

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

PRIMARIA _ RUAP

Anno 2025

In data 18/11/2025, ha avuto luogo l'incontro per la sottoscrizione dell'Accordo Integrativo regionale (da ora in poi AIR) per la disciplina dei rapporti con i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria-Medici di Medicina Generale, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2019-2021.

PARTE PUBBLICA

Dott. Roberto Virzì

Dott. Francesco Paola La Placa

Dott. Ercole Marchica

Dott. Salvatore Vizzi

Dott. Gabriele Roccia

Dott.ssa Paola Sciarrotta

PARTE SINDACALE

FIMMG Dott. Tramonte

SNAMI Dott. La Manna

FMT Dott. Alise

CISL Dott. Paternò

Il Dirigente Generale del DPS
Dott. Salvatore Iacolino

Il Dirigente Generale del DASOE
Dott. Giacomo Scalzo

L'Assessore della Salute
Dott.ssa Daniela Faraoni

PREMESSA.....	4
CAPO I - DISPOSIZIONI GENERALI	5
Art. 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE	5
Art. 2 – IL RUOLO UNICO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA.....	5
Art. 3 - RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE DEI MEDICI RUAP	5
Art. 4 - GRADUATORIA REGIONALE.....	6
Art. 5 - GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA'	7
Art. 6- INCARICHI A TEMPO DETERMINATO A RUOLO UNICO DI MEDICINA GENERALE	7
Art. 7 - SOSTITUZIONI DEL MEDICO A RUOLO UNICO DI MEDICINA GENERALE	8
Art. 8 - CARENZA ASSISTENZIALE ORARIA E INCARICHI A TEMPO DETERMINATO	8
Art. 9 - SOSTITUZIONI ATTIVITA' ORARIA.....	9
Art. 10 - SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI	9
Art. 11 - MASSIMALI DI SCELTA.....	9
Art. 12 - COMITATO AZIENDALE E RAPPRESENTATIVITA'	9
Art. 13 - PARTECIPAZIONE A GRUPPI DI LAVORO E COMITATO AZIENDALE.....	10
Art. 14 INDENNITÀ CHILOMETRICA.....	10
CAPO II - AFT	11
Art. 15 - DEFINIZIONE DELLE AFT	11
Art. 16 - ATTIVITA' ASSISTENZIALE DELL'AFT	11
Art. 17 - GLI OBIETTIVI DELLA AFT.....	13
Art. 18 – LA REMUNERAZIONE DELL'AFT	15
Art. 19 – TRATTAMENTO ECONOMICO PER L'ATTIVITA' ORARIA ED ALL'INTERNO DELLA CASA DELLA COMUNITA'	17
Art. 20 - IL REFERENTE AFT E IL SUO SOSTITUTO	18
Art. 21 - RIUNIONE DI COORDINAMENTO, PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA AFT (RIUNIONE DI AFT)	19
Art 22 -LA FORMA AGGREGATIVA DELLA AFT.....	20
Art. 23 - FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI.....	21
Art. 24 - RETE INFORMATICA DI AFT	23
Art. 25 - CONTATTABILITA' DEL MEDICO A RUOLO UNICO DA PARTE DEL PAZIENTE.....	23
Art. 26 – SUPPORTO AMMINISTRATIVO	25
Art. 27 – IL PROGETTO SALUTE - PRIMO STEP - Prevenzione.....	26
Art. 28 - SICUREZZA DELLE SEDI DISTRETTUALI DI AFT e ACCESSO al SERVIZIO.....	28
Art. 29 - ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO	28
Art. 30 - TUTELA DELLA GENITORIALITA' E DELLA DISABILITA'	28
Art. 31 -- CURE DOMICILIARI	29
Art. 32 - ATTIVITA' DI PREVENZIONE.....	30
Art. 33 - PIANO FORMATIVO AZIENDALE (PFA).....	31
Art. 34 - TAVOLO PARITETICO DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	32
Art. 35 - MAGGIORAZIONI ZONE DISAGIATISSIME.....	32
Art. 36 - MAGGIORAZIONI ZONE DISAGIATE.....	32
Art 37 – ISTITUZIONE TAVOLO TECNICO	33
NORME TRANSITORIE	34
Norma Transitoria n. 1 - OBBLIGO/FACOLTA' APERTURA STUDIO.....	34
Norma Transitoria n. 2 - REMUNERAZIONE AFT_PARTE VARIABILE anno 2005 e 2026	34
Norma Transitoria n. 3 - FABBISOGNO REGIONALE E AZIENDALE PER L'ATTIVITA' ORARIA.....	34
NORME FINALI	35
NORMA FINALE n. 1	35
NORMA FINALE n. 2	35
NORMA FINALE n.3	35

NORMA FINALE n.4	35
ALLEGATO 1	36
Allegato 2	3

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 istituisce 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 che 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 si 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)

Visto l'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 è 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, anche avvalendosi di servizi di telemedicina.

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 (RUAP) 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;
 - le 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 (RUAP) legati ai risultati di AFT;
 - l'istituzione e la valorizzazione del Fondo Aziendale dei fattori produttivi;
 - le figure dei Referenti 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 persegono 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 in merito all'attività dei Medici RUAP nelle Case della Comunità (CdC), negli Ospedali di Comunità (OdC) e l'integrazione con il servizio NEA 116117 previsti dal PNRR e dal DM 23 maggio 2022 n°77

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 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 ex art. 38 ACN.

Art. 3 - RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE DEI MEDICI RUAP

1. Con il presente documento si confermano i parametri di determinazione delle zone carenti di cui all'art. 32 co 2 ACN 2019-2021. L'ambito carente di RUAP viene calcolato sulla base della popolazione, seguendo quanto descritto nell'allegato 7 ACN 2024. L'ambito carente sarà un unico ambito RUAP, il medico incaricato svolgerà sia attività a ciclo di scelta, garantendo apertura dello

studio, sia attività oraria nelle sedi delle AFT (case di comunità HUB e SPOKE, presidi di ex Continuità Assistenziale) e altre sedi distrettuali.

2. Espletate le procedure di cui all'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. Contestualmente, sentito il Comitato Aziendale, l'ASP dà 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 e 3 dell'ACN vigente.
3. Alla suddetta proposta potranno aderire prioritariamente i medici già a tempo indeterminato a ciclo di scelta, ad attività oraria e a ciclo di scelta più attività oraria (che vogliono completare il ciclo orario ex art. 38 ACN). L'Azienda, sulla base delle disponibilità all'assunzione dell'incarico di Ruolo Unico ricevute, redige una graduatoria secondo i criteri indicati nell'art. 32 co. 8 ACN. La procedura si concluderà con l'accettazione o meno all'assunzione dell'incarico da parte di ogni singolo medico chiamato dall'Azienda secondo le priorità della graduatoria prioritariamente: della AFT, del Distretto e dell'Azienda. Tale procedura interna va riproposta ad ogni rilevazione di carenze assistenziali.
4. Se, dopo l'espletamento delle procedure di cui al co. 2 e co. 3 del presente articolo, le carenze assistenziali dovessero perdurare, l'Azienda, sentito il Comitato Aziendale, trasmette tali carenze al DPS dell'Assessorato della Salute in tempo utile per la pubblicazione delle zone carenti 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. In condizioni eccezionali e temporanee è possibile che l'ambito carente possa ricoprire più AFT per il miglioramento del Servizio al cittadino ed una migliore organizzazione del lavoro, previa approvazione del Comitato Aziendale.
5. Ai sensi dell'art. 38, co.1, cpv. 2° ACN, l'Azienda verifica trimestralmente il rapporto scelte/ora al fine di rimodulare l'attività oraria in relazione all'eventuale variazione delle scelte, secondo le fasce stabilite dal suddetto art. 38. L'Azienda opera la variazione dell'attività oraria se nel trimestre il medico è rimasto in una delle fasce, di cui all'art. 38 ACN, per almeno 60 giorni continuativi.
6. I medici RUAP, in ordine di graduatoria, scelgono le sedi in cui svolgere la propria attività in funzione della disponibilità nell'AFT di riferimento. Le ore potranno essere svolte in Casa di Comunità Hub, Spoke, nei presidi di ex Continuità assistenziale o nei Distretti in funzione delle necessità di servizio e della preferenza del medico, fermo restando la necessità di garantire un equa distribuzione delle ore tra attività di continuità assistenziale e attività proattiva.

Art. 4 - 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. 5 - GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ'

1. Dal 1 al 31 gennaio di ogni anno ogni ASP pubblica sulla 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 Siciliana;
 - d. medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994.
2. L'incarico viene proposto, all'interno dell'ordine di priorità della graduatoria (a, b, c, d), prioritariamente ai medici residenti nell'ambito territoriale dell'AFT, nell'ASP, nella Regione Siciliana ed infine fuori Regione Siciliana. 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. 6- 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 una 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 dell'AFT devono farsi carico di detta popolazione, anche in deroga alle limitazioni del massimale ex art. 38 co. 1 e co. 2, 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, 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:

conferisce un incarico a tempo determinato con apertura dello studio nella zona dell'AFT carente, al fine di garantire assistenza di prossimità; alternativamente può proporre ai medici dell'ambito l'apertura temporanea di uno studio medico, in locali aziendali, 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 dal presente accordo, a tutti i medici per il raggiungimento degli obiettivi dell'AFT.

