore.

8. Al medico che abbia superato le 200 scelte è consentita, su sua richiesta, la riduzione del massimale orario a 24 ore/settimana anche anticipatamente al raggiungimento delle 400 scelte. Al medico che abbia superato le 650 scelte è

consentita, su sua richiesta, la riduzione del massimale orario a 12 ore/settimana anche anticipatamente al raggiungimento delle 1000 scelte, fatte salve eventuali situazioni di grave carenza assistenziale valutate in sede di Comitato Aziendale.

9. Espletate le procedure di cui al precedente comma 2, in caso di insufficiente copertura del monte ore, la AFT comunica al Distretto le ore carenti rilevate per l'eventuale attivazione di incarichi a tempo determinato.

## **Art 29 - ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' ORARIA**

1. L'attività oraria diurna feriale è svolta con le modalità di contatto previste dall'art. 24 del presente AIR e secondo le modalità previste dall'art. 43 comma 7 ACN.

2. L'attività oraria diurna festiva e prefestiva è di norma svolta presso la sede distrettuale oppure presso la sede principale di AFT ove presente oppure presso uno degli studi professionali dei medici di AFT, individuato dai medici tra quelli disponibili con possibilità di turnazione comunicata mensilmente al Distretto e alla popolazione.

3. L'attività oraria serale è di norma svolta presso un ambulatorio dell'ASL; due o più AFT dello stesso Distretto possono utilizzare spazi condivisi messi a disposizione dall'ASL ovvero dai medici, comprese le Case della Comunità. È facoltà dell'AFT rendere disponibile uno degli studi professionali dei medici di assistenza primaria dell'AFT—cui siano garantite le caratteristiche previste dall'art. 33 dell'AIR, con possibilità di turnazione comunicata mensilmente al Distretto e alla popolazione.

4. L'attività oraria notturna è di norma svolta con modalità di cui all'articolo 27 comma 2 lettera D del presente AIR presso una sede del Distretto, compresa la Casa della Comunità Hub.

5. L'ASL predispone, su base distrettuale, i turni di servizio, in collaborazione con i referenti di AFT, sentiti i medici interessati. I turni di servizio sono assegnati sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici ad attività oraria incaricati. Il referente di AFT o suo delegato comunica mensilmente al Distretto la proposta dei turni di servizio per la copertura dell'attività oraria, redatti in accordo con i medici secondo quanto previsto dai rispettivi massimali. Nell'impossibilità di garantire la completa copertura del servizio a causa di assenze di durata inferiore a 30 giorni (malattia, ristoro psicofisico etc), il referente di AFT o suo delegato verifica la possibilità di sostituzione ai sensi dell'Art 36 comma 4 ACN vigente; qualora non sia possibile effettuare la sostituzione del medico, il referente comunica al Distretto la necessità di applicare quanto previsto dall'Art 36 comma 5 ACN vigente.

6. Per sostituzioni superiori a 30 giorni si seguono le stesse procedure previste dall'Art 9 comma 2, fino al rientro del medico sostituito.

7. In caso di improvvisa assenza di un medico per l'attività oraria, lo stesso contatta i medici dell'AFT per la sostituzione e ne informa il referente di AFT o suo delegato. In

caso di impossibilità a reperire un sostituto, il referente di AFT o suo delegato informa l'ASL per l'attivazione delle procedure di vicariamento.

8. Si definisce vicariamento la situazione in cui, con carattere di eccezionalità e straordinarietà, i medici che operano ad attività oraria in una AFT garantiscono l'assistenza per la popolazione afferente ad una AFT differente e aggiuntiva rispetto a quella in cui già operano. In tale situazione sono interamente ridistribuite, in maniera aggiuntiva, le quote di cui all'Art 47 comma 3 lettera A ACN vigente già previste per ogni posizione vacante; tali quote sono interamente destinate al medico che vicaria la postazione resasi vacante o, in caso di più medici che si occupano del vicariamento, equamente distribuite fra essi.

9. Quanto previsto dal comma 8 si applica altresì ai medici che operano in numero inferiore rispetto a quello ordinariamente previsto presso la AFT di riferimento o presso la sede, attraverso la ridistribuzione in maniera aggiuntiva delle quote di cui all'Art 47 comma 3 lettera A ACN vigente già previste per ogni posizione vacante.

### **Art. 30 - COMPITI AGGIUNTIVI DEL MEDICO IN ATTIVITA' ORARIA**

1. I medici che svolgono l'attività oraria, al fine di ottemperare a quanto previsto dall'ACN vigente e a integrazione dello stesso:

a) Aderiscono alle AFT e al rispettivo regolamento aziendale

b) garantiscono l'attività ambulatoriale anche in studi professionali privati adeguatamente attrezzati, anche in condivisione con altri medici di assistenza primaria della medesima AFT, collaborando alla gestione dello stesso.

c) utilizzano strumenti informatico-telematici per le seguenti attività:

1. compilazione della scheda sanitaria individuale
2. alimentazione del registro di AFT in ottemperanza all'art 44 comma 8
3. rendicontazione delle prestazioni aggiuntive attraverso portale regionale
4. certificazione telematica di malattia
5. invio ed eventuale stampa della ricetta
6. ricezione della scheda anagrafica dei pazienti afferenti dalla CUA 116117

d) esaminano la scheda ADI e ADP presente al domicilio del paziente in assistenza domiciliare e vi annotano la visita eseguita.

e) prendono visione dei casi più problematici eventualmente segnalati dai medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o dai medici del Distretto (quali ad esempio pazienti critici o in stato avanzato di malattia assistiti in ADI)

f) informano direttamente, per telefono o attraverso sistemi telematici, il medico di assistenza primaria a ciclo di scelta del paziente o il medico ad attività oraria che subentra, sulle situazioni cliniche più rilevanti riscontrate durante il servizio.

g) effettuano la continuità dell'assistenza attraverso le modalità informative di cui alla precedente lettera f) anche nei confronti dei pazienti dei Pediatri di Libera Scelta in orario serale, notturno, festivo e prefestivo, negli orari in cui non fosse attivo il PAPT distrettuale

h) garantiscono, attraverso il principio dell'equa distribuzione dei turni fra tutti i medici incaricati, la copertura dei turni definiti super-festivi di cui all'allegato

i) partecipano alla riunione mensile di AFT e ad altri eventuali incontri

j) mettono a disposizione dell'ASL un indirizzo email personale da utilizzare per le comunicazioni ordinarie istituzionali

k) utilizzano la telemedicina ove previsto

### **Art. 31 - TRATTAMENTO ECONOMICO DELLA QUOTA ORARIA DELL'ASSISTENZA PRIMARIA**

1. Per tutte le attività aggiuntive previste dall'articolo precedente viene riconosciuta, ad integrazione del trattamento economico previsto dall'Art 47 comma 3, lettere A, B, C, dell'ACN vigente, una quota oraria aggiuntiva di euro 7,50 al netto degli oneri previdenziali e assicurativi. Tale quota è riconosciuta dall'01/01/2025 in sostituzione delle quote aggiuntive attribuite fino al 31/12/2024 dall'Accordo Regionale del 15 luglio 2002 e dall'art 11 comma 1 e 5 dell'Accordo Regionale 24 aprile 2006.

2. A seguito della sottoscrizione del presente accordo regionale la quota oraria di cui all'Art 47 comma 3 lettera B viene erogata al 100% pari a € 0,26 dal 1.1.2025

3. La quota oraria di cui all'Art 47 comma 3 lettera C è pari a € 10,59 / ora dal 01.01.2025 al 31.12.2025 e pari a € 13,62 a decorrere dal 1.1.2026, salvo ulteriori allocazioni di risorse.

### **Art. 32 - ATTIVITA' AMBULATORIALE DI CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA**

1. L'attività ambulatoriale di continuità dell'assistenza viene effettuata per:

- visite mediche ambulatoriali
- ripetizioni di ricette per terapia cronica, purché indifferibili e supportate da documentazione che ne confermi le indicazioni e la prescrivibilità
- certificazioni obbligatorie, precedute da visita medica
- prestazioni aggiuntive previste da ACN (Allegato 6)
- prestazioni aggiuntive previste dagli AIR e dagli Accordi Aziendali.

