

PREMESSA

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, 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.

Visto 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.

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

Visto 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.

Visto il Decreto dell'Assessore per la Salute n. 605 dell'11/06/2025 pubblicato su GURS n. n. 27 del 20/06/2025, con il quale la Regione Sicilia ha istituito le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) su tutto il territorio regionale (ex art. 8 co. 2 lett. a) dell'ACN 2019/2021) e ne ha definito il modello organizzativo (ex art. 2 co.2 dell'ACN 2019/2021)

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA DEL RUOLO**

UNICO

Anno 2025

INDICE

NORME FINALI

NORME TRANSITORIE

DICHIARAZIONE A VERBALE

CAPO I - DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE

1. Il presente Accordo Integrativo Regionale (AIR) regola, ai sensi dell'ACN 2019-2021, vigente, il rapporto di lavoro convenzionato dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria nelle ASP della Regione Sicilia.
2. Il presente documento assume i contenuti dell'ACN 2019-2021 e dà, tra le altre cose, specifica trattazione ai seguenti argomenti:
 - Il Ruolo Unico della Medicina Generale
 - Modalità di attuazione del modello organizzativo regionale adottato con D.A. n. 605 dell'11/06/2025 pubblicato in GURS n. 27 del 20/06/2025
 - Gli obiettivi prioritari e gli indicatori di risultato delle AFT
 - La metodologia di valorizzazione e di distribuzione della parte variabile degli emolumenti dei medici di Medicina Generale del Ruolo Unico legati ai risultati di AFT.
 - La figura del Referente AFT: compiti, remunerazione e attribuzione dell'incarico
3. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) previste dall'ACN 2019-2021, sono quelle di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189 e sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.
4. Con Decreto Assessoriale n. 605 dell'11/06/2025 la Regione Siciliana, secondo le indicazioni dell'ACN vigente, ha istituito le AFT sul territorio e ne ha definito il modello organizzativo; il presente accordo dà attuazione a quanto stabilito dalla programmazione regionale, la cui realizzazione è di fondamentale importanza per l'evoluzione dell'intero sistema territoriale della Medicina Generale e per l'introduzione del Ruolo Unico.
5. Il presente accordo dà anche indicazioni sull'integrazione dell'attività dei Medici di Medicina Generale con le Case della Comunità (CdC), con gli Ospedali di Comunità (OdC) e con il 116117 previsti dal PNRR e dal DM 23 maggio 2022 n°77
6. Inoltre, il presente accordo 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 e dal DM 29 luglio 2022, "Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. (22A05489) (GU Serie Generale n.226 del 27-09-2022) al fine di far fronte al fabbisogno di strumentazione di diagnostica di primo livello nelle sedi uniche di AFT e in subordine negli 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

Art. 2 – IL RUOLO UNICO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

1. La figura del medico del Ruolo Unico dell'assistenza primaria è delineata, nella sua evoluzione, dall'art. 31 co 1, dell'ACN 2016-2018 (sottoscritto nel 2022) che prevede che i medici già titolari di incarico di: a) Assistenza Primaria; b) Continuità Assistenziale assumono

la denominazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria e dall'art. 31 co. 1 e co. 3 dell'ACN 2019-2021 (sottoscritto nel 2024) che, invece, segna il passaggio dalla denominazione all'assunzione dell'incarico di ruolo unico di assistenza primaria per coloro che, con un rapporto a tempo indeterminato a scelta e/o ad attività oraria, accettano il completamento orario su proposta dell'Azienda, secondo i fabbisogni rilevati. Tale incarico comporta, parimenti ai nuovi incarichi, un impegno a tempo pieno, con progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria

Art. 3 - RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE DEI MEDICI A RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

1. Con il presente documento si confermano i parametri di determinazione delle zone carenti di cui all'art. 32 co 2 ACN 2019-2021
2. Espletate le procedure di cui all' art. 32 co 2 dell'ACN vigente, l'Azienda, secondo la metodologia di calcolo ivi prevista, rilevata la carenza assistenziale, propone ai medici, già titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta all'entrata in vigore dell'ACN (04/04/2024), il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario. Ai medici, già titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario (24 ore), l'Azienda propone il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente ricompreso nella AFT di riferimento, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'articolo 38, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale.
3. Espletate le procedure di cui al precedente comma 2 del presente articolo, l'Azienda, sentito il Comitato Aziendale, trasmette le carenze al DPS dell'Assessorato della Salute in tempo utile per la pubblicazione che deve avvenire entro il 31 marzo dello stesso anno. Contestualmente, sentito il Comitato Aziendale, l'ASP trasmette l'indicazione della zona, all'interno della AFT, in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale con l'apertura dello studio, come previsto dall'Art 34 comma 2 dell'ACN vigente. Per "zona" si intende una parte identificabile dell'AFT (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.

Art. 4 - FABBISOGNO REGIONALE E AZIENDALE PER L'ATTIVITA' ORARIA

1. Fermo restando l'obbligo di garantire il rapporto ottimale di un medico ore ogni 5000 abitanti definito dall'articolo 32 comma 1 del previgente ACN 28 aprile 2022 in fase di prima applicazione al fine di garantire la continuità assistenziale in atto esistente fino alla riqualificazione della nuova rete aziendale dei presidi di ex C.A, le Aziende hanno la facoltà di conferire incarichi provvisori per dette postazioni utilizzando i criteri di cui all'ACN vigente, secondo il fabbisogno rilevato dall'Azienda. **Gli incarichi conferiti con detta modalità cessano comunque al 30 settembre 2026**

Art. 5 - GRADUATORIA REGIONALE

1. Le procedure per la definizione della Graduatoria Unica Regionale per il Ruolo Unico della

Medicina Generale sono disciplinate dall'art. 19 dell'ACN vigente.