Art. 7 - SOSTITUZIONI DEL MEDICO A RUOLO UNICO DI MEDICINA GENERALE

1. La sostituzione del medico a Ruolo Unico di Medicina Generale a ciclo di scelta è regolamentata dall'Art 36 dell'ACN vigente, il cui 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 1 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 1 è altresì firmato dal medico sostituto 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 al Referente AFT attraverso il modulo di cui all'allegato 1, 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 sostituzione, 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. 8 - 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 mantenere (ex art. 38 co 5 ACN) 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) tutti gli incarichi hanno durata annuale e sono rinnovabili;

- d) 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. 9 - 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, provvederà a interpellare le AFT vicine e nel caso in cui non riesca a trovare, in modo documentabile, il sostituto lo comunicherà formalmente (via pec) all'ASP che procederà alla 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 ACN 2019-21 deve essere di durata pari alla sospensione del medico sostituito. A tal fine le ASP scorrono la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 5 del presente AIR. 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'ASP, anche durante la sostituzione la quale, nel caso, verrà affidata ad altro medico.

Art. 10 - SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI

1. 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. 11 - MASSIMALI DI SCELTA

1. I massimali di scelta sono quelli identificati e disciplinati nell'ACN 2019/2021.
2. L'incarico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria viene concesso 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. 39 commi 4, 5, 6 ACN, 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 medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale per gli incarichi a tempo determinato.
5. Per i medici corsisti di medicina generale si applica la compatibilità ore/scelte ACN 2024 art.38 comma 9
6. E' possibile richiedere l'autolimitazione per la scelta dei pazienti, in misura non inferiore a 1200 assistiti, per non meno di 24 mesi.

Art. 12 - 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. 13 - PARTECIPAZIONE A GRUPPI DI LAVORO E COMITATO AZIENDALE

1. Al fine di consentire la piena e produttiva partecipazione dei medici di medicina generale ai momenti di programmazione e gestione 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;
 - una indennità di spostamento pari all'importo identificato per le spese di viaggio nella pubblica amministrazione.
2. Il referente AFT è 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 un unico referente di AFT - almeno, nella misura di uno ogni tre AFT - e comunque parametrato alla parte pubblica.
3. I compensi di cui al presente articolo sono a carico delle Aziende nell'ambito della quale operano i singoli medici.

Art. 14 INDENNITÀ CHILOMETRICA

1. Al medico RUAP che espleta servizio in attività programmate dall'azienda (nel caso di mancata di disponibilità del mezzo aziendale e comunque fuori dal territorio del Comune) diurne domiciliari (ex art. 16 co. 16 del presente accordo) con mezzo di trasporto proprio o attività notturna a quota oraria, spetta un'indennità chilometrica pari al costo di un litro di benzina verde per ora di incarico art. 47 comma 8 ACN 2024.

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 consente, 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., 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

Art. 16 - ATTIVITA' ASSISTENZIALE DELL'AFT

1. 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). Per un maggior dettaglio si rimanda a quanto previsto dall'ACN agli articoli 29, 43 e 44, e dal D.A. n. 605 dell'11/06/2025 pubblicato si GURS n. 27 del 20/06/2025 che ha definito il modello organizzativo assistenziale nella Regione siciliana.
2. Ai sensi del DA 605/2025 ogni AFT deve avere almeno una sede aziendale di accesso ("sede unica di AFT") facilmente riconoscibile dalla popolazione che garantisca l'accessibilità 24h. Le Aziende sanitarie provinciali, ai sensi dell'art. 29 comma 4, possono attivare sedi secondarie di AFT al di fuori delle case di comunità, sulla base di una valutazione delle esigenze rilevate localmente e dell'offerta presente sul territorio, anche in sedi proposte dai medici componenti la AFT, previa autorizzazione del Distretto nell'ambito della programmazione aziendale.
3. Ai sensi del DA 605/2025 (All.B) e come riportato dall'art. 29 co. 6 dell'ACN i compiti essenziali della AFT sono:
 - a) assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti (co. 13 del presente articolo);
 - b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata per

- sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- c) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.
4. 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
5. 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 (ex art. 35 co 5 ACN – DA 605/25 all. B – Linee di indirizzo Accordo Stato regioni 25/117/CR05a/C7) Il referente AFT vigilerà sulla corretta attuazione.
6. 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) prestazioni di livello territoriale non differibili, anche a seguito di richiesta/invio da parte del servizio NEA 116117.
7. 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.
8. 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 partecipano al 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).
9. I medici dell'AFT appartenenti alle forme associative, già costituite ai sensi dei precedenti ACN (dall'Art 59 lettera B, comma 1 dell'ACN 2005) e AIR, integrano le attività svolte con quelle dell'AFT fino al perdurare delle suddette forme associative.
10. 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 attraverso la condivisione di PDTA, di Piani di cura individuali ed il monitoraggio dei risultati di salute.
11. L'AFT garantisce all'interno della programmazione aziendale e distrettuale nella sede dell'AFT la gestione della diagnostica di primo livello strumentale/telemedicina nella gestione dei PDTA dei cronici e contribuire a contenere le liste d'attesa attraverso il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Gli obiettivi e l'implementazione della diagnostica di primo livello oltre che della gestione dei PDTA dei cronici sarà argomento di trattazione del comitato Aziendale. Le risorse saranno reperibili dai fondi eventualmente messi a disposizione dall'abbattimento delle liste d'attesa e da fondi aggiuntivi eventualmente assegnati dalle Aziende.
12. La AFT garantisce la continuità dell'assistenza per la gestione delle prestazioni non differibili 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.
13. L'AFT garantisce assistenza ai cittadini non residenti nella Regione Siciliana secondo quanto stabilito dall'art.46 ACN. Tali prestazioni, a carico dei cittadini non residenti, saranno retribuite al RUAP, direttamente al Medico RUAP in servizio che rilascerà apposita quietanza , con i seguenti compensi:
- visita ambulatoriale: 20 euro

- visita domiciliare 35 euro
 - prestazioni ripetibili: 5 euro .
14. 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.
 15. 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.
 16. I medici della AFT, in attività oraria, nell'ambito delle attività assistenziali distrettuali programmate dall'Azienda, possono svolgere anche servizi domiciliari diurni per pazienti fragili.
 17. 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.
 18. In merito alla necessità prescrittiva di presidi e ausili, dopo la prima prescrizione dello specialista e/o UVM, il Medico RUAP può rinnovare la prescrizione fino a cessata necessità o variazione assistenziale. La Regione si impegna a favorire l'adozione da parte delle Aziende sanitarie di sistemi informatici/informativi che facilitino il rinnovo dei presidi e ausili con add-on che dialoghino con i gestionali dei RUAP.
 19. In occasione della ricorrenza della festa patronale e del prefestivo il medico RUAP titolare di scelte non è tenuto a svolgere l'attività a scelta. L'AFT, pertanto, garantirà la continuità dell'assistenza tramite l'attività oraria H24. Compete al Comitato, ai sensi dell'art. 12 dell'ACN, individuare nell'ambito dei comuni della propria ASP i giorni delle feste patronali.
 20. I RUAP titolari di scelte usufruiranno della festa patronale limitatamente al comune in cui esercitano.

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;
5. I risultati di salute sono valutati come risultato complessivo della AFT e non come risultato del singolo RUAP componente della stessa AFT. Pertanto gli indicatori saranno calcolati sull'intera popolazione presa in carico dalla AFT.
- Per gli anni 2025 e 2026 si rimanda alla Norma Transitoria n. 2 e all'art. 37 del presente AIR.
6. Nello specifico gli indicatori utilizzati saranno coerenti con quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia e precisamente:

A. SCREENING ONCOLOGICI

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

- Valore atteso per la cervice uterina: 30%
- Valore atteso per la mammella: 40%
- Valore atteso per il colon-retto: 30%

B. VACCINAZIONE ANTIINFLUENZALE

Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>65aa). Valore atteso 75% rilevato dal modello AVUR:

C. 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: 40%

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: 65%

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: 60%

Lista Trapianti

I RUAP garantiscono, per i pazienti con Insufficienza Renale cronica in stadio 5° e filtrato glomerulare sotto 20 ml/min (ancora in fase conservativa), l'invio, con prescrizione di "visita nefrologica L.A.T." (Lista Attesa Trapianti) per essere sottoposti a valutazione per trapianto e, se eleggibili, inseriti in Lista Trapianti. Indicatore utilizzato:

- R
- n. pazienti inviati, con prescrizione, alla valutazione LAT (lista attesa trapianti) per trapianto /
 - n. dei pazienti con Insufficienza Renale cronica in stadio 5° e filtrato <20
 - Valore atteso: 90%

Tale indicatore sarà autocertificato dai RUAP e l'autocertificazione dovrà contenere i codici fiscali dei pazienti inviati.

Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici

- Valore atteso: riduzione del 10% rispetto all'anno precedente, al netto delle prescrizioni indotte. Tale valore atteso sarà oggetto di rivalutazione annuale
7. Il sistema degli obiettivi 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 condivisi entro il 30 novembre di ogni anno, con le OO.SS. di categoria ed eventualmente riviste le percentuali aggiuntive sentite le OO.SS.
 8. Il raggiungimento dei risultati previsti (valori attesi) permette ai medici dell'AFT di accedere alla parte variabile del compenso economico.

Art. 18 – LA REMUNERAZIONE DELL'AFT

1. Secondo quanto previsto dall' art. 29 co 11 ACN 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." Tali indicatori sono quelli definiti nel "Nuovo Sistema di Garanzia" e misurano il raggiungimento degli obiettivi, inerenti all'effettiva erogazione dei LEA. Sono utilizzati dal Ministero della Salute per valutare le Regioni e a loro volta le Regioni li assegnano ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e a tutti i livelli organizzativi (incluso il RUAP) che, con differenti attività e grado di responsabilità, contribuiscono al raggiungimento del medesimo risultato misurato con gli stessi indicatori che sono inseriti nell'art. 17 del presente AIR. Nell'ambito di questo processo tutto il SSR viene valutato annualmente e ciascun soggetto coinvolto accede alla parte variabile della propria remunerazione a seguito di verifica del raggiungimento dei risultati attesi.
3. 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 alla partecipazione e al raggiungimento dei valori attesi, valutato come risultato della AFT:

- a) **valorizzare il budget AFT per il Governo Clinico** (secondo quanto definito all'art. 17 del presente AIR) con € 7,13 lordi ad assistito della AFT (assistiti calcolati con la metodologia di rilevazione delle zone carenti ex art. 32 co 2 ACN);
- b) **valorizzare il budget AFT per la copertura vaccinale antiinfluenzale degli over 65 aa** (secondo quanto definito all'art. 17 del presente AIR), con € 4 lordi ad assistito >65 aa della AFT vaccinato (fermo restando quanto previsto nell'accordo integrativo specifico per le

vaccinazioni, siglato in data 29/09/2025) che verrà erogato al raggiungimento del 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 € 10 lordi a vaccino inoculato (e €15 al domicilio del paziente) e documentato dal sistema informatico AVUR e/o cartaceo (in base a quanto previsto nell'accordo integrativo specifico per le vaccinazioni, siglato in data 29/09/2025) ;

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

- per la cervice uterina: € 5,00 lordi per paziente che ha effettuato lo screening in caso di raggiungimento del valore target definito dal presente AIR;
- per la mammella: € 5,00 lordi per paziente che ha effettuato lo screening in caso di raggiungimento del valore target definito dal presente AIR
- per il colon-retto: € € 5,00 lordi per paziente che ha effettuato lo screening in caso di raggiungimento del valore target definito dal presente AIR.

Il budget AFT valorizzato in ragione della popolazione target presente nei territori delle stesse viene distribuito, per ogni screening, ai medici delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, in base alla partecipazione, verificato il raggiungimento del valore atteso inserito nell'art. 17 del presente AIR.

4. Il budget così composto viene assegnato dall'Azienda alla AFT, in caso di raggiungimento dei singoli target previsti:
 - a) per il governo clinico, anticipatamente (v.comma 6), in ragione della consistenza numerica della popolazione assistita (come indicato al co. 4 lett. a) del presente articolo;
 - b) per le vaccinazioni in ragione della consistenza numerica della popolazione >65 aa vaccinata della AFT (come indicato al co. 4 lett. b) del presente articolo);
 - c) per gli screening in ragione della consistenza numerica della popolazione target che ha effettuato lo screening della AFT (come indicato al co. 4 lett. c) del presente articolo).
5. 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 relativo alla parte variabile.
6. La parte variabile della remunerazione dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria è, quindi, legata al raggiungimento degli obiettivi della AFT, coincidenti con quelli assegnati alle Aziende sanitarie e riportati nell'art.17 del presente AIR.

Per gli obiettivi inerenti al "governo clinico" di cui all'art.17 comma 6 lett.C del presente AIR, la parte variabile viene corrisposta in modo anticipato mensilmente, con monitoraggio trimestrale da parte del referente AFT sulla scorta delle autocertificazioni del medico RUAP e valutazione annuale da parte dell'azienda con eventuale recupero delle somme in caso di mancato raggiungimento dei risultati attesi alla data del 31 dicembre di ogni anno.

Per gli obiettivi inerenti agli "screening oncologici" di cui all'art 17 c.6 lett.A del presente AIR e alla "vaccinazione antiinfluenzale" di cui all'art 17 c.6 lett.B del presente AIR, la remunerazione sarà effettuata annualmente e rispettivamente sui dati verificati al 31 dicembre di ogni anno e alla fine della campagna vaccinale (dati verificati al 28-29 febbraio di ogni anno).

I medici RUAP autocertificano mensilmente i risultati raggiunti al Responsabile della AFT che monitora tali risultati e coordina le eventuali azioni di miglioramento.

Il responsabile della AFT trasmette trimestralmente al Distretto una dichiarazione sostitutiva in cui autocertifica i risultati raggiunti dalla AFT e una relazione sulle eventuali azioni di miglioramento poste in essere o quelle previste e propone eventuali azioni congiunte al distretto per favorire il conseguimento degli obiettivi.

Annualmente l'Azienda verifica, attraverso l'U.O. controllo di gestione, il raggiungimento dei risultati

previsti e ne dà comunicazione al Direttore delle U.O. di Cure Primarie, che in caso di mancato raggiungimento degli stessi, procede al recupero delle somme anticipate.

8. La corresponsione di quanto dovuto ai singoli medici, effettuato dall'Azienda a seguito di valutazione del Referente della AFT, verrà suddivisa ai professionisti in base ai risultati raggiunti dalla AFT nel suo complesso. Sono esclusi dalla corresponsione della parte variabile i medici ad attività oraria che decidono di non assumere l'incarico di Ruolo Unico ex art. 31 e 32 dell'ACN 2019-2021. La parte assegnata alle AFT per tali medici, verrà equamente distribuita ai medici che hanno raggiunto gli obiettivi previsti a meno di documentata impossibilità a raggiungere gli stessi.
9. Al fine di accompagnare il processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria determinata dall'introduzione del Ruolo Unico, per gli anni 2025 e 2026 si rimanda alla Norma Transitoria n.2 e art. 37 del presente AIR.

Art. 19 – TRATTAMENTO ECONOMICO PER L'ATTIVITA' ORARIA ED ALL'INTERNO DELLA 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. Criteri di priorità per l'attribuzione dell'attività oraria, oltre quelli previsti dall'ACN, sono i seguenti:
 - a) Medici che hanno assunto incarico di RUAP (ACN 2024), nel rispetto di quanto stabilito all'art. 38 ACN.
 - b) In caso di carenza potranno essere coinvolti, temporaneamente e su base volontaria, i medici che hanno assunto incarico di RUAP (ACN 2024) che hanno esaurito il debito orario (ex art. 38 ACN), in forma di disponibilità aggiuntiva pari a 6 ore settimanali.
 - c) Medici a Ruolo Unico ad attività oraria ACN 2022 che non hanno optato per l'assunzione dell'incarico di RUAP per un massimo di 6 ore diurne settimanali, ex art 38 co 8, per lo svolgimento di attività istituzionali e progetti aziendali (es. Ambulatori Codici Bianchi presso i Pronto Soccorso degli Ospedali) e con la retribuzione prevista all'art.47, co.3 lett.A.
 - d) Espletate le procedure ai punti precedenti si attingerà, per incarichi temporanei, alle graduatorie aziendali di disponibilità stilate ai sensi dell'art.19 ACN/2024.
4. L'attività oraria della Medicina del Ruolo Unico di assistenza primaria viene retribuita con €26,77/ora lordi (ex art. 47 co. 3 lett. A.).
5. L'attività oraria diurna svolta nelle Case della Comunità Hub e Spoke, in quanto attività di medicina proattiva (come indicato nel citato D.A. 605/2025 e secondo 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 2024. Eventuali incrementi orari per le attività orarie notturne saranno valutate sulla base della disponibilità di risorse economiche nell'ambito dei finanziamenti previsti per il personale sanitario.
6. Le ore di attività prestate nelle giornate festive e negli orari sotto indicati saranno retribuite con una maggiorazione di 6 euro l'ora, al lordo degli oneri previdenziali:

1 Gennaio 8:00-20:00

6 Gennaio 08:00 – 20:00

- Pasqua 08:00 – 20:00; 20:00 – 08:00
- Lunedì di Pasqua 08:00 – 20:00
- 25 Aprile 8:00 – 20:00
- 1 Maggio 08:00 – 20:00
- 15 Agosto 08:00 – 20:00
- 24 Dicembre 20:00 – 08:00
- 25 Dicembre 08:00 – 20:00; 20:00 – 08:00
- 26 Dicembre 08:00 – 20:00
- 31 Dicembre 20:00 – 08:00

Ulteriore maggiorazione di 3 euro l'ora è retribuita l'attività oraria nei giorni ed orari 1 Gennaio 08:00 – 20:00, Pasqua 08:00 – 20:00, 24 Dicembre 20:00 – 08:00, 25 Dicembre 08:00 – 20:00 e 31 Dicembre 20:00 – 08:00.