2. Nei turni festivi e prefestivi l'attività ambulatoriale può osservare orari di apertura definiti in sede di accordo attuativo aziendale. In assenza di accordo si osservano i seguenti orari:

- Prefestivo e festivo diurno dalle ore 9 alle ore 19.30

- Sera dalle ore 20.30 alle ore 23.00

### **Art. 33 - SICUREZZA DELLE SEDI DISTRETTUALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE e ACCESSO al SERVIZIO**

1. All'entrata in vigore del presente AIR, in rispetto della dichiarazione congiunta n°1 dell'ACN 21 giugno 2018, viene costituito l'osservatorio regionale permanente per la sicurezza delle sedi e dei medici ad Attività Oraria. L'osservatorio dovrà monitorare il rispetto della normativa generale in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e di quanto stabilito dal presente AIR.

Le ASL dovranno provvedere:

- 1) al rispetto della normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro relativamente alle sedi di continuità assistenziale, in particolar modo per la prevenzione del conflitto e delle aggressioni ai medici. In particolare, le sedi dovranno essere provviste di adeguata illuminazione interna ed esterna e la disposizione degli arredi deve consentire la fuga del medico in caso di aggressione
- 2) all'installazione di telecamere con registrazione presso le sedi di continuità assistenziale
- 3) alla realizzazione di sistemi di allarme collegati con le forze dell'ordine da attivare in caso di aggressione sia presso la sede sia al domicilio del paziente, tramite tecnologie portatili e indossabili dal medico
- 4) all'organizzazione di corsi di formazione sulla prevenzione e gestione del conflitto.
- 5) alla redazione e aggiornamento periodico del documento di valutazione e prevenzione del rischio in Continuità Assistenziale
- 6) all'approvazione di turni di servizio che non eccedano le 12 ore di lavoro consecutive per medico

2. Il Comitato Aziendale rappresenta il tavolo di monitoraggio aziendale per il rispetto delle presenti norme anche in previsione dell'utilizzo di nuove sedi di Continuità Assistenziale.

3. L'ASL, nella sua articolazione distrettuale, è garante dell'accesso della cittadinanza al Servizio di Continuità Assistenziale quale Livello Essenziale di Assistenza. A tal fine con Accordo Aziendale concorda ogni modalità finalizzata alla garanzia dell'accessibilità equa e universale al servizio, di concerto con la CUA 116117.

4. L'accesso al Servizio di Continuità Assistenziale è ordinariamente preceduto da triage telefonico effettuato dal Medico in servizio. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente, il medico effettua gli interventi ritenuti appropriati. La modalità di intervento può essere:

- consulto telefonico
- visita ambulatoriale, negli orari di apertura dell'ambulatorio
- visita domiciliare

- attivazione del sistema di emergenza-urgenza

5. Qualora il contatto telefonico tra paziente e medico avvenga per tramite della CUA 116117, l'operatore della CUA 116117 invia la scheda anagrafica del paziente. Tale scheda non può essere inviata prima dell'avvenuto contatto telefonico tra il medico ed il paziente e comunque non prima dell'accertata disponibilità del medico a ricevere un nuovo contatto. Il medico che ha in carico un utente trasmette alla CUA 116117 la propria disponibilità o indisponibilità a ricevere ulteriori chiamate.

6. In caso di presentazione diretta dell'utente presso la Sede di Continuità Assistenziale l'accesso deve essere preceduto da triage telefonico o, se previsto dagli accordi attuativi aziendali, attraverso videocitofono. L'eventuale attesa telefonica presso la CUA 116117 non è motivo di ritardo dell'accesso del paziente, in tale caso, previo triage con videocitofono, il medico in turno può comunque decidere di far accedere il paziente alla visita.

7. Tutti gli accessi telefonici, ambulatoriale e domiciliari devono essere registrati su apposito registro elettronico messo a disposizione dell'ASL.

8. Al fine di ottimizzare l'integrazione del Servizio aziendale di Continuità Assistenziale con il servizio CUA 116117 è istituito:

- un tavolo regionale la cui composizione è speculare a quella del Comitato Regionale della Medicina Generale
- un tavolo per ogni quadrante afferente a una CUA la cui composizione è definita dalla presenza di un rappresentante sindacale, di un rappresentante aziendale per ogni ASL del quadrante e del responsabile della CUA di quadrante o suo delegato.

9. Ogni tavolo è presieduto da un suo componente di parte pubblica ed è convocato su richiesta di parte pubblica o di parte sindacale.

## **CAPO IV ULTERIORI DISPOSIZIONI**

### **Art. 34 - TUTELA DELLA GENITORIALITÀ E DELLA DISABILITÀ**

1. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria in gravidanza o puerperio può mantenere l'attività oraria purché svolta in orario diurno presso uno o più studi professionali della propria AFT per tutto il periodo previsto dal D.Lgs 151/2001. Per tutte le altre sedi lavorative diverse da quanto sopra richiamato si rimanda alla normativa vigente.
2. Ogni mese di sospensione dall'incarico ai sensi dell'art 20 comma 4 è da considerarsi ad orario pieno ai fini dell'incremento di punteggio della graduatoria regionale.
3. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria ha diritto a usufruire di sospensione part time ai sensi dell'articolo 22 comma 3 ACN vigente. Per l'attività oraria il part-time è da intendersi come riduzione dell'orario mensile fino a un minimo di 48 ore al mese attraverso minor numero di turni ovvero, in accordo con il referente di AFT, minor numero di ore per ogni turno. Per l'attività a ciclo di scelta, il medico comunica all'ASL le modalità e la percentuale di sostituzione, fino a un massimo del 50% dell'attività complessiva giornaliera.
4. Il medico in gravidanza che non sospende l'incarico può richiedere il part time di cui al comma precedente anche nei 5 mesi precedenti la data presunta del parto, ferma restando la durata massima complessiva del periodo di part time previsto dall'art. 22 comma 3 ACN e compresa la deroga del presente AIR art. 10 comma 5.
5. Come previsto dall'Art 22 comma 3 ACN, il part-time di cui al presente articolo può essere altresì richiesto dai medici padri o affidatari di minore per un massimo di 12 mesi dalla nascita o dall'adozione o affido.
6. La AFT o in subordine, l'ASL, provvede alla sostituzione parziale del medico ad attività oraria in part time attraverso l'incremento temporaneo di ore dei medici in servizio che, interpellati, si rendano disponibili; in difetto di disponibilità, attraverso un incarico di sostituzione di massimo 48 ore mensili. La sostituzione parziale del medico a ciclo di scelta avviene attraverso incarico libero professionale tra sostituto e sostituito.
7. Il part time 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.

## **Art. 35 – CURE DOMICILIARI**

1. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è regolata dall'allegato 9 dell'ACN vigente. I medici di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta sono autorizzati all'attivazione dell'ADI dal medico responsabile a livello distrettuale, in seguito alla presentazione del piano assistenziale ed alla concertazione e condivisione con il Responsabile stesso delle modalità organizzative che sottendono l'attivazione.

2. Sono riconosciuti al medico di medicina generale i seguenti compensi:

a) per le attività correlate all'apertura del caso, comprendenti la valutazione multidimensionale dello stato funzionale della persona, la stesura del piano di assistenza e la presa in carico, al medico di medicina generale saranno corrisposti € 75,00

b) In caso di dimissione protetta, comprendente l'attivazione secondo le modalità sopra esposte e la formulazione del piano assistenziale con il collega ospedaliero, al medico di medicina generale saranno corrisposti € 75,00

3. Per ogni accesso programmato al domicilio del Paziente per ADI al medico sono riconosciuti complessivamente € 27 comprensive dell'importo previsto al comma 1), art. 5, allegato 9 dell'ACN.

4. Le prestazioni aggiuntive previste all'Allegato 6 dell'ACN, eseguite in corso di ADI, sono retribuite in aggiunta al compenso previsto dal comma precedente. Ad integrazione delle suddette prestazioni e dei compensi previsti, per ciascuna trasfusione di sangue intero o dei suoi derivati di preparazione estemporanea, eseguita in regime ADI o Assistenza Domiciliare Residenziale (ADR) di cui alla DGR 37-6241 del 16 dicembre 2022, al medico di medicina generale è corrisposto un compenso di € 55. Per le altre attività vale quanto stabilito dall'ACN.

5. Ai sensi dell'art. 7 comma 3 dell'allegato 8 ACN vigente, la regione stabilisce idonea modulistica per i compiti previsti.

## **Art. 36 - VISITE OCCASIONALI E ASSISTENZA AI TURISTI**

1. Ai sensi dell'Art 46 ACN vigente, si definisce "visita occasionale" l'assistenza prestata:

a) dal medico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria, in orario diurno feriale, a favore dei cittadini in carico a medici appartenenti ad altra AFT

b) dal medico di assistenza primaria ad attività oraria in orario serale, notturno, festivo e prefestivo a favore dei cittadini residenti in altro Distretto ovvero, se previsto dall'Accordo Aziendale, in altra ASL.