2. Ai fini della determinazione del punteggio, si applica quanto previsto all'art 20 comma 4 ACN vigente.

Art. 6 - GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA'

1. Dal 1 al 31 gennaio di ogni anno ogni ASP pubblica sul Gazzetta Regionale 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 ASP, 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 Ruolo Unico di Medicina Generale, 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 Sicilia;
 - d. medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
 - e. medici iscritti a un corso di specializzazione universitaria anche se in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale
2. L'incarico viene proposto, all'interno dell'ordine di priorità della graduatoria (a, b, c, d, e), prioritariamente ai medici residenti nell'ambito territoriale dell'AFT, nell'ASP, nella Regione Siciliana ed infine fuori Regione Sicilia. 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.
3. 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 Ruolo Unico di Medicina Generale nel caso di esaurimento della graduatoria ordinaria.

Art. 7- INCARICHI A TEMPO DETERMINATO A RUOLO UNICO DI MEDICINA GENERALE

1. Nelle more dell'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato a ruolo unico di Medicina Generale dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili in un data AFT, l'ASP, 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'ASP al persistere dell'impossibilità di presa in carico da parte degli altri medici dell'AFT. 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 della medesima AFT. Qualora non scatti la zona carente, al fine di evitare che una quota di popolazione resti

priva di assistenza, nel caso in cui il Comune sia privo di assistenza, i medici ricompresi all'interno dell'AFT devono farsi carico di detta popolazione garantendo l'apertura di uno studio in un ambulatorio messo a disposizione dell'azienda per un numero di ore proporzionale al numero di assistiti nelle more dell'apertura di uno studio da parte di uno dei medici ricompresi all'interno dell'AFT.

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 AFT e tuttavia risulti sufficiente disponibilità di scelte da parte di medici della stessa AFT 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, ai sensi dell'ACN vigente a conferisce un incarico a tempo determinato con apertura dello studio nell'area di AFT carente, al fine di garantire assistenza di prossimità; alternativamente può proporre ai medici dell'ambito l'apertura temporanea di uno studio medico nell'area carente.
3. Il Medico con incarico a tempo determinato aderisce all'AFT e partecipa a tutte le attività previste dal presente Accordo, accedendo alle risorse dei fondi aziendali dei fattori produttivi delle AFT
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 I) 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. 8 - SOSTITUZIONI DEL MEDICO A RUOLO UNICO DI MEDICINA GENERALE

1. La sostituzione del medico a ruolo unico di Medicina Generale 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'ASP 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 il Referente dell'AFT richiede ai componenti della stessa la disponibilità ad effettuare la sostituzione ed in subordine estende la richiesta ai referenti delle AFT limitrofe. Nel caso di impossibilità di sostituzine con documentazione del rifiuto da parte dei medici interpellati, il referente di AFT ne dà comunicazione all'ASP 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. l'Azienda ottempererà con le modalità previste dall'art. 36 co 12 dell'ACN vigente, per ogni singolo sostituto per la quota parte ad esso destinata.

Art. 9 - CARENZA ASSISTENZIALE ORARIA E INCARICHI A TEMPO DETERMINATO

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 ASP 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 ASP 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. 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.

Art. 10 - SOSTITUZIONI ATTIVITA' ORARIA

1. In caso di imprevista e improvvisa impossibilità a svolgere l'attività, il medico ad attività oraria 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 il Referente dell'AFT che provvederà a trovare il sostituto. Se il Referente non riesce a trovare il sostituto tra i medici dell'AFT, lo comunicherà all'ASP che provvederà a interpellare i Referenti delle AFT viciniori e infine procederà, per la sostituzione, ai sensi dell'Art 36 comma 5 dell'ACN

2. 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 ASP scorrono la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all' 5 del presente AIR. Il medico che accetta la sostituzione non viene cancellato dalla graduatoria aziendale in vigenza in quanto mantiene il diritto di ricevere proposta di incarico a tempo determinato, se resosi necessario presso l'ASP, anche durante la sostituzione la quale, nel caso, verrà affidata ad altro medico.

Art. 11 - SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI

In caso di sospensione dagli incarichi superiore a 3 giorni, il medico di Medicina Generale a Ruolo Unico ne dà comunicazione al Referente AFT che provvederà alla sostituzione come indicato negli articoli precedenti.

Art. 12 - MASSIMALI DI SCELTA

1. I massimali di scelta sono quelli indentificati e disciplinati nell'ACN 2019/2021.
2. L'incarico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria viene conferito fino ad un massimale di 1500 assistiti ex art. 38 ACN vigente.
3. 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 pregresse 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. commi 4, 5, 6 sono acquisibili solo previa formale accettazione scritta del medico. In ogni caso non è consentito superare le 1800 scelte complessive.
4. Il massimale orario è pari a 24 ore settimanali, per i per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale per gli incarichi a tempo determinato.

Art. 13 - COMITATO AZIENDALE E RAPPRESENTATIVITA'

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 composizione della Commissione Formazione Aziendale per la Medicina Generale 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'ASP per l'UPD. Il successivo incarico segue la medesima procedura.
4. Per l'attività negoziale a livello aziendale si rimanda all'ACN art. 3 co.5 che definisce l'ambito di azione dell'attività negoziale e art. 15 co. 4 e co. 5 che ne regolamentano la rappresentatività.

Art. 14 - 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, a titolo di rimborso forfettario delle spese di viaggio e sostituzione è riconosciuta:
 - una indennità di partecipazione di € 100 per un impegno pari a una giornata

- una indennità di spostamento pari all'importo identificato per le spese di viaggio nella pubblica amministrazione.
2. Al referente AFT, componente di diritto dell'Ufficio di Coordinamento Distrettuale, di cui all'art. 45 co 8 dell'ACN vigente (nel caso in cui in un distretto insistano più AFT, per la partecipazione alla UCAD sarà individuato/eletto un unico referente di AFT), sono riconosciute per le attività da esse derivanti:
 - una indennità di partecipazione di € 100 per i lavori direttamente connessi a ciascuna riunione dell'Ufficio di Coordinamento Distrettuale dell'organismo di cui all'articolo 45 comma 8.
 3. I compensi di cui al presente articolo sono a carico delle Aziende nell'ambito della quale operano i singoli medici.