Art. 20 - 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 ACN 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 preferibilmente in un giorno prefestivo.
4. La designazione dei Referenti AFT deve avvenire entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente AIR.
5. Il Referente di AFT è eletto da tutti i medici componenti l'AFT mediante elezione a maggioranza dei voti, valida in prima convocazione con la partecipazione di almeno il 50%+1 dei componenti la AFT, successivamente con qualunque percentuale di partecipanti.
6. 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 con certificazione equipollente ai corsi per assunzione di incarico di struttura) 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.
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 ACN 2019-2021, 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 con il supporto del personale amministrativo dell'AFT;
- promuove la gestione integrata delle patologie croniche per il raggiungimento degli obiettivi di AFT;
- promuove e coordina le attività vaccinali e screening di AFT effettuate dai medici di AFT;
- convoca e conduce la riunione periodica di AFT, sia a carattere organizzativo che clinico, redige e invia il relativo verbale al Distretto.
- collabora con l'Azienda nella diffusione delle informazioni, nelle iniziative formative, nelle necessità organizzative correlate a specifiche iniziative aziendali.

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 art. 16, 17 e 18 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 € 1000 a cui si aggiunge una premialità per il raggiungimento dei risultati legati agli obiettivi della AFT, pari a € 500 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).
15. Il referente, oltre ai casi previsti dall'ACN 2024 decade su richiesta di 2/3 dei medici dell'AFT oppure per mancato conseguimento degli obiettivi organizzativi e/o ottemperanza ai compiti previsti dall'art. 30 dell'ACN/2024.

Art. 21 - RIUNIONE DI COORDINAMENTO, PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA AFT (RIUNIONE DI AFT)

1. I medici di ciascuna AFT si riuniscono con cadenza periodica presso i locali individuati dall'Azienda o dalla AFT stessa, fatto salvo i medici in servizio, in malattia o che hanno prodotto adeguato giustificativo.
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, nelle realtà orograficamente disperse
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 22 -LA FORMA AGGREGATIVA DELLA AFT

1. La partecipazione alla formula aggregativa della AFT è condizione irrinunciabile per accedere e/o mantenere la convenzione (art. 43 punto 4 del ACN 2024), pertanto non è assimilabile agli istituti già previsti dagli Accordi Collettivi Nazionali pregressi (ex art. 59 lett. B punto 1 lettera a) AA.CC.NN. 2005 e 2009) che riconoscevano tali attività come incentivanti e la cui copertura era limitata a specifiche percentuali di assistiti.
2. L'Aggregazione Funzionale Territoriale è costituita da un gruppo di medici di assistenza primaria (in media n.31) che si prende cura della popolazione residente nel territorio della AFT stessa (una porzione media di 30.000 abitanti). La parola aggregazione esplicita l'assetto di équipe in cui i medici svolgono la loro attività. Tale assetto è l'essenza della AFT e prevede la condivisione e la circolarità dei dati sanitari di tutti i pazienti della AFT tra i medici che la compongono (compresi quelli solo ad attività oraria che, nel momento di passaggio, non hanno assunto l'incarico di ruolo unico). Al fine di agevolare lo sviluppo della rete informatico/informativa e di finanziare l'acquisizione e l'aggiornamento di sistemi di interoperabilità tra i software dei Medici RUAP, all'interno della stessa AFT, viene attribuita a tutti i medici delle AFT la somma di €4,70 a paziente. Tale interoperabilità deve garantire un sistema di governo clinico che analizzi i dati dei pazienti in carico, rilevi le criticità clinico-gestionali e suggerisca su quali pazienti intervenire nell'ottica di una medicina proattiva, attraverso indicatori chiari e coerenti con gli obiettivi assegnati alla AFT.
3. Posto, come sopra detto, che le AFT non sono istituti incentivanti, l'ACN (ma prima ancora la legge Balduzzi del 2012 che le ha istituite ex art. 29 co. 1 ACN) attribuisce alle stesse, funzioni di medicina in équipe con forti assonanze alle forme associative ex ACN 2005 e 2009 ma con la sostanziale differenza che l'Aggregazione Funzionale Territoriale rappresenta la medicina in aggregazione senza la quale non si assume o mantiene la convenzione e che si estrinseca in attività oraria retribuita unitamente alla quota capitaria, superando il concetto di incentivazione all'attività in studio della figura del MMG, ormai superata. Ciò nonostante, l'ACN vigente dà indicazioni solo sul mantenimento della retribuzione delle vecchie forme incentivanti dell'associazionismo, prioritariamente per "...salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che

JK

percepiscono gli incentivi e le indennità di cui al punto II, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici". Come già sopra riportato, la partecipazione al nuovo assetto assistenziale prevede la condivisione dei dati sanitari dei pazienti in carico con tutti gli altri medici della AFT (e non solo di quelli "associati" secondo i pregressi ACN).

4. Ai medici che in atto percepiscono l'indennità di associazionismo ex ACN 2005 e 2009 e AIR 2010, come sopra esplicitato, non verrà ulteriormente corrisposta la somma di € 4,70 che viene considerata già all'interno della pregressa indennità da erogare per salvaguardarne il trattamento economico. Le indennità già riconosciute, verranno corrisposte per intero fino a quando le forme associative manterranno lo standard strutturale, strumentale e organizzativo già realizzato (art.47 lettera D punto III). Al venir meno di tali requisiti, continuerà ad essere corrisposta, senza soluzione di continuità, la somma di € 4,70 a paziente.
5. Ai medici a cui è in atto riconosciuta l'indennità di associazionismo semplice a € 2,58 a paziente, che, se pur ad esaurimento, copre l'11% della popolazione, viene corrisposta la somma di € 2,12 a conguaglio dei € 4,70.
6. Ciascun medico RUAP, nell'ambito dell'attività 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.
7. 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 per 12 ore (dalle 8:00 alle 20:00)
8. La copertura di cui al presente comma deve essere garantita anche in caso di sostituzione ai sensi dell'art 36 comma 1 ACN.
9. 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 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.
10. Tale sistema viene integrato, con oneri a carico delle Aziende, con i sistemi informativi distrettuali.
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 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 che si farà carico di segnalarlo alla centrale NEA 116177.
12. Ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta svolge attività anche nei confronti degli assistiti in carico agli altri componenti dell'AFT per le prestazioni non differibili

Art. 23 - 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). Ai Medici di Medicina Generale che usufruiscono di un'indennità di cui all'art. 59, lett. B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. devono essere mantenute le medesime indennità e non possono essere erogate somme superiori a quelle percepite al 31/12/2024.
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 confluiscano 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."

3. Le risorse costituenti il fondo aziendale dei fattori produttivi sono quelle indennità che sono riconosciute a tutti i medici che già le percepiscono, prioritariamente per salvaguardarne il trattamento economico. Esse sono legate ad attività di cui all'ACN 23 marzo 2005 ed in particolare:

a. INDENNITÀ DI ASSOCIAZIONISMO.

Le Aziende considereranno esclusivamente le domande di accesso a tale istituto pervenute entro il 31/12/2024. Le forme associative e le connesse indennità, in essere a tale data sono mantenute ad esaurimento ovvero fino al perdurare dello standard strutturale, strumentale ed organizzativo. Non è riconosciuta l'indennità di associazionismo in caso di nuove affiliazioni di medici alle precedenti forme associative né il ripristino delle quote dei cessati con nuovi ingressi. Le richieste per indennità di associazionismo a forme associative ad esaurimento, pervenute alle aziende fino al 31/12/2024, sono erogate nei limiti del turnover e della capienza del fondo.

Fermo restando quanto stabilito all'art. 22 co. 4 del presente AIR, nel Fondo dei Fattori Produttivi confluiscano, alla cessazione del rapporto dei titolari e/o al venire meno della formula associativa, le previgenti indennità per la partecipazione alle varie forme associative, per la parte eccedente la quota di € 4,70 (ex art. 22 punto 4 del presente AIR). Tali somme rimangono vincolate per finanziare attività di riqualificazione dell'offerta assistenziale, definite dal comitato aziendale della medicina generale

b. INDENNITÀ DI COLLABORAZIONE INFORMATICA

Confluiscano nel Fondo dei Fattori Produttivi, alla cessazione del rapporto dei titolari, le quote incentivanti, di cui all'art. 59 lett. B co. 1 lett. b) ACN 2005 e 2009, relative alla collaborazione informatica pari a € 77,47 mensili. Tali somme devono essere utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che già le percepiscono, *"...purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici"* (art. 47 co. 2 lett. D ACN 2019-2021).