2. Le prestazioni di cui al presente articolo sono retribuite alle tariffe previste dall'ACN vigente, Art 46 comma 3. Le prestazioni di cui al comma precedente sono prestate a titolo oneroso per il paziente, fatto salvo quanto previsto dai successivi commi 5 e 6.

3. Nel caso di cui al comma 1 lettera a) e b) il pagamento al medico avviene in modalità diretta in regime di libera professione.

4. Le prestazioni vengono erogate e pagate come previsto dall'art. 46 dell'ACN vigente.

5. Ai sensi dell'Art 46 comma 5 ACN vigente, le prestazioni a favore dei cittadini dell'Unione Europea in possesso della tessera sanitaria (TEAM), opportunamente notulate all'ASL, sono rese al paziente gratuitamente; l'ASL riconosce al medico entro il secondo mese successivo la tariffa prevista per le visite occasionali dall'ACN.

6. Per la rendicontazione di cui ai commi 4 e 5 l'ASL predispone apposito strumento di rilevazione su supporto digitale come previsto per le prestazioni di cui all'Allegato 6 ACN vigente.

7. In applicazione dell'Art 46 comma 1 ACN vigente, la Regione individua le località a forte flusso turistico, ove le Aziende possono organizzare in determinati periodi dell'anno un servizio aggiuntivo a supporto delle AFT che vi sono ricomprese, coinvolgendo sia i medici delle medesime AFT sia altri medici per mezzo di incarichi ad attività oraria.

8. Le ASL possono rideterminare le tariffe previste dall'Art 46 comma 3 ACN vigente per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari rese per le visite occasionali e di assistenza ai turisti nelle località a forte flusso turistico, a favore dei medici di cui al comma precedente.

9. Nell'ambito delle visite occasionali e dell'assistenza ai turisti, il medico di assistenza primaria ad attività oraria utilizza il ricettario SSN per la prescrizione di visite, esami e terapia sia indifferibile sia abituale, fino a un fabbisogno massimo di 60 giorni.

10. Nei casi in cui, per ragioni tecniche anche legate allo status dell'assistito occasionale, non sia possibile emettere a suo favore la ricetta elettronica, l'utilizzo del ricettario cartaceo non è considerata inadempimento ai sensi dell'Art 6 comma 4 ACN vigente.

## **Art. 37 - ATTIVITA' DI PREVENZIONE**

1. I medici di medicina generale collaborano alla realizzazione degli interventi di prevenzione primaria e alle campagne di prevenzione secondaria individuate come prioritarie a livello regionale, in coerenza con le indicazioni della pianificazione nazionale e del PNPV previo accordo con le Organizzazioni sindacali e con le Aziende Sanitarie interessate.
2. Gli interventi prioritari di prevenzione sono quelli indicati nel PSSR e nei successivi provvedimenti di attuazione.
3. Al fine di concentrare le risorse verso il raggiungimento degli obiettivi di salute prioritari e per impedire il proliferare di iniziative locali non coordinate e di scarso impatto sanitario, non è consentita la prescrizione di test diagnostici o prestazioni terapeutiche aventi finalità di prevenzione individuale al di fuori dei programmi regionali suddetti.
4. Pertanto, qualora i Medici prescrittori, per fini diagnostici, dovessero prescrivere le stesse prestazioni previste dagli Screening regionali, dovranno indicare sulle ricette le motivazioni cliniche.
5. Per il conseguimento degli obiettivi di prevenzione potranno essere definite e negoziate specifiche forme di incentivazione nel rispetto del principio generale che gli incentivi economici devono essere vincolati al raggiungimento dei risultati previsti dagli interventi di prevenzione e che la valutazione dei risultati deve essere anche riferita all'intera popolazione destinataria dell'intervento e non alla sola popolazione assistita dal singolo medico.

### **6. Screening oncologici**

I medici di assistenza primaria collaborano alle attività di prevenzione dei tumori previste dai provvedimenti deliberativi regionali.

Il Comitato regionale designa i rappresentanti dei MMG in seno al gruppo regionale per lo Screening in oncologia e ai Comitati tecnici dei Dipartimenti interaziendali.

I medici di assistenza primaria sono tenuti a:

- partecipare alle attività di formazione previste dai progetti
- attenersi ai protocolli operativi stabiliti dal Comitato tecnico
- fornire alle persone da loro assistite l'informazione necessaria al fine di rendere consapevole la decisione di aderire allo screening e, contemporaneamente, garantirne l'accesso
- selezionare dalle liste dei loro assistiti le persone eleggibili per lo screening

- seguire i loro assistiti negli interventi diagnostici e terapeutici conseguenti allo screening secondo i protocolli definiti dai programmi

Per le attività di prevenzione sopra indicate è riconosciuto al singolo medico un compenso pari a:

€ 2,10 per caso, fino al raggiungimento dell'invio del 40% degli eleggibili.

Qualora tale percentuale con un minimo del 25% sia raggiunta da tutti i componenti dell'AFT la quota succitata viene incrementata di € 0,50 per caso.

€ 2,30 per caso, dal superamento del 40% fino al raggiungimento del 60% dell'invio degli eleggibili.

Qualora tale percentuale sia raggiunta da tutti i componenti dell'AFT la quota succitata viene incrementata di € 0,50 per caso.

Oltre il 60% il pagamento del caso corrisponderà a 2,50 €.

Qualora tale percentuale sia raggiunta da tutti i componenti dell'AFT la quota succitata viene incrementata di € 0,50 per caso.

## **7. Vaccinazione antinfluenzale**

La partecipazione dei medici di assistenza primaria alle campagne di vaccinazione antinfluenzale è organizzata dalle Aziende Sanitarie Locali, nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali e sulla base di programmi di integrazione con l'attività dei servizi vaccinali aziendali.

L'attività dei medici di assistenza primaria dovrà essere orientata prioritariamente a garantire la copertura dei gruppi di popolazione che presentano difficoltà ad accedere direttamente alla vaccinazione (come gli anziani allettati e i grandi vecchi) nonché ad offrire la vaccinazione ai gruppi di pazienti ad alto rischio dovuto alla presenza di condizioni o malattie che sono note innanzitutto al medico curante.

Le dosi di vaccino a disposizione di ciascun medico dovranno essere concordate preventivamente, anche in base ai fabbisogni segnalati dai medici stessi.

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).

Il medico dovrà fornire l'elenco nominativo dei soggetti vaccinati attraverso apposito portale con indicazione della data di nascita del soggetto e, in caso non si trattasse di ultra-sessantatrenni, della categoria di rischio di appartenenza, entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

La partecipazione alla campagna di vaccinazione dà luogo alla corresponsione della quota stabilita per le prestazioni aggiuntive di cui allegato 6 dell'A.C.N.; non sono previste forme di incentivazione economica aggiuntiva.

L'erogazione dei corrispettivi economici è vincolata al rispetto degli obblighi di rendicontazione sopra indicati.

## **8. Sorveglianza epidemiologica della sindrome influenzale**

Il sistema di sorveglianza epidemiologica della sindrome influenzale si avvale di una rete di medici sentinella (MMG e PLS) ed è organizzato sulla base dell'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato Regioni in data 28.9.2000 n. 1031.

L'attività è dettagliatamente descritta nel protocollo operativo, annualmente aggiornato a cura dell'Istituto Superiore di Sanità.

I medici incaricati sono individuati dal SEREMI presso l'ASL AL in base:

- alla continuità operativa che è garanzia di un buon livello di qualità delle segnalazioni
- alla esigenza di una distribuzione geografica che copra tutta la regione
- alla disponibilità di connessione per la segnalazione automatica dei casi e alla disponibilità ad effettuare i prelievi campionari per la sorveglianza virologica

L'elenco dei medici partecipanti alla sorveglianza sarà aggiornato annualmente provvedendo alla sostituzione dei medici che abbiano abbandonato l'attività nel corso della stagione precedente.

Per la sostituzione, l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità esaminerà le proposte provenienti dalle rappresentanze sindacali per verificare il rispetto dei criteri di incarico precedentemente indicati.

Il numero massimo di partecipanti è fissato in 90 medici, di cui 10 pediatri.

Per la partecipazione all'attività è riconosciuto un compenso per stagione influenzale onnicomprensivo pari a € 900, la cui erogazione è subordinata ad una partecipazione attiva pari ad almeno il 75% delle settimane di osservazione.