CAPO II - AFT

Art. 15 - DEFINIZIONE DELLE AFT

1. Fatto salvo quanto previsto all'art. 29 dell'ACN 2019-2021, l'AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189 – costituisce l'aggregazione organizzativa monoprofessionale che persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.
2. Al fine di espletare i propri compiti e funzioni, il medico del ruolo unico di assistenza primaria svolge la propria attività individualmente e in integrazione della propria AFT (art. 43 co. 2 ACN); a questa afferiscono tutti i Medici di assistenza primaria (che assumano o meno l'incarico del Ruolo Unico), quale condizione irrinunciabile per l'accesso e il mantenimento della convenzione – ex art. 43 co.4 ACN) - per assistere un bacino di popolazione omogeneo per collocazione geografica e accessibilità ai servizi sanitari. La AFT diviene la nuova formula associativa della medicina generale: i medici sono connessi tra loro mediante una struttura informatico telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure (art. 29 co 9 ACN)
3. Il modello organizzativo delle AFT e la loro istituzione sono stati definiti dalla Regione con D.A. n. 605 dell'11/06/2025 pubblicato in GURS n. 27 del 20/06/2025 (All.A e All.B) a cui si rimanda.
4. Gli studi dei Medici a Ruolo Unico che afferiscono alla medesima AFT insistono nelle aree omogenee identificate geograficamente (quartieri, circoscrizioni, comuni, comunità montane, isole, etc.), ricadenti nel territorio della stessa AFT
5. Con il sopra citato D.A. (All. A) facendo riferimento alle delibere delle Aziende di istituzione delle AFT, secondo quanto previsto dall'art. 32 co. 3 dell'ACN 2019-2021 e dall'art. 8 co.2 lett. a) dell'ACN 2019-2021 sono state istituite, in tutto il territorio regionale, n. 147 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Medicina Generale del Ruolo Unico

e, al territorio delle stesse, sono stati ricondotti gli ambiti territoriali per la valutazione del fabbisogno assistenziale del Ruolo Unico ai fini dell'acquisizione delle scelte e per l'attività oraria di assistenza primaria

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.

Art. 16 - ATTIVITA' ASSISTENZIALE DELL'AFT

1. Si rimanda a quanto previsto dall'ACN agli articoli 29, 43 e 44, e dal D.A. n. 605 dell'11/06/2025 pubblicato su GURS n. 27 del 20/06/2025 che ha definito il modello organizzativo assistenziale nella Regione siciliana. Il medico del Ruolo Unico svolge la propria attività individualmente e in integrazione con gli altri medici di assistenza primaria della propria AFT; partecipa inoltre alle attività della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento (UCCP).
2. La continuità della presa in carico del paziente, per l'intero arco della giornata e della notte per sette giorni alla settimana, è assicurata attraverso l'attività a ciclo di scelta e l'attività oraria dei Medici a Ruolo Unico di Assistenza Primaria, organizzati in AFT, quale formula aggregativa della medicina generale, secondo il modello definito dal citato D.A. n. 605 dell'11/06/2025
3. L'apertura coordinata degli studi dei medici di Assistenza Primaria a Ciclo di scelta garantisce l'assistenza della popolazione afferente alla AFT, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8 alle ore 20.
4. L'attività assistenziale dell'AFT a prestazione oraria, oltre a quanto disciplinato dall'art. 44 co 1, 2, 3 del'ACN, prevede, secondo il modello regionale ex D.A. n. 605 dell'11/06/2025 all. "B" (a cui si rimanda) attività di:
 - a) medicina proattiva nell'ambito della prevenzione e della gestione delle patologie croniche;
 - b) urgenze di livello territoriale non differibili, anche a seguito di invio da parte del servizio NEA 116117.
5. La AFT, in coerenza con quanto previsto dall'ACN vigente, realizza la continuità dell'assistenza h24 per sette giorni alla settimana per garantire una effettiva presa in carico dell'utente.
6. In particolare, i medici dell'AFT, nello svolgimento dell'attività oraria, garantiscono il primo livello di presa in carico della popolazione ad essa affidata nell'intero arco delle 24 ore. Le AFT garantiscono il secondo livello di presa in carico di ciascun territorio di competenza in integrazione con la specialistica ambulatoriale e le altre professionalità presenti nel distretto, nell'ambito dei team multiprofessionali (UCCP)
7. Ogni AFT ha un team multiprofessionale di riferimento, con cui si relaziona per la gestione della popolazione in carico, sia per le prestazioni utili ad occasionali approfondimenti, di livello territoriale (ad esempio quesiti diagnostici o terapeutici, che non comportano lo sviluppo di ulteriori percorsi), sia per la presa in carico nell'ambito di una patologia cronica.
8. La AFT garantisce la continuità dell'assistenza per la gestione delle piccole urgenze indifferibili e delle attività programmate dalle 8 alle 20 dei giorni feriali attraverso l'opera