Alla cessazione del rapporto convenzionale di medici componenti le AFT le previgenti indennità informatiche sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei medici che entrano nelle AFT.

c. INDENNITÀ PER IL COLLABORATORE DI STUDIO

Confluiscano nel Fondo dei Fattori Produttivi, alla cessazione del rapporto dei titolari, le quote incentivanti, di cui all'art. 59 lett. B co. 1 lett. c) ACN 2005 e 2009, relative all'assunzione di un collaboratore di studio pari a € 3,50 a paziente in carico. Tali somme devono essere utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che già le percepiscono o che, ai sensi dell'AIR 2010, risultano idonei alla data del 31/12/2024, *"...purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici"* (art. 47 co. 2 lett. D ACN 2019-2021).

Alla cessazione del rapporto convenzionale di medici componenti le AFT le previgenti indennità di collaboratore di studio sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei medici che entrano nelle AFT.

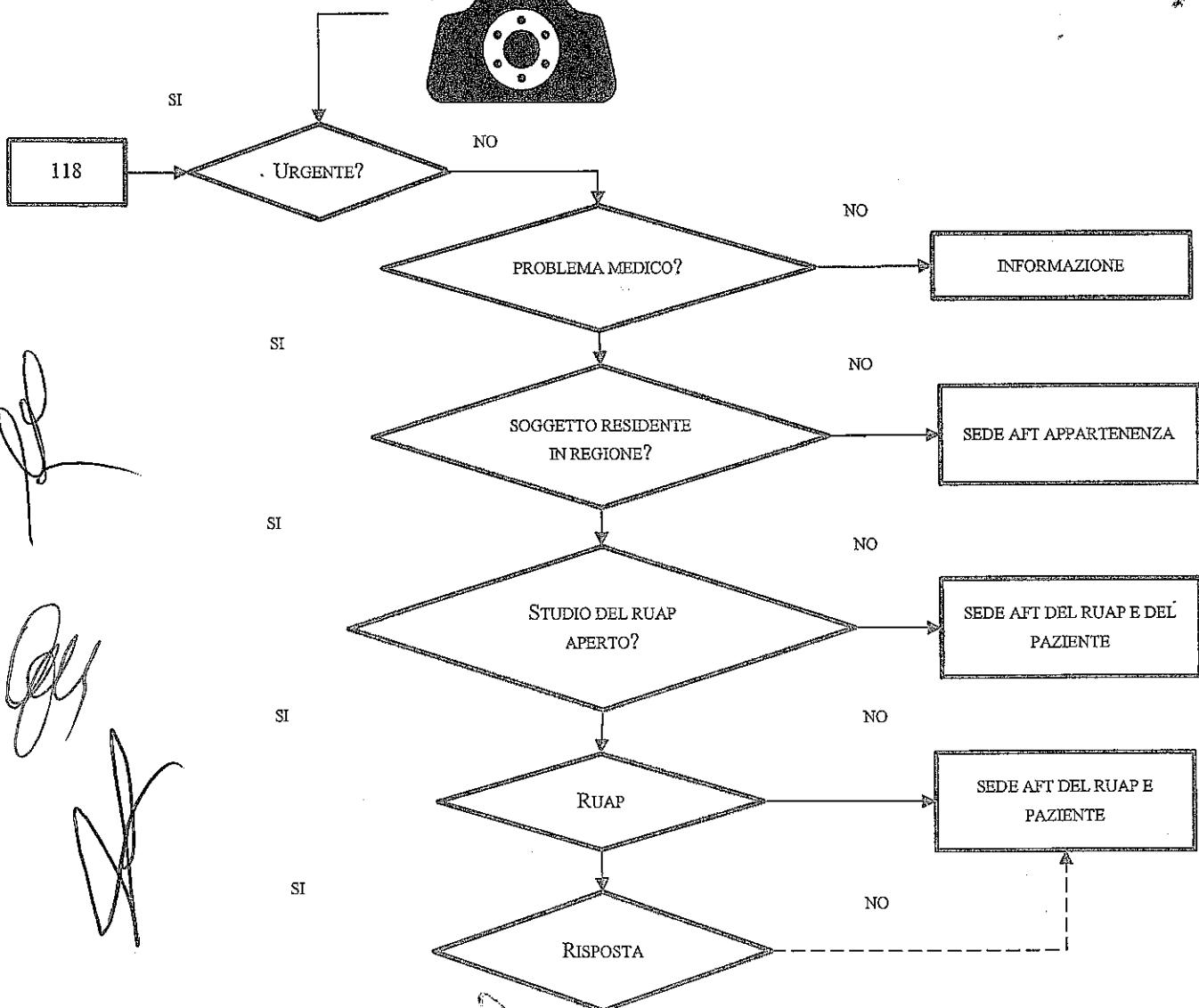
Art. 24 - RETE INFORMATICA DI AFT

1. La rete informatica dell'AFT deve garantire, all'interno dell'aggregazione, la condivisione e la circolarità, tra i RUAP, dei dati sanitari della popolazione in carico alla stessa e che è distribuita tra le scelte dei vari componenti. Nel ribadire quanto esposto nel co. 2 e co.9 dell'art. 22 del presente AIR, i cui contenuti qui si intendono riportati, risulta condizione basilare per il lavoro dell'équipe monoprofessionale l'interoperabilità dei sistemi di gestione sanitaria dei pazienti di scelta dei singoli RUAP e l'utilizzo di un sistema di governo clinico che analizzi i dati dei pazienti in carico, rilevi le criticità clinico-gestionali e suggerisca su quali pazienti intervenire nell'ottica di una medicina proattiva, attraverso indicatori chiari e coerenti con gli obiettivi assegnati alla AFT,
2. Tutti i medici componenti dell'AFT, condividono, nell'ambito della stessa, 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.
3. 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 direttamente disponibili nei gestionali dei medici che hanno in carico gli assistiti.
4. 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.
5. Oltre alla somma attribuita, a vario titolo, a tutti i medici delle AFT pari di €4,70 a paziente (ex co. 2 art. 22 del presente AIR), si riconosce la somma di € 77,47 mensile a tutti i medici dell'AFT con contratto a tempo indeterminato, al fine di contribuire all'ingresso del medico nella rete informatica.
6. 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.
7. L'Azienda provvede a dotare le sedi di riferimento dell'AFT di apparecchiature informatiche (hardware) idonee a supportare gli applicativi (software) dei RUAP della AFT, interconnessi tra loro.
8. L'azienda si deve dotare di software di interconnessione tra la propria banca dati sanitari di popolazione e quella della AFT, anche al fine di monitorare il raggiungimento dei risultati di salute previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e richiesti alle AFT, ai Distretti e agli stessi Direttori Generali delle Aziende

Art. 25 - 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 (per prestazioni non differibile in territori di difficile contesto orografico);
 - c. accesso alla sede unica di AFT per le prestazioni non differibili;
 - d. accesso tramite il servizio 116117 secondo lo schema sotto descritto:

116117



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. fermo 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. 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 anche nel rispetto della genitorialità.
4. 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 festivi e prefestivi tramite centrale operativa 116117 vengono espletate dai medici che svolgono attività oraria.
5. 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.
6. Le modalità adottate dall'AFT in merito alla contattabilità di cui al presente articolo sono comunicate e aggiornate dal referente di AFT al Distretto.

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. 26 – 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 riconosce un contributo all'assunzione di personale di supporto amministrativo/gestionale negli studi medici con lo stanziamento di una quota annua pari a € 3,50 lordi ad assistito a copertura del 20% della popolazione assistita dai Medici di Medicina Generale a Ruolo Unico che ne fanno richiesta. Con tale quota, unitamente a quella riconosciuta dai precedenti ACN a titolo di incentivazione di collaboratore di studio (e che l'ACN vigente stabilisce di continuare ad erogare prioritariamente per salvaguardare la retribuzione dei medici che già la percepiscono), si copre il 60% della popolazione assistita. Eventuali incrementi della copertura della popolazione assistita saranno valutati sulla base della disponibilità di risorse economiche nell'ambito dei finanziamenti previsti per il personale sanitario.
- 2 In fase di prima applicazione i medici interessati e che non usufruiscono della indennità (ai sensi dell'art. 59 lett. B co. 1 lett. c) ACN 2005 e 2009), ne debbono fare richiesta al Dipartimento cure primarie entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo sulla GURS. Tale richiesta va presentata durante l'anno dai medici che assumono l'incarico di RUAP che intendono accedere a tale supporto e comunque entro il 31 Dicembre di ogni anno.
- 3 Sono esclusi dal contributo i medici che non percepiscono già l'indennità e 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 l'eventuale nulla osta alla sua utilizzazione.
- 5 L'effettiva utilizzazione del personale deve avvenire entro 90 giorni dalla comunicazione del nulla-osta in ordine di priorità legata all'anzianità di servizio.
 - 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.