### **Art. 38 - ATP (ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE)**

1. Ai sensi della norma finale 4 dell'ACN, dall'entrata in vigore del presente AIR gli incarichi ATP in essere sono confermati fino alla data di conclusione prevista. I compiti previsti per i medici con incarico ATP possono essere proposti nell'ambito della programmazione delle attività orarie diurne feriali dei medici di assistenza primaria a ruolo unico. Le risorse economiche derivanti dagli incarichi ATP e dagli incarichi della Medicina dei Servizi cessati dal 1996 ad oggi saranno individuati al fine di essere

reinvestiti per lo sviluppo delle attività orarie diurne feriali dei medici di assistenza primaria a ruolo unico attraverso l'incremento del monte orario già definito dal presente AIR.

### **Art. 39 - DIRITTI SINDACALI**

1. Le ASL riconoscono ai medici che garantiscono le sostituzioni di cui all'articolo 16 ai medici di assistenza primaria a ciclo di scelta il compenso orario già previsto dall'articolo 21, ultimo capoverso, dell'AIR 2006. Dall'entrata in vigore dell'ACN 2022-2024 l'ASL si atterrà a quanto definito dall'articolo 16 comma 6 ACN.

### **Art. 40 - AREA DI FORMAZIONE REGIONALE IN MEDICINA GENERALE**

1. Fermo restando quanto previsto dagli articoli 26 e 27 dell'ACN Vigente ed in considerazione del fatto che le Regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei medici di medicina generale che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo e considerato inoltre che è di primario interesse per il SSR promuovere la formazione dei propri operatori nonché garantirne la qualità, la coerenza e l'efficacia formativa rispetto agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, il presente accordo conferma l'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale. L'Area in argomento viene costituita nella prospettiva di collaborare alla realizzazione e al raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale prevista per le attività di formazione ed aggiornamento nel redigendo piano socio-sanitario regionale.

2. Gli obiettivi dell'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale sono:

- definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale, nonché di monitoraggio di un efficace sistema istituzionale di formazione professionale medica permanente, mirato alla formazione nel campo della medicina generale e compiti ad essa collegati;
- stabilire annualmente il numero dei docenti e degli animatori di formazione necessario per il regolare svolgimento delle attività formative, i criteri di selezione dei Medici di Medicina Generale, secondo i diversi settori di appartenenza, da inserire negli appositi elenchi regionali, divisi per aree di appartenenza ed operare la selezione sulla base di criteri stabiliti;
- definire le necessità formative dei medici di medicina generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione e docenti);
- promuovere attività di ricerca e sperimentazione in Medicina generale

- proporre attività di formazione ECM
- curare la programmazione, il monitoraggio e la valutazione consuntiva delle attività formative del triennio di tirocinio pratico per l'ottenimento dell'attestato di medicina generale e del corso di formazione per l'idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria
- collaborare su richiesta dell'Università degli studi e dell'Ordine dei Medici alle problematiche relative alla didattica e al percorso per la laurea in Medicina e Chirurgia e per la pianificazione del tirocinio pratico pre-abilitazione
- collaborare a definire i criteri e i requisiti dei soggetti delegati alla formazione nel campo della Medicina Generale (Società Scientifiche, Enti organizzatori di eventi, etc.) nonché il rispetto da parte dei Provider dei criteri di accreditamento dei provider di AGENAS.

3. L'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale è composta dal Dirigente del Settore Organizzazione Personale e Formazione Risorse Umane, che la presiede, da quattro esperti di parte regionale oltre ad un funzionario regionale con veste di segretario verbalizzante senza diritto di voto, e da quattro medici di medicina Generale in rappresentanza delle OOSS firmatarie del vigente A.C.N. con il criterio di rappresentanza per consistenza associativa. Gli stessi potranno essere rappresentati con delega e potranno essere coadiuvati da altri medici secondo la materia oggetto di trattazione.

4. L'Area di formazione in medicina Generale nominerà un proprio rappresentante scelto dalla componente dei medici di medicina generale dell'Area stessa, nell'ambito del Comitato tecnico-scientifico per la formazione specifica in medicina generale di cui al D.M. del 7 Marzo 2006.

5. L'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale si riunisce su richiesta di una delle parti secondo le necessità e/o le esigenze emergenti entro e non oltre 30 giorni dalla richiesta.

6. Le determinazioni espresse in sede di riunione dell'Area di Formazione sono rimesse al Settore Organizzazione Personale e Formazione Risorse Umane della Direzione Controllo Attività Sanitarie per i relativi provvedimenti di competenza.

#### **Art. 41 - PIANO FORMATIVO AZIENDALE (PFA)**

1. In applicazione dell'articolo 26 dell'ACN, ogni ASL adotta-annualmente il Piano di Formazione Aziendale per i Medici di Medicina Generale

2. Presso ogni ASL il Comitato Aziendale nomina una commissione tecnica per la formazione continua in medicina generale con i seguenti obiettivi:

a. Rilevazione dei bisogni formativi dei medici di medicina generale e degli altri indirizzi e necessità di cui all'articolo 27 comma 3 ACN

b. Costruzione della proposta di Piano Formativo Aziendale (PFA) per la medicina generale, da adottare entro il 30 giugno di ogni anno, indicando per ogni corso gli obiettivi formativi e le modalità attuative

c. Verifica dei corsi realizzati

3. La commissione tecnica di cui al comma precedente, la cui composizione, durata e regolamentazione sono determinate dal Comitato Aziendale, è formata da medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria convenzionati nell'ASL e da pari numero di rappresentanti aziendali di parte pubblica.

4. La progettazione di ogni corso in ottemperanza al PFA è affidata a un medico animatore di medicina generale dell'elenco regionale di cui all'Articolo 42, con il supporto dell'ASL.

5. I corsi del PFA sono realizzati dagli animatori e dai docenti di cui all'articolo 42 del presente Accordo, in ottemperanza al PFA preferibilmente convenzionati presso la stessa ASL e comunque in Regione Piemonte.

6. Per i corsi di cui al presente comma l'ASL può svolgere la funzione di provider ECM ovvero incaricare un provider esterno ovvero svolgere la funzione di co-provider con un provider esterno; in ogni caso devono essere rispettati i criteri di accreditamento dei provider di AGENAS.

7. I corsi possono svolgersi come previsto dall'articolo 26 comma 7 del ACN in orario diurno o serale dal lunedì al sabato in accordo con le ASL. Le AFT garantiscono la continuità dell'assistenza per gli assistiti dei medici che partecipano ai corsi attraverso i medici che vi operano a ciclo di scelta o in attività oraria, eventualmente rinforzata a tale scopo.

8. In caso di partecipazione a corsi obbligatori di cui all'art 26 comma 8 ACN, il medico di assistenza primaria ad attività oraria è retribuito in quota oraria.

9. La Regione Piemonte può organizzare eventi di formazione continua per i medici di medicina generale attraverso l'Area di Formazione Regionale e nel rispetto dei principi dell'articolo 27 dell'ACN e dare mandato alle ASL di inserirli nell'PFA. Fatte salve tutte le prerogative che l'articolo 27 dell'ACN attribuisce ad altri enti.

## **Art. 42 - ELENCO REGIONALE DEGLI ANIMATORI DI FORMAZIONE E DEI DOCENTI DI MEDICINA GENERALE**

1. Fatte salve tutte le prerogative dell'articolo 27 del ACN in capo alla Regione e/o ad altri enti, è costituito l'elenco regionale degli animatori di formazione in Medicina Generale per la realizzazione dei corsi di cui all'articolo precedente e dell'attività seminariale del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.
2. L'elenco è tenuto dall'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale ed aggiornato al massimo ogni due anni e/o quando la Regione lo ritenga opportuno;
3. I medici di medicina generale interessati all'iscrizione nell'Elenco Regionale in argomento e in possesso dei requisiti previsti presentano i loro curricula nei termini e nelle modalità stabilite dall'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale;
4. Gli Animatori di formazione già presenti negli elenchi regionali attuali vengono riconfermati nella loro attività, salvo loro espressa volontà contraria.
5. In applicazione dell'articolo 27 comma 2 lettera c del ACN è costituito l'elenco regionale dei docenti in medicina generale per la realizzazione dei corsi di formazione di cui all'articolo 41 del presente AIR e dell'attività seminariale del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.
6. L'elenco è tenuto dall'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale ed aggiornato al massimo ogni due anni e/o quando la Regione lo ritenga opportuno.
7. I medici di medicina generale interessati all'iscrizione nell'Elenco Regionale in argomento e in possesso dei requisiti previsti presentano i loro curricula nei termini e nelle modalità stabilite dall'Area di Formazione Regionale per la Medicina Generale;
8. I docenti in medicina generale già presenti negli elenchi regionali attuali vengono riconfermati nella loro attività, salvo loro espressa volontà contraria.
9. La Regione si impegna ad organizzare corsi di formazione per formatori (animatori di formazione, docenti e tutor), da inserire negli elenchi, almeno ogni due anni.