- del medico a ciclo di scelta e a quota oraria. Dalle 20 alle 8 feriali e nell'intera giornata dei giorni festivi e prefestivi, l'AFT eroga l'assistenza in attività oraria, prevalentemente per la gestione delle prestazioni indifferibili, senza precludere eventuale attività programmata.
9. Ai sensi dell'art. 44 co.1, l'attività oraria dell'AFT è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale e rivolta agli assistiti dell'AFT di riferimento; pertanto, la turnazione dei medici nella AFT è definita dal Referente della stessa in accordo con il livello distrettuale, nelle modalità previste dal regolamento di funzionamento aziendale di cui all'art. 29 co 12 dell'ACN.
 10. Ogni distretto valida l'assegnazione dei turni di attività oraria svolta a favore di tutti gli assistiti in ambito distrettuale sentite le proposte concordate tra i medici di AFT e il Referente. La continuità dell'assistenza è garantita 7 giorni su sette h24 dai medici della AFT nei suoi assetti istituzionali (studi medici del ciclo di scelta e negli ambulatori ad attività oraria presso le Aziende). Il modello organizzativo regionale prevede anche la possibilità di un'assistenza notturna h4, dalle 20:00 alle 24:00, come strumento di completamento della continuità dell'assistenza secondo le esigenze rilevate dalle Aziende. Tale assistenza deve essere organizzata dal Distretto e le modalità di attuazione devono essere concordate con il Referente dell'AFT al fine di agevolare ed armonizzare le turnazioni diurne-notturne previste in AFT, ad esempio anche agganciando il turno pomeridiano con quello notturno di 4 ore.
 11. I medici della AFT e il Direttore del Distretto pongono in essere ogni attività di comunicazione verso gli assistiti e verso la cittadinanza sulle modalità di accesso e sul tipo di assistenza prestata anche con il coinvolgimento del Terzo Settore rappresentato nella Casa della Comunità. Il NEA 116117 fornisce le informazioni sull'assistenza territoriale ai cittadini.

Art. 17 - GLI OBIETTIVI DELLA AFT

1. Il Sistema sanitario deve garantire a tutti i cittadini l'erogazione di prestazioni essenziali - identificate tra i "Livelli essenziali di assistenza (LEA)" - miranti a raggiungere gli obiettivi di salute indicati dai Piani sanitari nazionali, in particolare il Piano Nazionale della prevenzione, i programmi di screening oncologici e il Piano per la cronicità e dai PDTA e linee di indirizzo regionali.
2. L'effettiva erogazione dei LEA è valutata, a livello nazionale, in base a specifici indicatori, identificati dal Ministero della Salute nell'ambito di un sistema chiamato "Nuovo Sistema di Garanzia" e suddivisi in aree diverse (prevenzione collettiva e sanità pubblica; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera; stima del bisogno sanitario; equità sociale; monitoraggio e valutazione dei PDTA). Tutte le Regioni sono sottoposte a monitoraggio annuale di tali indicatori e tutti i livelli assistenziali devono concorrere al raggiungimento dei valori attesi.
3. L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) ha come compito principale quello di prendersi cura di una determinata porzione di popolazione ed è quindi responsabile della corretta erogazione di alcuni dei LEA di livello territoriale, in particolare nell'ambito della prevenzione e della presa in carico dei pazienti cronici.
4. Pertanto, in questo Accordo Integrativo, si stabilisce che obiettivo della AFT, per gli assistiti in carico, è rappresentato dal raggiungimento di valori specifici relativi ad indicatori inerenti a:
screening oncologici (colon retto; cervice uterina; mammella);

vaccinazione antiinfluenzale;
presa in carico dei pazienti cronici;
riduzione della antibioticoresistenza;
accessi inappropriati alle aree di emergenza.

5. I risultati di salute sono valutati come risultato complessivo della AFT e non come risultato del singolo MMG componente della stessa. Pertanto gli indicatori saranno calcolati sull'intera popolazione presa in carico dalla AFT.
6. Nello specifico gli indicatori utilizzati saranno coerenti con quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia e precisamente:

SCREENING ONCOLOGICI

Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon-retto.

- Valore atteso per la cervice uterina: 50%
- Valore atteso per la mammella: 60%
- Valore atteso per il colon-retto: 50%

VACCINAZIONE ANTIINFLUENZALE

Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>65aa). Valore atteso: 80%

GOVERNO CLINICO

Presa in carico dei pazienti cronici

Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO).

- Valore atteso: 50%

Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (con ACE inibitori o sartani; con beta-bloccanti) come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco).

- Valore atteso: 70%

Percentuale di pazienti diabetici che seguono le seguenti raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete).

- Valore atteso: 70%

Tasso di ospedalizzazione

Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco

- Valore atteso: riduzione del 15% rispetto all'anno precedente

Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici

- Valore atteso: riduzione del 15% rispetto all'anno precedente

Appropriatezza degli accessi alle aree di emergenza:

Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. residenti adulti);

- Valore atteso: riduzione del 15% rispetto all'anno precedente

Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti);

- Valore atteso x: riduzione del 15% rispetto all'anno precedente

7. Il sistema di valutazione è dinamico e ogni anno saranno aggiornati gli indicatori e i valori attesi, in relazione agli obiettivi assegnati alle Regioni dal Ministero o in base a specifiche esigenze assistenziali della Regione Siciliana. In ogni caso nuovi indicatori vanno definiti entro il 30 novembre di ogni anno, sentite le OO.SS. di categoria ed eventualmente riviste le percentuali in accordo con le OO.SS.
8. Il raggiungimento dei risultati previsti (valori attesi) permette alla AFT di accedere alla parte variabile del compenso economico. .