Art. 27 – IL PROGETTO SALUTE - PRIMO STEP - Prevenzione

1. Il Progetto di Salute ex DM 77/2022 "...è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE. La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del SSN...".
2. Il Progetto di Salute, nell'accezione più ampia prevista dal DM 77, coinvolge tutta la popolazione dell'AFT, dai soggetti con fattori di rischio ai cronici conclamati e "...rappresenta uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico della popolazione dell'AFT, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche."
3. Il suddetto Progetto Salute viene finanziato con le risorse regionali già impiegate nell'ex progetto qualità, previste nell'AIR 2010 e dal Fondo di ponderazione (alimentato dall'assegno ad personam pari a € 0,84 mensili ad assistito maturato alla data del 2010). Viene riconosciuta a tutti i medici RUAP (nell'accezione dell'art. 31 co. 1 ACN 2022) un somma pari a € 5,65 ad assistito annui per identificare e stratificare, in base a determinati fattori di rischio, la porzione di popolazione della AFT ricompresa tra i 30 e i 60 anni di età.
4. In linea con quanto previsto nel DM 77/22 (al Punto 3 per ciò che riguarda il Progetto salute) e in armonia con quanto stabilito nel Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) i fattori di rischio da ricercare proattivamente da parte dei RUAP nelle diverse fasce di età e trattare conseguentemente, attraverso l'empowerment dei cittadini e specifici interventi mono o pluridisciplinari, sono:
 - quelli comportamentali delle malattie croniche non trasmissibili, quali consumo di tabacco, inattività fisica e sedentarietà, scorretta alimentazione e consumo rischioso e dannoso di alcol;
 - le condizioni (fattori di rischio intermedi) che già di per sé vanno considerate patologiche, seppure ancora almeno in parte reversibili, se diagnosticate e trattate in tempo (ipertensione arteriosa sovrappeso/obesità, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose e cancerose iniziali, nonché l'insufficienza renale e il glaucoma).
5. I fattori di rischio/condizioni morbose, una volta individuate, vanno prese in carico o individualmente o dalla AFT, nell'ambito dell'attività svolta nelle sedi uniche, ovvero dai Team multiprofessionali cui le AFT fanno capo.
6. La registrazione dei dati rilevati a seguito della ricerca attiva va effettuata sul proprio software per

la presa in carico e i dati trasmessi al distretto per la programmazione degli interventi e per la remunerazione.

7. I fattori di rischio da valutare sono: consumo di tabacco, inattività fisica e sedentarietà, scorretta alimentazione e consumo rischioso e dannoso di alcol;
8. Le condizioni patologiche: ipertensione arteriosa, sovrappeso/obesità, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose e cancerose iniziali, nonché l'insufficienza renale e il glaucoma.
9. La remunerazione viene corrisposta al RUAP quale quota fissa in dodicesimi ed è legata a questa specifica attività descritta una volta l'anno dal medico RUAP e comunicata al Referente AFT che lo comunica al Direttore del Distretto.
10. Per gli obiettivi inerenti alle attività previste nel presente articolo, la remunerazione viene corrisposta in modo anticipato mensilmente, con verifica trimestrale e valutazione annuale ed eventuale recupero delle somme in caso di mancato raggiungimento dei risultati attesi, in un'unica soluzione alla verifica dei risultati raggiunti alla data del 31 dicembre di ogni anno.

Indicatore di risultato:

N. di soggetti sottoposti a visita, valutati per i fattori di rischio e per le condizioni patologiche previste nel presente articolo /n.soggetti di età pari a 30 - 35 - 40 - 45- 50 -55 - 60 anni in carico alle AFT

Valore atteso 60%

CAPO III ULTERIORI DISPOSIZIONI

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

1. In merito alla sicurezza dei presidi, 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;
2. Il Comitato Aziendale vigila sul rispetto delle presenti norme anche in previsione dell'utilizzo di nuove sedi di AFT.
3. 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 il NEA 116117.

Art. 29 - ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO

1. L'azienda assicura i medici che svolgono il servizio di Medicina Generale a ruolo unico, contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'A.C.N. e del presente A.I.R., ivi compresi quelli subiti in itinere, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dall'A.C.N. e dal presente A.I.R. Le aziende sanitarie stipulano una polizza "KASKO" per i medici in servizio, includendo anche i rischi di incendio, furto e atti vandalici occorsi durante le ore di servizio.
2. Il contratto è stipulato, senza franchigia, per i seguenti massimali:
 - a) € 775.000 per morte o invalidità permanente;
 - b) per invalidità temporanea assoluta, al medico è riconosciuto il mancato guadagno, pari al compenso orario in attività di servizio, per un massimo di 90 giorni. Tale compenso verrà anticipato mensilmente dall'azienda.
3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari del presente accordo entro 90 giorni dalla sua entrata in vigore. Ai medici deve essere data opportuna informazione relativamente ai termini ed alle modalità di copertura di detta assicurazione

Art. 30 - 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 per tutto il periodo previsto dal D.Lgs 151/2001.
2. Ogni mese di sospensione dall'incarico ai sensi dell'art 20 comma 4 ACN 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.
4. Come previsto dall'Art 22 ACN, la sospensione part-time dell'attività di cui al presente articolo può

essere in via alternativa all'altro genitore richiesto dai medici padri o affidatari di minore per un massimo di 12 mesi dalla nascita o dall'adozione o affido.

5. Il referente di AFT 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.
6. La sospensione parziale dell'attività 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.
7. Fatto salvo quanto previsto dall' art. 19, comma 1, lett. f) ACN 2024, il medico titolare a Ruolo Unico divenuto inabile allo svolgimento dei compiti di cui al capo III dell'A.C.N., il cui stato di inabilità venga accertata dalla competente commissione periferica di verifica del Ministero delle economie e delle finanze, sia per malattia e/o infortunio extra professionale, ivi incluso l'aggravamento di patologie preesistenti, sia per malattia e/o infortunio occorsi a causa o in occasioni dell'attività professionale espletata ai sensi del presente accordo, ivi compresi gli infortuni subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, dovrà essere adibito ad altre attività programmate territoriali, compatibili con il suo stato di salute. I medici titolari già giudicati inabili allo svolgimento dei compiti da parte dei colleghi medici, dovranno essere sottoposti a nuova visita da parte della commissione periferica di verifica del Ministero delle economie e delle finanze.
8. Il medico dichiarato inidoneo mantiene il monte ore previsto nell'A.C.N. e mantiene la retribuzione relativa alle attività effettivamente svolte compatibili con le limitazioni riconosciute.
9. La sede di lavoro è concordata tra la direzione dell'A.S.P. ed il sanitario interessato, sentito il parere del comitato aziendale, avendo particolare riguardo della residenza anagrafica del medico e compatibilmente col suo stato di salute.
10. Al medico dichiarato inidoneo va attribuito, nella graduatoria regionale di medicina generale, il punteggio per l'attività programmata territoriale.
11. Qualora il medico titolare di Ruolo Unico di Assistenza Primaria sia dichiarato dalla competente commissione inidoneo allo svolgimento delle attività di Assistenza Primaria a ciclo Orario (APO) per una forma di inabilità riconosciuta permanente, l'azienda sanitaria individuerà l'incarico ai fini della rilevazione delle carenze; diversamente qualora l'inabilità sia riconosciuta come temporanea non sarà individuato alcun incarico vacante.
12. Il medico dichiarato inidoneo in modo permanente può chiedere il trasferimento presso altra A.S.P., previo parere favorevole del comitato regionale.
13. La continuità dell'assistenza può essere garantita dai medici RUAP svolgendo le seguenti attività:
 - a. Richiamo proattivo dei pazienti AFT
 - b. Consulenza al NEA 116117

Tale modalità di erogazione del servizio va considerata di particolare interesse nei casi di difficoltà nell'organizzazione del servizio, in specifiche aree territoriali disagiate, in caso di gravidanza e per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino (come previsto dall'art. 44 comma 7 dell'ACN vigente).

Art. 31 – 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, in ospedale, del piano assistenziale co-firmato 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. 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) al medico di medicina generale a esclusiva o prevalente quota oraria è corrisposto un compenso orario di € 55. Per le altre attività vale quanto stabilito dall'ACN.
- 5. Per ciascun accesso, per le attività di ADI e ADR del presente accordo, viene retribuito con un compenso pari a € 25,00. Gli stessi compensi vengono erogati in caso di attivazione di ADI palliativa di I livello.
- 6. ADP (assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non deambulabili (assoluti o relativamente a situazione logistiche) può essere espletata anche nelle case alloggio, case di riposo o case albergo. Ciascun accesso, per le attività di ADP del presente accordo, viene retribuito con un compenso pari a € 25,00. Gli stessi compensi vengono erogati in caso di attivazione di assistenza palliativa a pazienti terminali.
- 7. Gli accessi e le prestazioni a domicilio come sopra elencate devono essere documentate all'Azienda Sanitaria Provinciale.