#### **Art 43 - TRATTAMENTO ECONOMICO DI ANIMATORI, DOCENTI E TUTOR**

1. Gli animatori di formazione iscritti nell'elenco regionale per la realizzazione di ciascuna sessione di eventi formativi organizzati dalla Regione è riconosciuto un compenso forfettario, comprensivo del lavoro di preparazione, della sostituzione e delle spese di viaggio, pari a € 300,00 IVA esclusa.
2. I docenti in medicina generale iscritti nell'elenco regionale per la realizzazione di ciascuna sessione è riconosciuto un compenso forfettario, comprensivo del lavoro di preparazione, della sostituzione e delle spese di viaggio, pari a € 333,34 IVA esclusa.

3. Per la realizzazione di eventi formativi in modalità FAD, il compenso di cui ai commi 1 e 2 è riconosciuto all'animatore, in caso di presenza, e al docente in occasione di ogni revisione sostanziale (nuove evidenze scientifiche, nuove normative, ecc.) del materiale predisposto, il cui aggiornamento deve essere garantito oltre l'anno dal precedente.

4. Ai medici di medicina generale che svolgono funzioni di tutor nei confronti dei tirocinanti di cui al D. Lvo 277/2003 è riconosciuta un'indennità mensile di € 300,00. In caso di tirocinanti titolari di incarico temporaneo di assistenza primaria a ciclo di scelta, il tutor può scegliere di seguire, anche a distanza, fino a un massimo di tre tirocinanti contemporaneamente, di cui non più di uno ogni volta in presenza presso lo studio; in tale circostanza l'indennità mensile è determinata in € 500 in caso di due tirocinanti e in € 600 in caso di tre tirocinanti.

#### **Art. 44 - UCAD e CAP**

1. L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) prevede, in rappresentanza dei Medici di Medicina Generale la cui durata è pari a quella del referente di AFT:

- un rappresentante dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, eletto tra i referenti di AFT del Distretto da tutti i medici a ruolo unico;
- un rappresentante dei Medici di Assistenza Primaria con solo incarico ad attività oraria nel Distretto, componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, individuato dai medici che svolgono attività oraria nel Distretto.

I referenti di AFT, con funzione consultiva, possono partecipare su invito del Direttore di Distretto

2. L'organismo di cui all'articolo 45 commi dal 7 al 10 ACN vigente è definito Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva (CAP) ed è costituito come previsto dal comma 8 del citato articolo 45. Detta Commissione, nei tempi previsti, esamina preliminarmente i casi sottoposti dall'ASL, compresi quelli previsti dalla legge 425/96, e invia richiesta di controdeduzioni ai medici di cui rilevi comportamenti prescrittivi non conformi, avvenuti indicativamente non oltre i 12 mesi precedenti.

3. Le determinazioni dell'UCAD e della CAP sono valide nel rispetto della loro composizione. Il rappresentante decaduto viene sostituito tempestivamente con le medesime modalità.

4. La CAP, sulla base della rilevazione delle principali problematiche inerenti all'appropriatezza prescrittiva dei medici di medicina generale presso il Distretto, si fa promotrice di iniziative di informazione e formazione, anche attraverso la commissione di cui all'articolo 41 del presente AIR, nonché di proposte per il governo clinico di cui all'articolo 17 del presente AIR.

#### **Art. 45 - TAVOLO DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE**

1. Le parti convengono sull'opportunità di mantenere il tavolo di confronto permanente (Ex Art 29 AIR 2006) che permetta maggior agilità e velocità decisionale e parallelo ottimale approfondimento tecnico in merito ai temi ed agli obiettivi che il vigente ACN affida alla contrattazione regionale e quindi all'organizzazione dell'assistenza sul territorio, al tema dell'appropriatezza prescrittiva anche in rapporto ai carichi burocratici inutili ed a quello della domiciliarità. Il tavolo permanente di confronto, monitoraggio e valutazione, presieduto dall'Assessore alla sanità regionale o da suo delegato è formato pariteticamente da rappresentanti delle Aziende Sanitarie e dal Responsabile del Settore Regionale Assistenza Ospedaliera e Territoriale, competente per materia e da rappresentanti delle OOSS di categoria, firmatarie del presente AIR analogamente a quanto previsto per la formazione del tavolo di trattative del presente AIR.

2. Per le eventuali implicazioni di categorie diverse da quelle rappresentate dalle OOSS della Medicina Generale, la parte regionale potrà convocare le relative rappresentanze sindacali di categoria.

Il tavolo permanente di confronto, monitoraggio e valutazione si articola su quattro settori

- A. obiettivi della negoziazione regionale: realizzazione degli obiettivi fissati dal presente AIR, in particolare rispetto alla realizzazione delle AFT e del Ruolo Unico e al monitoraggio del fondo aziendale di AFT e per i fattori produttivi.
- B. appropriatezza prescrittiva e burocratica: coinvolgimento e responsabilizzazione in campo di appropriatezza , di tutti i soggetti prescrittori del SSN; rimozione degli ostacoli burocratici diagnostico terapeutici; rimozione dei doppi percorsi terapeutici e assistenziali del paziente; integrazione ospedale e territorio; realizzazione di iniziative sperimentali e monitorate mirate all'estensione dell'affidamento del ricettario SSN anche a soggetti prescrittori diversi operanti nell'ambito del SSN. Forme di responsabilizzazione del settore specialistico privato, in merito alla prescrizione.
- C. cure domiciliari: definizione e risoluzione delle problematiche inerenti l'ADP, l'ADI, le RSA; definizione delle linee-guida regionali su Case e Ospedali di Comunità.

D. liste d'attesa: introduzione di modelli operativi sperimentali basati su nuove tecnologie e schemi organizzativi per mantenere risposte appropriate sul territorio e attenuare le liste d'attesa; stabilire reti ospedale-territorio.

3. Potrà essere convocato dalla parte pubblica o anche su richiesta solo da una delle OOSS di categoria avente titolo.

4. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente e di successivi AIR, il tavolo permanente di confronto, monitoraggio e valutazione di cui al presente articolo si riunisce integrato da almeno 1 rappresentante individuato da ogni ASL della Regione Piemonte avente funzioni di programmazione territoriale per l'assistenza primaria e di gestione dei rapporti con il personale convenzionato. Il Tavolo Permanente così integrato ha l'obiettivo di analizzare la normativa di recente pubblicazione al fine di garantire omogeneità di interpretazione e di applicazione su tutto il territorio regionale, ridurre il ricorso al Comitato Regionale per l'interpretazione autentica e agevolare la successiva redazione degli Accordi Aziendali.

## **NORME FINALI**

### **Norma finale 1**

In caso di subentro a un medico facente parte di una medicina di gruppo, l'indennità di gruppo e le eventuali indennità per il collaboratore di studio e/o l'infermiere sono attribuite al nuovo medico che ne fa richiesta. Le domande per subentro, sia nella forma associativa sia nel personale studio, dovranno essere inviate a mezzo PEC nel termine perentorio di tre mesi dalla data di cessazione o trasferimento del rapporto convenzionale, se non già inviate precedentemente alla cessazione stessa

### **Norma finale 2**

Nel caso in cui la decadenza di una medicina di gruppo per numero di medici inferiore a 3 venga evitata grazie al subentro di un medico con incarico a tempo determinato ex Art 37 ACN, il gruppo viene mantenuto fino all'ingresso di un medico con incarico a tempo indeterminato o temporaneo.

### **Norma finale 3**

Annualmente le ASL devono comunicare agli uffici competenti della Regione:

- Numero e composizione delle AFT
- Numero di Medicine di Gruppo all'interno delle AFT
- Numero di medici a cui viene erogato l'incentivo per il collaboratore di studio
- Numero di medici a cui viene erogato l'incentivo per l'infermiere

### **Norma finale 4**

Le ASL provvedono allo smaltimento dei rifiuti pericolosi prodotti negli ambulatori di tutti i medici di medicina generale, senza oneri a carico dei medici.