Art. 18 – LA REMUNERAZIONE DELL’AFT

1. Secondo quanto previsto dall’ art. 29 co 11 la valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali (art. 17 del presente AIR) costituisce un elemento per l’erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.
2. La remunerazione delle AFT, in ragione dei risultati ottenuti sono regolamentati dall’ art. 47 co. 2 lettera B dell’ACN 2019-2021: “[...]Nell’ambito degli Accordi Integrativi Regionali vengono definite le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori.”
3. La parte variabile della remunerazione dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria è, quindi, legata al raggiungimento degli obiettivi, coincidenti con quelli assegnati alle Aziende sanitarie e riportati nell’art.17 del presente AIR; pertanto viene corrisposta annualmente in un’unica soluzione alla verifica dei risultati raggiunti alla data del 31 dicembre di ogni anno.
4. Per le attività di medicina proattiva, ad ogni AFT viene assegnato un budget valorizzato utilizzando i fondi di cui all’art. 47 co 2 lettera B dell’ACN 2019-2021 per la presa in carico dei pazienti cronici (di cui all’art. 17 del presente AIR), incrementati dal finanziamento per i risultati della copertura vaccinale della popolazione over 65 (di cui all’art. 17 del presente AIR) e dal finanziamento per i risultati di supporto allo screening (di cui all’art. 17 del presente AIR). In particolare si utilizzano i seguenti criteri di valorizzazione del budget AFT con lo scopo di definirne l’ammontare che verrà corrisposto ai medici della stessa in base al grado di partecipazione al raggiungimento del risultato (valutato all’interno della AFT) e non in base al numero di pazienti in carico ai singoli medici o alle specifiche attività svolte, sancendo il passaggio della valutazione della prestazione alla valutazione del risultato:
 - a) valorizzare il budget AFT per il Governo Clinico (secondo quanto definito all’art. 17 del presente AIR) con € 5,0 lordi ad assistito della AFT;
 - b) valorizzare il budget AFT per la copertura vaccinale degli over 65 (secondo quanto definito all’art. 17 del presente AIR), con € 12 lordi ad assistito della AFT >65 che verrà distribuito se viene raggiunto il valore atteso di cui all’art. 17 del presente AIR . La somma così valorizzata verrà distribuita ai medici, previa valutazione da parte del Referente AFT, in base

al grado di partecipazione degli stessi al processo di realizzazione del risultato.

Nel caso in cui la AFT non raggiunga il risultato, verranno corrisposti ai singoli medici € 6,16 lordi a vaccino inoculato e documentato dal sistema informatico;

c) valorizzare il budget AFT per i risultati legati al supporto allo screening (secondo quanto definito all'art. 17 del presente AIR) nel seguente modo:

- per la cervice uterina: € 3,00 lordi per ogni paziente target della AFT;
- per la mammella: € 3,00 lordi per ogni paziente target della AFT;
- per il colon-retto: € 3,00 lordi per ogni paziente target della AFT.

Il budget AFT valorizzato in ragione della popolazione target presente nei territori delle stesse viene distribuito, per ogni screening, ai medici delle aggregazioni solo se viene raggiunto il valore atteso inserito nell'art. 17 del presente AIR.

5. Il budget così composto viene assegnato dall'Azienda alla AFT:

- per il governo clinico in ragione della consistenza numerica della popolazione presa in carico;
- per le vaccinazioni in ragione della consistenza numerica della popolazione >65 presente nel territorio della AFT;
- per gli screening in ragione della consistenza numerica della popolazione target presente nel territorio della AFT.

6. A seguito di verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi, il budget viene parametrato ai risultati raggiunti per ogni obiettivo in base al valore atteso inserito e riportato nell'art. 17 del presente AIR e in base al quale si potrà accedere alla parte variabile.

7. La corresponsione del budget assegnato alla AFT ai singoli medici appartenenti alla stessa è gestita dal Referente dell'AFT a seguito di valutazione interna del grado di partecipazione al raggiungimento del risultato. L'esito di tale processo valutativo deve essere comunicato, entro il 28 febbraio, dal Referente AFT all'Azienda e al DPS Assessorato Salute per il caricamento degli emolumenti sul gestionale paghe da effettuarsi di norma entro il 31 maggio di ogni anno.

Art. 19 – TRATTAMENTO ECONOMICO PER ATTIVITA' IN CASA DELLA COMUNITA'

1. Con D.A. 605 dell'11/06/2025, a cui si rimanda, la Regione ha istituito complessivamente n. 147 AFT del Ruolo Unico di Assistenza Primaria e ne ha definito l'assetto organizzativo (ex art. 2 co.2 dell'ACN 2019/2021).
2. Nell'ambito del modello organizzativo definito dalla Regione, tra le varie indicazioni che qui si intendono riportate, si evidenzia che: *"In ogni Casa della Comunità (CdC) Hub e Spoke deve esserci almeno una sede della AFT che ne garantisca l'accessibilità h24; nel caso in cui la CdC insista in un territorio che ricomprende più AFT, ognuna di esse dovrà avere un punto di accesso nella CdC, per garantire a tutta la popolazione presa in carico eguale livello assistenziale"*.
3. L'attività oraria della Medicina del Ruolo Unico di assistenza primaria viene retribuita con € 26,77/ora lordi.
4. L'attività oraria diurna svolta nelle Case della Comunità Hub e Spoke nei giorni feriali, in quanto attività di medicina proattiva (come indicato nel suddetto Decreto Assessoriale, in armonia con quanto previsto dal DM77/22), verrà retribuita con una quota aggiuntiva di € 15,03 lordi, per un totale di € 41.80/ora lordi, come previsto all'art. 47 co. 3 lett. C dell'ACN.

5. Le Aziende potranno avvalersi dell'attività oraria dei Medici delle AFT per organizzare l'assistenza medica negli Ospedali di Comunità (OdC), programmando i turni in modo da utilizzare in egual misura le risorse di tutte le AFT che insistono nel territorio dell'OdC, garantendo una turnazione che permetta a ogni medico della AFT di lavorare sia in Casa della Comunità (con la retribuzione maggiorata) che in Ospedale di Comunità (con retribuzione di base).