Art. 32 - 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 e con gli obiettivi indicati nel nuovo sistema di garanzia (NSG).
- 2. 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. (?)
- 3. Per la vaccinazione (antiinfluenzale, , Anti RSV, Anti Covid ed eventuali ulteriori campagne di immunizzazione previste dalla Regione Sicilia, comprese le vaccinazioni destagionalizzate Anti Pneumococcica, Anti Zoster Anti HPV,), fermo restando quanto previsto all'art. 17 del presente AIR, la partecipazione dei medici a Ruolo Unico alle campagne di vaccinazione 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 AFT dovrà essere orientata prioritariamente a garantire la copertura dei gruppi di popolazione che presentano difficoltà ad accedere direttamente ai centri vaccinali (come gli anziani allettati) nonché ad offrire la vaccinazione ai gruppi di pazienti ad alto rischio dovuto alla presenza di condizioni di fragilità 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. (Si rimanda altresì a specifici accordi integrativi per la campagna vaccinale)

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) e quanto previsto dall'ACN 2019-2021.

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 al art. 17
5. Per la sorveglianza epidemiologica dei casi di sindromi simil-influenzali e dei virus respiratori (prima InfluNet) RespiVirNet, 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.
6. L'attività è dettagliatamente descritta nel protocollo operativo, annualmente aggiornato a cura dell'Istituto Superiore di Sanità.
7. I medici incaricati sono individuati dalla Rete RespiVirNet
 - per assicurare la continuità operativa che è garanzia di un buon livello di qualità delle segnalazioni;
 - per garantire una distribuzione geografica che copra tutta la regione;
 - se in possesso di connessione per la segnalazione automatica dei casi e disponibili ad effettuare i prelievi campionari per la sorveglianza viologica.
8. 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.
9. Per la sostituzione, si esamineranno le proposte provenienti dalle rappresentanze sindacali per verificare il rispetto dei criteri di incarico precedentemente indicati.
10. Il numero massimo di partecipanti è fissato in 150 medici, di cui 20 pediatri.
11. 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. 33 - PIANO FORMATIVO AZIENDALE (PFA)

1. In applicazione dell'articolo 26 dell'ACN 2019-2021, 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 dei RUAP 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 2019-2021;
 - b. redazione 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 definite dal Comitato Aziendale, con il supporto della UO Formazione 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 2019-2021 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 rinforzate a tale scopo.
6. In caso di partecipazione a corsi obbligatori di cui all'art 26 comma 8 ACN 2019-2021, il medico ad attività oraria è retribuito in quota oraria, come previsto dall'art 47 comma 3 lett.A) ACN vigente

7. Le Aziende Sanitarie, nell'ambito dell'offerta formativa, danno priorità alla programmazione di corsi BLS, BLSD.

Art. 34 - TAVOLO PARITETICO DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

1. Le parti convengono sull'opportunità di istituire un tavolo di confronto permanente regionale che permetta maggior agilità e velocità decisionale e anche un ottimale approfondimento tecnico in merito ai temi ed agli obiettivi che il vigente ACN affida alla contrattazione regionale. Il tavolo permanente di confronto, monitoraggio e valutazione, presieduto dall'Assessore alla salute o da suo delegato è formato pariteticamente da rappresentanti delle Aziende Sanitarie (cure primarie, direttori di distretto, farmacisti...) e ospedalieri, dai responsabili dei servizi assessoriali del settore territoriale e ospedaliero e da rappresentanti delle OOSS di MG, specialistica ambulatoriale medica e pediatria di libera scelta, firmatarie del presente AIR analogamente a quanto previsto per la formazione del tavolo di trattative del presente AIR, nonché da rappresentanti di altre categorie professionali coinvolte nei processi in esame. Il tavolo permanente di confronto, monitoraggio e valutazione si impegna ad affrontare prioritariamente le tematiche sotto elencate:
- problematiche relative all'attuazione del modello organizzativo Regionale di cui al DA 605/25;
 - appropriatezza prescrittiva; facilitazione all'attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici; integrazione ospedale e territorio;
 - cure domiciliari: definizione e risoluzione delle problematiche inerenti l'ADP, l'ADI, le RSA;
 - 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.
2. Potrà essere convocato dalla parte pubblica o anche su richiesta delle OOSS di categoria avente titolo.

Art. 35 - MAGGIORAZIONI ZONE DISAGIATISSIME

1. Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 21, comma 1, della legge regionale n. 26/96 le isole minori sono identificate come zone disagiatissime e viene prevista la presenza di un servizio di assistenza primaria a ruolo unico h. 24.
2. Ai medici RUAP che operano nelle isole minori è previsto il riconoscimento di una indennità nella misura di € 11,00 per ora di servizio effettivo.
3. I medici in servizio presso i presidi delle isole minori dovranno essere formati su temi specifici di emergenza-urgenza per almeno 20 ore supplementari rispetto a quanto previsto all'art. 33 del presente A.I.R., anche mediante un tirocinio teorico/pratico. Tale attività formativa, le cui modalità saranno concordate in sede aziendale, sarà retribuita su base oraria come attività lavorativa.
4. Le AA.SS.PP. rimborsano al medico a Ruolo Unico, che svolge la propria attività sulle isole minori il costo del biglietto A/R di trasporto con mezzo marittimo, a partenza dal porto più vicino all'isola interessata, per il raggiungimento della sede lavorativa, dietro presentazione dello stesso.
5. Inoltre i Medici a Ruolo Unico MG delle isole minori riceveranno un'indennità aggiuntiva, oltre il compenso orario, per la quota capitaria di:
 - 2 euro annuo/assistito fino a 400 assistiti
 - 3 euro annuo/ assistito fino a 1000 assistiti
 - 4 euro annuo/ assistito fino a 1500 assistiti

Art. 36 - MAGGIORAZIONI ZONE DISAGIATE

Esitate tutte le procedure relative alla assegnazione delle zone carenti, con parere positivo del Comitato Aziendale, le A.S.P. possono proporre aree disagiate aggiuntive rispetto a quelle già previste nel presente A.I.R. (per esempio aree montane o aree con ripetute criticità nell'assegnazione degli

incarichi), previo parere vincolante del comitato regionale della Medicina Generale.

Valutate le istanze dal Comitato regionale, quelle esitate positivamente saranno oggetto di decreto dell'Assessorato regionale della Salute.

In questo caso al medico a RUAP viene corrisposta un'indennità aggiuntiva di 6 euro per la quota oraria per ogni ora di servizio effettivo svolto, e un'indennità aggiuntiva per la quota capitaria paria a:

La remunerazione delle zone disagiate, come sopra individuate, sono retribuite nel seguente modo:

- 2 euro annuo/assistito fino a 400 assistiti
- 3 euro annuo/ assistito fino a 1000 assistiti
- 4 euro annuo/ assistito fino a 1500 assistiti

Art 37 – ISTITUZIONE TAVOLO TECNICO

Alla firma del presente accordo viene istituito un tavolo tecnico regionale paritetico costituito, in prima applicazione, dai firmatari di parte pubblica del presente AIR e dai rappresentanti legali sindacali firmatari del presente accordo che valuteranno l'andamento delle AFT e proporranno eventuali modifiche per le modalità di valutazione ed erogazione degli emolumenti della parte variabile anche sulla base della esperienza maturata, nonché ogni altra azione necessaria alla piena applicazione del modello organizzativo. Questo tavolo tecnico ha l'obbligo di riunirsi almeno con cadenza trimestrale. Entro 30 gg il tavolo tecnico propone uno schema di regolamento AFT da trasmettere alle Aziende per la contestualizzazione.

NORME TRANSITORIE

Norma Transitoria n. 1 - OBBLIGO/FACOLTA' APERTURA STUDIO

Al fine di accompagnare il passaggio all'effettivo Ruolo Unico, considerata la novità che ciò comporta sia per i professionisti che in atto hanno un contratto a tempo indeterminato a ciclo di scelta e/o ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) sia per i nuovi contrattualizzati, si concorda che fino e non oltre, al 30 Settembre 2026, esclusivamente come fase transitoria, il passaggio al Ruolo Unico di Medicina Generale venga gestito nel seguente modo: posti i massimali previsti dall'art. 38 dell'ACN, il conferimento dell'incarico a 38 ore settimanali comporterà la facoltà e non l'obbligo di apertura dello studio, salvo nei casi di carenze assistenziali di scelta di volta in volta rilevate dall'Azienda (ex art. 32 co. 2ACN integrato dall'Allegato 7) sentito il comitato aziendale.