### **Norma finale 5**

Le indennità relative ai lavori connessi alla partecipazione a commissioni e gruppi di lavoro in ambito aziendale, di cui al presente Accordo, possono essere integrate in base a quanto previsto da accordi aziendali compatibilmente con le risorse assegnate.

### **Norma finale 6**

Al medico che instaura il rapporto convenzionale a ciclo di scelta a tempo determinato o temporaneo o indeterminato è riconosciuto, una sola volta, il concorso spese attestante l'acquisizione del modulo di interoperatività nei termini e nei limiti previsti dalla lettera C) dell'Accordo del 22 luglio 2016 di cui alla DGR 18-4011 del 3 ottobre 2016.

### **Norma finale 7**

Nel caso in cui il medico che accetta l'incarico di assistenza primaria non apra lo studio nei termini di cui all'art 33 ACN vigente, la Regione assegna l'incarico rimasto vacante attraverso nuova convocazione dei medici che ne avevano fatto richiesta, presenti nella medesima graduatoria definitiva, interpellati in ordine di punteggio.

### **Norma finale 8**

Entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente AIR, l'articolo 37 "Attività di Prevenzione" andrà ridefinito negli aspetti organizzativi e di valorizzazione economica.

### **Norma finale 9**

Entro 3 mesi successivi all'entrata in vigore del presente Accordo, lo stesso sarà integrato con le parti già definite dal tavolo di trattativa regionale relative al Capo III Emergenza Sanitaria Territoriale (EST) ivi compresa la disciplina delle funzioni dei medici EST per l'attività nelle UCA (Unità di Continuità Assistenziale); Capo IV Assistenza negli istituti penitenziari; provvedimenti urgenti per far fronte all'emergenza legata alla carenza dei medici di assistenza primaria a ciclo di scelta, con particolare riferimento all'assistenza in RSA.

### **Norma finale 10**

Le parti si impegnano a rimodulare e implementare le modalità e la remunerazione delle attività di cui agli allegati 8 e 9 dell'ACN vigente come previsto dall'articolo 9 dell'Allegato 8 e dall'articolo 11 dell'allegato 9.

### **Norma finale 11**

La Regione, per sua competenza, entro il 31 dicembre di ogni anno, con opportuno provvedimento aggiorna l'elenco e le caratteristiche dei coordinatori del corso di formazione specifica di medicina generale.

### **Norma finale 12**

ADP-PID: CURE DOMICILIARI TERRITORIALI (presa in carico domiciliare, in corso di definizione con AGENAS)

Al fine di ampliare l'offerta delle cure domiciliari territoriali e lo sviluppo delle prestazioni sanitarie a domicilio per tutti i pazienti over 65 pluri-patologici o con gravi difficoltà ad accedere ai servizi territoriali o con patologie temporaneamente invalidanti, al fine di implementare l'assistenza territoriale e ridurre l'accesso in pronto soccorso e alle strutture sanitarie territoriali, la Regione Piemonte, in accordo con le organizzazioni sindacali istituisce, in aggiunta a quanto già previsto dall'ACN (ADI, ADP, SID, ecc), il progetto di presa in carico domiciliare PID.

L'ADP-PID si configura come una nuova organizzazione assistenziale domiciliare dove il Medico di Medicina Generale, titolare del rapporto di fiducia col paziente, stabilisce il piano assistenziale e coordina la presa in carico domiciliare anche

attraverso il supporto di sistemi informatici di telemedicina e/o la collaborazione di figure professionali in carico al medico. Questa nuova forma di assistenza consente di implementare l'assistenza territoriale fornita al cittadino ottimizzando le risorse in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni.

Per i pazienti ultra65enni che rientrano nelle fattispecie di cui sopra, il Medico di Medicina Generale può proporre al Distretto l'attivazione del servizio di ADP-PID, della durata di un anno, rinnovabile, qualora non presente già altro servizio domiciliare.

Per l'attivazione e il rinnovo, il medico redigerà la scheda multidimensionale (art. 13 comma 2 AIR 2006) per la presa in carico del paziente, su idoneo portale e per la cui compilazione e monitoraggio gli verrà corrisposta una somma di 75 euro (l'attivazione della scheda è contestuale all'avvenuta prima visita domiciliare).

Il medico che attiverà la ADP-PID (presa in carico domiciliare) si impegna a effettuare da un minimo di 4 visite ad un massimo di 6 domiciliari annuali di controllo, garantendo in aggiunta un monitoraggio clinico mensile anche attraverso l'utilizzo di sistemi informatici (televisite), consulti telefonici e/o accessi da parte di personale sanitario in carico al MMG, al fine di confermare e/o modificare il piano assistenziale domiciliare. Qualora le condizioni cliniche del paziente richiedessero un incremento del numero delle visite domiciliare e dell'intensità di presa in carico, si procederà all'attivazione di altro tipo di assistenza territoriale (ADI/ADP, ecc.) questo dovrà essere concordato con il Distretto.

A ogni visita domiciliare PID il medico, oltre a quanto già previsto nell'ACN vigente allegato 8 art. 1:

- registrerà sull'idoneo portale l'avvenuta visita per la rendicontazione;
- aggiornerà la propria scheda sanitaria informatizzata e registrerà le prestazioni effettuate, per consentire il successivo aggiornamento del fascicolo sanitario elettronico e/o sistemi informatizzati conseguenti (come previsto da ACN art.6 comma 2).

Per ogni visita domiciliare ADP-PID comprensiva della presa in carico complessiva del paziente verrà corrisposta al medico una somma di 40 euro.

Per i pazienti per i quali è attiva la ADP-PID, è possibile richiedere in maniera concordata col distretto, accessi da parte di personale infermieristico del distretto stesso, visite specialistiche domiciliari e esami strumentali a domicilio con refertazione anche sul FSE.

Alla scadenza dell'annualità, qualora persistessero le condizioni che hanno determinato l'attivazione del servizio, la ADP-PID potrà essere rinnovata con la redazione di una nuova scheda multidimensionale.

## **NORME TRANSITORIE**

### **Norma transitoria 1**

1. Entro il 31 dicembre 2024 su tutto il territorio regionale la Regione definisce e istituisce le AFT ai sensi dell'Art 8 e dell'Art 29 dell'ACN vigente, anche attraverso la revisione degli ambiti territoriali, con le modalità previste dai seguenti articoli.

2. Le ASL, con Accordo Aziendale, individuano le AFT che rappresentano l'evoluzione delle Equipe di Assistenza Territoriale (EAT) di cui agli Art. 9 e 10 dell'AIR 2006, possibilmente attraverso il mantenimento o la confluenza delle precedenti Equipe, nel rispetto dei criteri di cui ai punti successivi.

a) Gli studi dei Medici di Assistenza Primaria che afferiscono alla medesima AFT sono ricompresi in aree omogenee identificabili geograficamente (quartieri, circoscrizioni, comuni, comunità, zone, valli, etc.).

b) Ove possibile, deve essere realizzata la coincidenza tra AFT e ambito territoriale, al fine di realizzare maggiore omogeneità del bacino di utenza nonché per agevolare la rilevazione e l'assegnazione delle carenze.

c) In relazione al punto precedente, si consideri principalmente la coincidenza degli ambiti costituiti da Comuni o insieme di Comuni con popolazione complessiva non superiore a 30.000 abitanti; in ambiti e Comuni con popolazione superiore a 30.000 abitanti possono essere costituite da più AFT

d) in armonia e coerenza con le caratteristiche territoriali, è opportuno prevedere la confluenza di ambiti di ridotte dimensioni per raggiungere un bacino di utenza preferibilmente compreso tra i 20.000 e i 30.000 abitanti.

e) in particolari situazioni geografiche caratterizzate da elevata dispersione territoriale della popolazione, l'ambito, come previsto dall'Art 32 comma 5 dell'ACN vigente, può interessare una popolazione di almeno 7.000 residenti e comunque non inferiore a 5.000 residenti. In tal caso l'AFT coincide con l'ambito, anche per popolazione inferiore a quanto previsto dal precedente punto d).

f) In determinate realtà a carattere urbano ad alta densità abitativa, le AFT possono assistere un numero di residenti maggiore di 30.000, ma non superiore a 45.000.

g) per il computo degli assistiti afferenti alle AFT si intende la popolazione residente complessiva, di ogni fascia di età, anche pediatrica, dei comuni interessati.

h) I medici di assistenza primaria a ciclo di scelta che all'entrata in vigore del presente Accordo fanno parte di una medicina di gruppo o gruppo/rete ai sensi della DGR 8-3818 del 24 settembre 2021 aderiscono alla medesima AFT fatto salvo quanto previsto art 20 comma 13.

i) Entro il 1° gennaio 2025, i medici di assistenza primaria ad attività oraria aderiscono alla AFT di riferimento sulla base del disposto di cui alla norma transitoria 2.