Art. 20_ MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEI MEDICI APPARTENENTI ALLA AFT

1. Il budget dell'AFT, come sopra costituito e quale parte variabile degli emolumenti dei medici di Assistenza Primaria del Ruolo Unico, viene assegnato alle singole AFT in base alla consistenza numerica della popolazione, come riportato al punto 5 dell'art. 17 del presente AIR.
2. Al budget previsto per ognuno dei tre gruppi di indicatori (art. 18 del presente AIR), come sopra assegnato, l'AFT accede solo se, a seguito di verifica annuale, risulta avere raggiunto i valori attesi.
3. All'interno dell'AFT il suddetto budget viene distribuito ai singoli medici componenti la stessa in base al loro grado di partecipazione al raggiungimento del risultato secondo un processo di valutazione presidiato e gestito dal Referente di AFT.
4. Il Referente AFT è il primo valutatore dei medici appartenenti alla stessa,
5. Nel corso dell'anno il Referente AFT, con il supporto dell'Azienda che deve mettere a disposizione i dati necessari, deve sottoporre a valutazione intermedia (es. semestrale) le attività dell'aggregazione al fine di porre in essere ogni correttivo necessario al raggiungimento del risultato finale.
6. Sono esclusi dalla corresponsione della parte variabile i medici i cui pazienti non hanno raggiunto i target previsti, e, tra i medici solo ad attività oraria, coloro che decidono di non assumere l'incarico di Ruolo Unico ex art. 31 e 32 dell'ACN 2019-2021

Art. 21 – IL REFERENTE AFT E IL SUO SOSTITUTO

1. Il referente di AFT opera ai sensi dell'Art 30 dell'ACN vigente (che qui si intende riportato), 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 co 7 dell'ACN vigente.
3. 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. Le suddette elezioni sono organizzate a livello Distrettuale dalle Aziende Sanitarie Provinciali nei locali dell'azienda con personale di supporto; nelle more della stesura dei Regolamenti di Funzionamento di cui all'art. 29 co. 12 che uniformi le attività di scelta del Referente, in prima applicazione, il Dipartimento di Cure Primarie e il Comitato Aziendale definiscono le linee operative per garantire la trasparenza e l'utilizzo della stessa metodologia in tutti i Distretti. Le attività elettive, in ogni Azienda, devono avvenire contemporaneamente in ogni Distretto.
4. La designazione dei Referenti AFT deve avvenire entro entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente AIR.

5. Sono candidabili tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria dell'AFT a tempo indeterminato in possesso di apposita formazione che soddisfi tutti i criteri previsti per la gestione manageriale (corso per responsabili di struttura o specifico corso per Referente di AFT certificato) già acquisita o da acquisirsi entro il primo anno di incarico. La AFT comunica il nome del candidato eletto all'Azienda che ratifica la nomina e cura la redazione della delibera, previa verifica dei requisiti.
6. Il sostituto del referente di AFT è individuato con le medesime modalità del titolare e svolge durante l'attività di sostituzione le medesime attività e.
7. Il referente di AFT:
 - coordina l'attività dell'assistenza dell'AFT ai sensi dell'Art 30 comma 3, informando l'ASP 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 condivise con i dipendenti aziendali e/o con altri convenzionati;
 - 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 della piattaforma di interfaccia tra i gestionali per la realizzazione e il mantenimento della rete di AFT;
 - fornisce 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 effettuate dai medici di AFT;
 - convoca e conduce la riunione periodica di AFT, redige e invia il relativo verbale al Distretto.
8. Il Referente AFT è il primo valutatore dei medici appartenenti all'aggregazione e svolge le attività annuali e intermedie di valutazione dei risultati che l'AFT deve raggiungere secondo quanto indicato negli artt. 17, 18, e 20 del presente AIR.
9. Il referente di AFT, per l'esercizio delle sue funzioni, può farsi coadiuvare dal suo sostituto.
10. Il referente di AFT non è titolato attraverso tale ruolo alla firma di Accordi con l'ASP o con il Distretto che non gli siano specificamente attribuiti dalla normativa vigente.
11. Annualmente il Distretto, tramite l'UCAD, individua, in relazione ai compiti assegnati, gli obiettivi per i referenti di AFT da valutarsi con indicatori di risultato coerenti e funzionali a quelli dell'AFT definiti nell'art. 17 del presente AIR.
12. Per la sua attività, al referente di AFT viene corrisposta una indennità mensile fissa lorda di € 700 a cui si aggiunge una premialità per il raggiungimento dei risultati legati agli obiettivi della AFT, pari a € 300 mensili lordi corrisposti annualmente in unica soluzione in esito alla verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Anche il referente AFT è sottoposto a valutazione annuale dal Direttore Generale dell'Azienda (ex art. 30 co. 7 ACN vigente).
13. Il compenso per il sostituto del referente di AFT è liberamente determinato tra il titolare e il sostituto, in modalità libero- professionale.

14. Il compenso del referente di AFT viene finanziato con risorse attinte dai fondi già previsti dall'ACN vigente all'art. 47 comma 2 lettera B punto II (quota capitaria) e art. 47 comma 3 lettera B (quota oraria).

Art. 22 - RIUNIONE DI COORDINAMENTO, PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA AFT (RIUNIONE DI AFT)

1. I medici di ciascuna AFT si riuniscono con cadenza periodica (ameno trimestrale) presso i locali individuati dall'Azienda o dalla AFT stessa.
2. Alla riunione periodica di AFT partecipano tutti i Medici operanti nella AFT.
3. La riunione ha lo scopo di:
 - monitorare il livello di raggiungimento degli obiettivi
 - condividere, da parte del Referente, l'attività svolta
 - 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 ai 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 tutte le strutture territoriali intermedie: Case della Comunità, COT;; Ospedale di Comunità; RSA, etc. che insistono nell'ambito territoriale ove opera la AFT.
4. La riunione si svolge con cadenza almeno trimestrale, anche utilizzando strumenti telematici, garantendo l'attività lavorativa programmata.
5. In caso di mancata partecipazione alle attività dell'AFT e di ingiustificata assenza in due consecutive riunioni, è prevista per il medico inadempiente l'applicazione delle procedure disciplinari di cui all'art. 25 del vigente ACN.
6. Il Referente di AFT redige e inoltra al Distretto il verbale della riunione.