Norma Transitoria n. 2 - REMUNERAZIONE AFT _ PARTE VARIABILE anno 2005 e 2026

SOLO PER L'ANNO 2025. Considerando il carattere innovativo del meccanismo di assegnazione delle risorse, che l'attivazione delle AFT è in fase di avvio e l'imminente scadenza del periodo entro cui operare la valutazione dei risultati (1 gennaio – 31 dicembre), si concorda che, solo per l'anno 2025, per la remunerazione delle attività legate alle vaccinazioni, si fa riferimento all'accordo firmato dalle OO.SS. e l'Assessorato della Salute in data 29/09/2025.

Per la remunerazione del Governo Clinico (il cui fondo è valorizzato a € 7,13 lorde a paziente) verrà corrisposto individualmente a tutti i medici RUAP che abbiano o meno assunto il Ruolo Unico ex ACN 2024, per il mese di dicembre 2025

Per la remunerazione degli Screening l'investimento regionale sarà corrisposto dall'anno 2026.

Per l'attività vaccinale e la campagna antiinfluenzale 2025/2026 si fa riferimento all'accordo sottoscritto il 29/09/2025.

SOLO PER L'ANNO 2026 le attività legate agli obiettivi della parte variabile degli emolumenti sarà così corrisposta:

la remunerazione del Governo Clinico, degli screening e delle vaccinazioni per l'anno 2026 (verificate dall'inizio della campagna vaccinale al 28/02/2027) verranno corrisposti mensilmente e individualmente a tutti i medici RUAP in base ai pazienti in carico, valorizzato a € 7,13 a paziente (governo clinico) e € 5 a screening effettuato, al raggiungimento dei risultati. Mensilmente il RUAP autocertificherà al Referente AFT la propria attività che, congiuntamente al Direttore del Distretto, verificheranno trimestralmente l'andamento delle attività al fine di garantire il raggiungimento dei valori soglia legati agli obiettivi. Tale attività di verifica congiunta AFT/Distretto dovrà essere debitamente documentata e comunicata da parte dell'Azienda all'Assessorato della Salute. I risultati saranno valutati alla data del 31 dicembre 2026 e il mancato raggiungimento comporterà il recupero, da parte dell'Azienda, delle somme corrisposte.

Norma Transitoria n. 3 - FABBISOGNO REGIONALE E AZIENDALE PER L'ATTIVITA' ORARIA

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 e la ricollocazione delle somme che dovranno essere riassegnate, 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, salvo diverse esigenze territoriali o di servizio.

NORME FINALI

NORMA FINALE n. 1

Le Regioni, a far data dal 1 gennaio 2019, ripartiscono le disponibilità annue trasferite dall'INAIL al Fondo Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 526, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, definite con la prevista Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, nel limite assegnato, determinando la consistenza economica effettiva del presente compenso al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda

NORMA FINALE n. 2

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

NORMA FINALE n.3

Le indennità percepite dai MMG alla firma di questo A.I.R. (ex art. 47 co. lett. D dell'ACN vigente) vengono mantenute a prescindere dal passaggio a Ruolo Unico. Le previgenti indennità per la partecipazione a forme associative, dei soggetti che vanno in quiescenza, restano a disposizione per il finanziamento dei nuovi modelli organizzativi definiti dalla regione per qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali

NORMA FINALE n.4

L'accordo integrativo regionale sulle vaccinazioni firmato in data 29 settembre 2025 resta in vigore anche negli anni a seguire, salvo diversi accordi regionali integrativi specifici

ALLEGATO 1

MODULO SOSTITUZIONE MEDICO ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA

Alla cortese attenzione dell'ASP _____

Parte riservata al medico titolare

Il/La sottoscritt_ Dr./Dr.ssa _____, in qualità di medico del Ruolo Unico di assistenza primaria presso l'ASP _____, appartenente alla AFT _____ 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 sostituto.

Data, _____

_____ Firma (medico
titolare)

Alla cortese attenzione dell'ASP

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 2019-2021;
- 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)

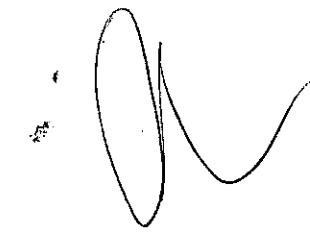
- sede di esercizio in Via/C.so _____ Comune di _____

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'ASP e al referente dell'AFT di appartenenza del titolare ogni eventuale variazione di sede e di orari.

Data, _____



Firma (medico sostituto)



Allegato 2

Modello AFT Isole Minori

Nell'ottica della rapida attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), bisogna tenere in considerazione alcune realtà territoriali come le Isole Minori dove esistono già realtà strutturate che vanno ampliate e potenziate.

Si descrive un modello (già attivo nell'isola di Ustica) che potrà essere preso come esempio come di seguito indicato:

Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria che garantisce i rapporto a scelta

Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria che garantiscono attività oraria (oltre all'eventuali scelte) h24;

Specialisti ambulatoriali interni dell'ASP;

Servizio di telemedicina.

Questo modello attraverso l'attivazione della Telemedicina (monitoraggio a distanza del paziente diabetico e cardiologico per esempio) può rappresentare un modello tipo per la creazione di un AFT delle isole minori che potrebbe consentire una migliore presa in carico anche dei pazienti cronici, dando migliori risposte ai bisogni di una popolazione che si trova in un area disagiata.

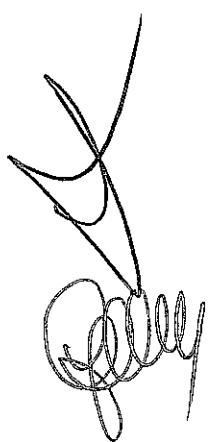
Grazie alla presenza di una rete internet possono essere integrati i diversi livelli di assistenza attraverso un'infrastruttura informatica dedicata. In questo modo, si potrebbe realizzare una gestione unitaria della popolazione residente, con un lavoro di sinergia e di condivisione tra i diversi operatori sanitari che operano nell'AFT.

Attualmente, i pazienti dell'isola sono già gestiti in modo coordinato tra il Medico di Medicina Generale (MMG) a ciclo di scelta e i Medici ad attività oraria, i quali, oltre a svolgere le proprie attività di continuità assistenziale, affiancano il MMG nelle ore antimeridiane, erogando prestazioni ambulatoriali e garantendo la gestione delle urgenze. Inoltre, possono vicariare quasi completamente il ruolo del MMG nelle fasce orarie pomeridiane, notturne, festive o in situazioni di emergenza (ad esempio, quando le condizioni meteorologiche impediscono al MMG di raggiungere l'isola).

Un ulteriore elemento distintivo che rende il poliambulatorio di Ustica un ipotesi di modello pilota per le AFT delle isole minori è il fatto che la popolazione residente sia fissa e ben definita, il che consente a tutti i medici dell'isola di conoscere approfonditamente i pazienti a loro afferenti, proprio come il loro medico di fiducia a ciclo di scelta. Di conseguenza, le due figure professionali diventano pienamente intercambiabili (in linea con lo spirito del ruolo unico), garantendo ai pazienti una continuità assistenziale senza interruzioni. Questo determina una presa in carico del paziente H24 in un area disagiata, con livelli di assistenza sanitaria non soltanto di base, grazie all'integrazione con il livello specialistico.

Inoltre, la peculiarità geografica di un'isola impone una collaborazione stretta tra tutti i professionisti sanitari per garantire la massimizzazione delle prestazioni erogabili in loco, riducendo il ricorso ai trasferimenti in elisoccorso verso livelli assistenziali secondari. Questo modello di gestione integrata rappresenta, di fatto, una forma avanzata di presa in carico globale del paziente, e che può essere preso come modello tipo da potere replicare in altre aree insulari o con caratteristiche di isolamento geografico, adattandolo alle singole realtà orogeografiche.

Considerata la difficoltà nel reperire Medici che garantiscono la continuità dell'assistenza primaria nelle isole minori legata alle difficoltà logistiche, con questo Accordo la remunerazione dell'attività oraria svolta nelle 14 isole minori della Regione viene incrementata secondo quanto previsto dall'art. 35 del presente AIR.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sally".

A B

A handwritten mark or signature in black ink, appearing to be a stylized "A".

Dichiarazione a Verbale. N. 1.

Lo SNAMI

IN RIFERIMENTO ALL'AR: 35 zone Difesa/missile
del Presente Accordo Si Dichiara Di
completare l'effettuazione dell'effettivo
RMAP e che si scelga riferendosi inoltre
che quello e' visto e sentito di più
che una perfetta eloquenza delle
uocemate ammettibile.
Si riconosce l'assolvimento dell'obbligo
del quale delle cause dette dal
Tevole tecnico di cui all'art 32
del presente AR.

Il Presente Riferisce SNAMI

Giuliano.

Lo Srami

J. Scherer

Lo Spazio

G. Pellegrini