3. L'individuazione delle AFT definita dagli Accordi Aziendali viene sottoposta al parere del Comitato Regionale per la Medicina Generale e successivamente approvata con atto della Regione Piemonte.

## **Norma transitoria 2**

Per la costituzione delle AFT prevista dal presente Accordo, al fine di identificare i medici che svolgono l'attività oraria in ciascuna di esse per soddisfare il fabbisogno individuato con l'Accordo Aziendale, si procede nel seguente modo:

- 1) medici già titolari di incarico a tempo indeterminato o temporaneo di assistenza primaria a ciclo di scelta e di attività oraria in favore della popolazione di riferimento della medesima AFT
- 2) medici già titolari di incarico a tempo indeterminato o temporaneo per la sola assistenza primaria ad attività oraria svolta in favore della popolazione di riferimento della medesima AFT
- 3) medici già titolari di incarico a tempo indeterminato o temporaneo di assistenza primaria ad attività oraria nel medesimo distretto in cui svolgono l'attività a ciclo di scelta, attraverso la riconduzione dell'attività oraria nell'AFT dove svolgono attività a ciclo di scelta.
- 4) medici già titolari di incarico a tempo indeterminato o temporaneo di assistenza primaria ad attività oraria nella medesima ASL in cui svolgono l'attività a ciclo di scelta, attraverso la riconduzione dell'attività oraria nell'AFT dove svolgono attività a ciclo di scelta.
- 5) medici già titolari di incarico a tempo indeterminato o temporaneo di assistenza primaria ad attività oraria in favore di popolazione differente rispetto a quella di riferimento dell'AFT in cui svolgono l'attività a scelte e che non hanno optato per la riconduzione di cui ai punti 3 e 4.

Una volta completate le procedure di cui ai punti precedenti, le ore rimaste vacanti di ogni AFT vengono confermate ai medici con incarico a tempo determinato per l'assistenza primaria ad attività oraria già operanti in favore della medesima popolazione di riferimento. Tali medici sono assegnati a tutti gli effetti a tale AFT.

Nel caso in cui l'Accordo Aziendale attribuisca all'AFT un monte ore tale da non consentire l'assegnazione nel medesimo ambito di provenienza a tutti medici già operanti nell'ASL, il Comitato Aziendale definisce le modalità per garantire il rispetto degli incarichi convenzionali in essere.

## **Norma transitoria 3**

Nelle more della costituzione delle AFT, fino al 31 dicembre 2024 le disposizioni di cui agli AIR elencati all'articolo 1 del presente Accordo restano vigenti.

#### **Norma transitoria 4**

I medici dell'ASL Città di Torino con autolimitazione del massimale inferiore a 1300 possono mantenere la medesima limitazione del massimale in atto all'entrata in vigore del presente Accordo.

#### **Norma transitoria 5**

Per il computo dei LAP della Gestione Integrata del Diabete del periodo 1° agosto 2024 – 31 luglio 2025, si fa riferimento alla composizione delle Equipe di Assistenza Territoriale previgente.

#### **Norma transitoria 6**

Ferma restando la costituzione delle AFT entro il 31 dicembre 2024, il fondo di cui all'articolo 25 comma 3 sarà erogato insieme con le competenze relative al mese di gennaio 2025.

#### **Norma transitoria 7**

Le scelte in deroga al massimale di 1500 assistiti, di cui all'art 38 comma 1 ACN vigente, possono essere autorizzate, previa accettazione del medico, per un tempo determinato di sei mesi rinnovabili, fino al perdurare della carenza di assistenza che ne ha resa necessaria la proposta. Tali scelte devono essere inserite in uno specifico elenco separato, con data di scadenza semestrale, rinnovabile. Il tetto massimo di scelta per il Medico è di 1800 assistiti, comprese le scelte di cui all'Art 38 comma 3 ACN. In caso di convenzionamento di uno o più medici con incarico a tempo indeterminato o temporaneo o provvisorio in grado di acquisire le scelte di cui alla presente norma le stesse decadono con effetto immediato, per consentire all'assistito di esercitare la propria scelta.

#### **Norma Transitoria 8**

È prevista comunque, nella fase iniziale di avvio, dall'entrata in vigore dell'AIR per la durata di un anno, con apposita delibera in comitato aziendale, la deroga a questo articolo al fine di consentire un equo riparto dei medici delle precedenti forme associative in quelle nuove, in fattispecie nel caso di medici afferenti a forme associative in distretti differenti confinanti.

## **DICHIARAZIONE A VERBALE**

In considerazione della complessità innovativa dei temi trattati nonché dell'entrata in vigore a regime, con l'ACN vigente, dell'accesso alla convenzione a ruolo unico dal 2025, le parti si impegnano ad aggiornare il presente accordo in tempo utile per consentire la pubblicazione delle carenze di assistenza primaria dell'anno 2025 nei termini previsti. Il presente accordo sarà nel frattempo attuato gradualmente al fine della realizzazione delle AFT, nei limiti delle risorse umane rappresentate dai medici convenzionati a ciclo di scelta e ad attività oraria.

## ALLEGATO 1

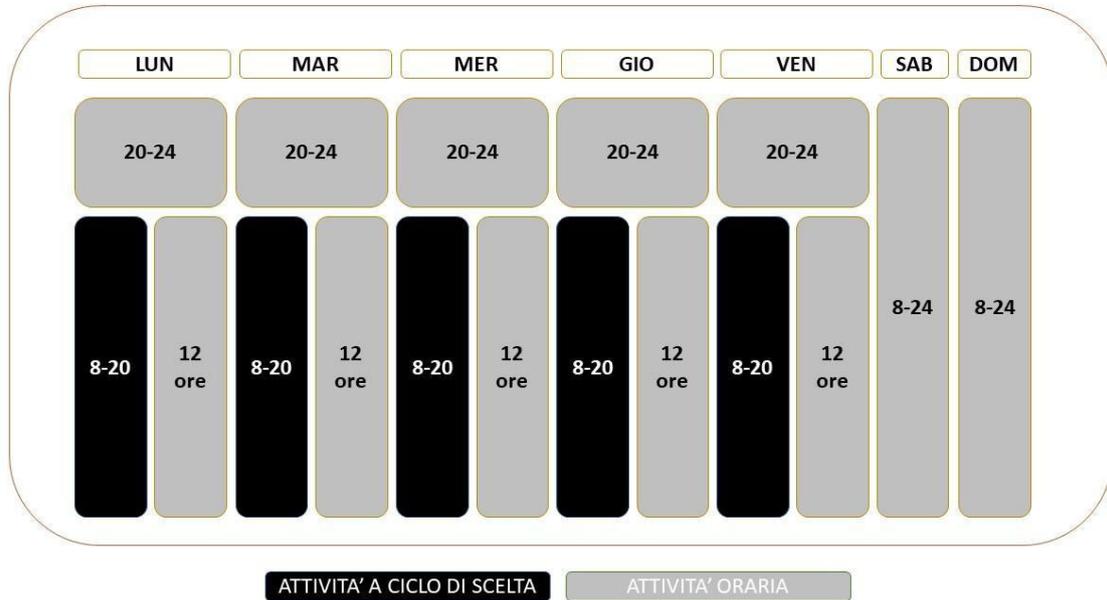
### FESTIVITA' STRAORDINARIE

- 1° gennaio
- 6 gennaio
- Pasqua
- Lunedì di Pasqua
- 25 aprile
- 1° maggio
- 2 giugno
- 15 agosto
- 1° novembre
- 8 dicembre
- Natale
- S. Stefano
- Festa Patronale