Art 23 – LA FORMA AGGREGATIVA DELLA AFT

1. Ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta deve garantire l'apertura dello studio 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.
2. L'apertura coordinata degli studi di tutti i medici a ciclo di scelta della AFT deve garantire la copertura complessiva delle due fasce orarie (mattina e pomeriggio) per ogni giorno feriale.. La copertura di cui al presente comma deve essere garantita anche in caso di sostituzione ai sensi dell'art 36 comma 1 ACN.
3. A completamento della fascia oraria 8-20 feriale, l'assistenza è garantita dalla AFT nella sede unica
4. Tutti i medici facenti parte di una stessa AFT, con incarico a tempo indeterminato o determinato,

sono in rete tra loro, attraverso un sistema informatico integrato con i sistemi informativi distrettuali attivi, che consenta a ogni medico della AFT, a scelta e ad attività oraria, l'accesso alle schede sanitarie individuali degli assistiti di tutti i medici operanti nella medesima AFT.

5. 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 e la Centrale Operativa 116117 in merito agli orari di apertura degli studi dei medici facenti parte dell'AFT. 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, negli Uffici distrettuali di scelta e revoca e sui siti Aziendali. Ogni variazione relativa all'orario dovrà essere tempestivamente esposta agli assistiti e comunicata al Distretto.
6. Ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta svolge attività anche nei confronti degli assistiti in carico agli altri componenti dell'AFT, salvaguardando il rapporto fiduciario individuale.

Art. 24 – FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

1. Le Aziende, come indicato nel D.A. 605/25 All. "A", costituiscono il "Fondo aziendale dei fattori produttivi" e ne calcolano l'ammontare, secondo le prescrizioni di cui all'art. 47 co. 2 lett. D dell'ACN vigente. In tale fondo confluiscono i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario, già corrisposte ai Medici di Medicina Generale (ex art. 46 ACN 23 marzo 2005) alla cessazione del loro rapporto convenzionale.
2. Nel merito si ribadisce quanto indicato al punto VI) dell' art. 47 co. 2 lett. D dell'ACN che si riporta: *"In caso di cessazione del rapporto convenzionale di medici componenti le AFT, le eventuali indennità corrisposte in relazione ai fattori produttivi confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi. Le previgenti indennità informatiche sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei medici che entrano nelle AFT. Le indennità corrisposte per il personale di studio restano a disposizione per il finanziamento dei fattori produttivi destinati alle medesime finalità. Le previgenti indennità per la partecipazione a forme associative restano a disposizione per il finanziamento dei nuovi modelli organizzativi definiti dalla Regione per qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali."*

Art. 25 - 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. Tale soluzione informatica deve permettere l'estrazione dei dati necessari alla gestione proattiva dei pazienti afferenti alla AFT e 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 della stessa, la visualizzazione dei dati sanitari inseriti, l'annotazione dell'attività effettuata, la prescrizione e la certificazione. I dati inseriti devono essere scaricabili nei gestionali dei medici che hanno in carico gli assistiti.
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 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 44 ACN vigente, di quelli previsti dal Decreto assessoriale n. 605/2025 e da quanto previsto dal regolamento di AFT, a favore del medesimo paziente.

Art. 26 - FLUSSI INFORMATIVI

1. Tutti i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e quota oraria convenzionati, 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;
 - l'aggiornamento continuo del Patient Summary nel FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico);
2. Per l'applicazione dell'Articolo 45 comma 6 ACN vigente, al fine di facilitare ai pazienti l'accesso alle prestazioni specialistiche e garantire il corretto monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, la Regione si impegna a vigilare che le aziende adottino misure finalizzate all'emissione diretta della ricetta dematerializzata da parte dei medici specialisti pubblici; altresì, la Regione vigila affinché le Aziende adottino 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.
3. 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. 27 - CONTATTABILITÀ 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 garantite dall'AFT avvalendosi di una o più delle seguenti opzioni:
 - a. Accesso al MMG, di norma per appuntamento, durante gli orari di apertura dello studio medico;
 - b. Accesso ad altro MMG della stessa AFT in contesti determinati;
 - c. Accesso alla sede unica di AFT per le prestazioni non differibili;
 - d. Accesso tramite il servizio 116117 secondo lo schema sotto descritto.

FLOWCHART

2. Le richieste differibili devono essere recepite esclusivamente attraverso sistemi di comunicazione telefonica sulla base di modelli organizzativi che possono prevedere:
 - a. l'utilizzo di tecnologie digitali che consentano di recepire le richieste in più momenti individuati nella giornata;
 - b. il coinvolgimento del personale di studio amministrativo e/o infermieristico;
 - c. 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.
 - d. Attesa al giorno successivo.
3. 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.
4. 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 della AFT, possono essere recepite e filtrate dal personale di studio in momenti dedicati, al fine di migliorare l'organizzazione e la strutturazione dell'assistenza.
5. Le modalità adottate dall'AFT in merito alla contattabilità di cui al presente articolo sono comunicate e aggiornate dal referente di AFT al Distretto.
6. Qualora un turno orario rimanga scoperto improvvisamente per cause imprevedibili, espletate da parte del referente di AFT tutte le procedure atte a reperire un sostituto all'interno dell'AFT stessa, il servizio potrà essere richiesto alla AFT limitrofa.