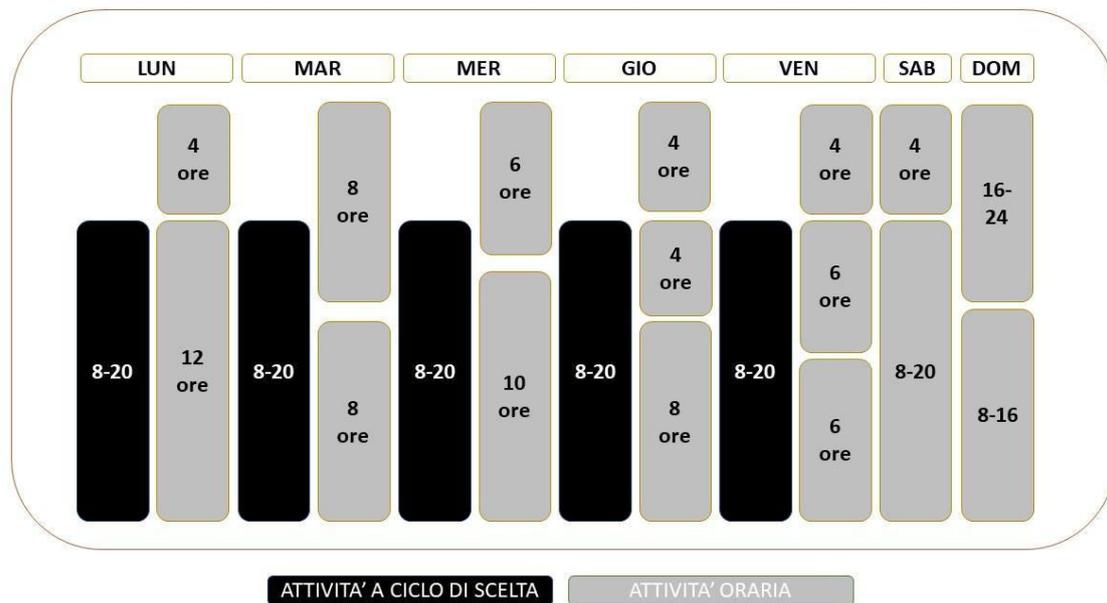
## ALLEGATO 2

### Schema AFT

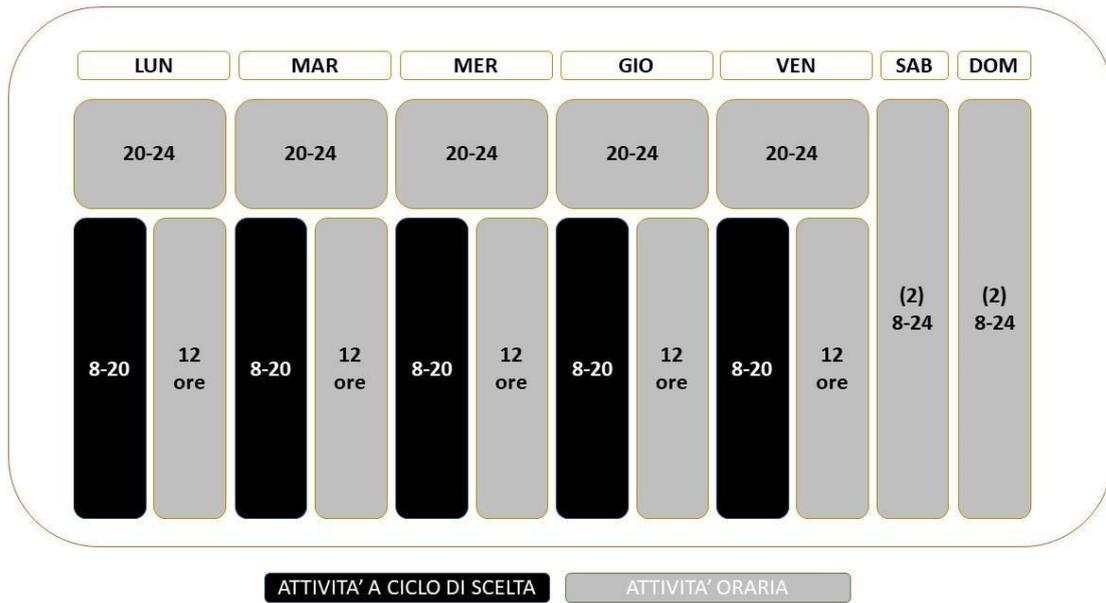
AFT < 22.500 ABITANTI CON 1 MEDICO A ATTIVITA' ORARIA FESTIVO E PREFESTIVO DIURNO



ESEMPLIFICAZIONE NON ESAUSTIVA DI ORGANIZZAZIONE DEI TURNI DELL'ATTIVITA' ORARIA DELL'AFT

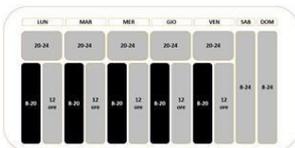


AFT > 22.500 ABITANTI CON 2 MEDICI A ATTIVITA' ORARIA FESTIVO E PREFESTIVO DIURNO

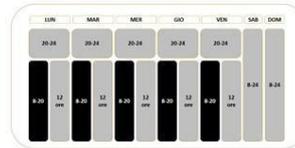


## DISTRETTO

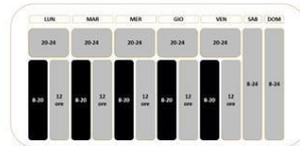
**CDC: 1 MEDICO AD ATTIVITA' ORARIA 24-8 DAL LUNEDI ALLA DOMENICA**



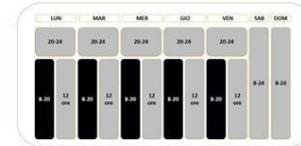
AFT 1



AFT 3



AFT 2



AFT 4

### ALLEGATO 3 – MODULO SOSTITUZIONE MEDICO ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA

Alla cortese attenzione dell'ASL \_\_\_\_\_

#### Parte riservata al medico titolare

Il/La sottoscritt\_ Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, in qualità di medico convenzionato per l'assistenza primaria a ciclo di scelta con codesta ASL, dichiara con la presente che a far data dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (totale giorni \_\_\_\_\_) verrà sostituito dal/dalla Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi:

*(da compilare barrando la relativa voce)*

- art. 22, comma 1, lettera \_\_\_\_\_ ACN del 04/04/2024 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera e);
- art. 22, comma 2, lettera \_\_\_\_\_ ACN del 04/04/2024 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera e);
- art. 22, comma 3, lettera \_\_\_\_\_ ACN del 04/04/2024 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera d);
- art. 22, comma 5, ACN del 04/04/2024; (gravidanza – puerperio)
- art. 22, comma 6, ACN del 04/04/2024 (non superiore a 30 gg. lavorativi) (ristoro psico-fisico)

A tal fine, si impegna ad informare i propri assistiti sulla durata, sulle modalità di sostituzione e sul medico sostituito.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma (medico titolare)

Alla cortese attenzione dell'ASL \_\_\_\_\_

### Parte riservata al medico sostituto

Il/La sottoscritt Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. di (\_\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_ in Via/C.so \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ in qualità di medico sostituto del Dr./Dr.ssa  
\_\_\_\_\_ dichiara con la presente di:

- non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21 dell'ACN del 04/04/2024;
- di essere in possesso dei requisiti previsti dall'Art. 36 comma 1;
- di svolgere l'attività di sostituzione con i seguenti orari e sede di esercizio:  
*(da compilare solo in caso di variazione rispetto all'orario e alla sede del medico titolare)*

Lunedì	dalle _____ alle _____ (mattino)	dalle _____ alle _____ (pomeriggio)
Martedì	dalle _____ alle _____ (mattino)	dalle _____ alle _____ (pomeriggio)
Mercoledì	dalle _____ alle _____ (mattino)	dalle _____ alle _____ (pomeriggio)
Giovedì	dalle _____ alle _____ (mattino)	dalle _____ alle _____ (pomeriggio)
Venerdì	dalle _____ alle _____ (mattino)	dalle _____ alle _____ (pomeriggio)

- sede di esercizio in Via/C.so \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

*Per "mattino" si considera la fascia oraria ante meridiem, ossia con inizio entro le ore 12, per "pomeriggio" si considera la fascia oraria post meridiem, ossia con inizio dopo le ore 12.*

Per la suddetta attività dichiara, inoltre, di:

- essere a conoscenza delle norme che regolano il rapporto di lavoro del medico di assistenza primaria e di assicurarne la puntuale applicazione;
- essere al corrente della normativa sulla privacy e di impegnarsi al legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti affidati alle proprie cure;
- conoscere il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico titolare e di essere in grado di utilizzarlo correttamente;
- aver preso atto dell'assetto organizzativo dell'attività dello studio medico e di impegnarsi a curarne il puntuale svolgimento secondo la disponibilità strutturale e gli standards assistenziali richiesti per il medico titolare.
- impegnarsi a comunicare all'ASL ogni eventuale variazione di sede e di orari.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma (medico sostituto)