Art. 27bis – SUPPORTO AMMINISTRATIVO

- 1 Al fine di promuovere i processi a supporto della presa in carico dei cittadini effettuata negli studi dei Medici del Ruolo Unico e agevolare la continuità nell'assistenza del paziente, la sua contattabilità, la gestione dei suoi bisogni clinico-assistenziali e lo sviluppo dei Progetti di Salute previsti dal DM 77/22, si prevede un contributo alla assunzione di personale di supporto amministrativo/gestionale con lo stanziamento di una quota annua pari a € 3,50 lordi ad assistito a copertura del 20% della popolazione assistita.
- 2 I medici con supporto amministrativo (anche "collaboratore di studio") si impegnano alla prenotazione delle prestazioni tramite sistemi CUP al fine di favorire l'accesso dei cittadini alle stesse e migliorare l'appropriatezza delle richieste.
- 3 Sono esclusi dal contributo i medici che decidono di non assumere l'incarico di Ruolo Unico ex art. 31 e 32 dell'ACN 2019-2021.
- 4 I medici che intendono acquisire tale incentivo economico devono presentare domanda a mezzo

PEC al Comitato Aziendale. Verificati i requisiti, il Comitato Aziendale, entro 30 giorni dalla data di ricezione comunica, a mezzo PEC, al medico interessato, al Dipartimento Cure Primarie, al Distretto di competenza e al referente di AFT il nulla osta alla sua utilizzazione.

- 5 L'effettiva utilizzazione del personale deve avvenire entro 90 giorni dalla comunicazione del nulla-osta.
- 6 Il riconoscimento del finanziamento ai medici decorre dal momento dell'effettivo inizio di attività del personale. Le assunzioni devono avvenire nel rispetto della normativa vigente in materia e nel rispetto dei CCNL della categoria dei dipendenti degli studi professionali. Sarà cura delle Aziende vigilare periodicamente sul rispetto della normativa di cui sopra.
- 7 Entro il 30 giugno di ogni anno, l'ASP 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.

CAPO III

Art. 28 - SICUREZZA DELLE SEDI DISTRETTUALI DI AFT e ACCESSO al SERVIZIO

1. All'entrata in vigore del presente AIR, viene costituito l'osservatorio regionale permanente per la sicurezza delle sedi e dei medici di medicina generale a ruolo unico. L'osservatorio dovrà monitorare il rispetto della normativa generale in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e di quanto stabilito dal presente AIR.
2. In merito alla sicurezza dei presìdi, le ASP dovranno provvedere:
 - a) al rispetto della normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro relativamente alle sedi di attività oraria , 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;
 - b) all'installazione di telecamere con registrazione presso le sedi di AFT;
 - c) 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;
 - d) all'organizzazione di corsi di formazione sulla prevenzione e gestione del conflitto;
 - e) alla redazione e aggiornamento periodico del documento di valutazione e prevenzione del rischio in AFT;
3. Il Comitato Aziendale vigila sul rispetto delle presenti norme anche in previsione dell'utilizzo di nuove sedi di AFT.
4. L'ASP, nella sua articolazione distrettuale, è garante dell'accesso della cittadinanza ai servizi erogati dalle AFT 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 NEA 116117.

CAPO IV

ULTERIORI DISPOSIZIONI

Art. 30 – 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 € 25 comprensive dell'importo previsto al comma 1), art. 5, allegato 9 dell'ACN.
4. Ai sensi dell'art. 7 comma 3 dell'allegato 8 ACN vigente, la regione stabilisce idonea modulistica per i compiti previsti. Gli accessi e le prestazioni a domicilio devono essere documentate e controfirmate dal paziente o dal caregiver e inviate telematicamente al distretto entro 5 gg per la verifica e successiva remunerazione.

Art. 33 - 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, in coerenza con gli obiettivi indicati nel nuovo sistema di garanzia (NSG).
2. Gli interventi prioritari di prevenzione sono quelli indicati nel PSSR e nei successivi provvedimenti di attuazione e gli obiettivi sono definiti dall'azienda sanitaria (art. 29 c.1 ACN).
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. Pertanto, qualora i Medici prescrittori, per fini diagnostici, dovessero prescrivere le stesse prestazioni previste dagli Screening regionali, dovranno indicare sulle ricette le motivazioni cliniche.
L'attività dei medici di AFT 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).

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

4. Per gli obiettivi inerenti alla vaccinazione antiinfluenzale e agli screening oncologici quali elementi di valutazione della AFT si fa riferimento all'art.17
5. La partecipazione alle altre campagne di vaccinazioni dà luogo alla corresponsione della quota pari a 6,16 euro lordi per le vaccinazioni effettuate negli ambulatori e 12 euro lordi per le vaccinazioni fatte a domicilio del paziente (con un limite del 3%).
6. Per la sorveglianza epidemiologica della sindrome influenzale, il sistema 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.e dagli accordi regionali.
L'attività è dettagliatamente descritta nel protocollo operativo, annualmente aggiornato a cura dell'Istituto Superiore di Sanità.

I medici incaricati sono individuati dalla RETE RESPIRNET

- 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, 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 150 medici, di cui 20 pediatri.

Per la partecipazione all'attività è riconosciuto un compenso per stagione influenzale onnicomprensivo pari a € 650, la cui erogazione è subordinata ad una partecipazione attiva pari ad almeno il 75% delle settimane di osservazione.

Art. 34 - PIANO FORMATIVO AZIENDALE (PFA)

1. In applicazione dell'articolo 26 dell'ACN, ogni ASP adotta annualmente il Piano di Formazione Aziendale per i Medici di Medicina Generale
2. Presso ogni ASP 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'ASP e da pari numero di rappresentanti aziendali di parte pubblica.
4. Per i corsi di cui al presente comma l'ASP 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.
5. 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 ASP. 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.
6. 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.

NORMA FINALE n. 1

Per gli argomenti non specificatamente trattati nel presente AIR si rimanda all'ACN 2019-2021 vigente