

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA – PER LE ATTIVITÀ A CICLO DI SCELTA E A RAPPORTO ORARIO -, IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DELLA MEDICINA GENERALE 4 APRILE 2024.

L'anno 2025, il giorno 16 del mese di dicembre, alle ore 14:00, presso lo Spazio Auditorium – Sala Caduti di Nasiriya, sito al piano V della sede della Regione Liguria in Genova – P.zza de Ferrari 1, si è riunito il Tavolo negoziale della Medicina Generale per la definizione dell'Accordo Integrativo Regionale ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente e delle normative nazionali e regionali applicabili.

Alla riunione risultano presenti/collegati in video conferenza:
per la delegazione di parte pubblica.

- in rappresentanza di Regione Liguria:

Il Dr. Massimo Nicolò - Assessore alla Sanità, Politiche socio sanitarie e sociali, Terzo Settore
il Dott. Paolo BORDON – Direttore Generale della Direzione Generale di Area Salute e Servizi Sociali,
il Dott. Daniele ZAPPAVIGNA – Dirigente del Settore politiche del personale e sviluppo professioni sanitarie;

~~la Dott.ssa Claudia TAVI – Dirigente del Settore Politiche Socio-Sanitarie~~ *CA 9*

la Dott.ssa Claudia SOLARI – Funzionario del Settore Politiche del personale e sviluppo professioni sanitarie;

- in rappresentanza di ASL 1 Sistema Sanitario Regione Liguria:

la Dott.ssa Margherita SOTTOMANO – Direttore S.C. Formazione e organizzazione del personale dipendente e convenzionato;

- in rappresentanza di ASL 2 Sistema Sanitario Regione Liguria:

la Dott.ssa Monica CIRONE – Direttore Sociosanitario

- in rappresentanza di ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria:

la Dott.ssa Daniela PEZZANO – Direttore S.C. Cure Primarie

- in rappresentanza di ASL 4 Sistema Sanitario Regione Liguria:

Dott.ssa Daniela MORTELLO – Direttore S.C. Distretti 14-15-16 e SSD Cure Primarie

- in rappresentanza di ASL 5 Sistema Sanitario Regione Liguria:

Dott. Carlo OLIVA – Dirigente Amministrativo S.C. URP, Attività amministrative Ospedale e Territorio –

Per le Delegazioni sindacali:

- in rappresentanza di F.I.M.M.G. Liguria:

Il Dr. Andrea CARRARO – Segretario regionale e rappresentante legale;

- in rappresentanza di S.M.I. Liguria:

il Dr. Daniele Gasparotti – Segretario regionale e rappresentante legale;

- in rappresentanza di S.NA.M.I. Liguria:

il Dr. Riccardo CAMPUS – Presidente regionale e rappresentante legale.

Preso atto:

- dei lavori del tavolo negoziale finalizzato alla definizione delle disposizioni integrative di livello regionale, volte a disciplinare gli aspetti organizzativi, professionali e retributivi inerenti i medici del ruolo unico di assistenza primaria sia per l'attività a ciclo di scelta sia per quella a rapporto orario,
- che le trattative si sono concluse con l'adozione consensuale delle soluzioni operative e normative qui di seguito illustrate,
- che SNAMI deposita una Nota a Verbale che si allega al presente Accordo,

Le Parti convengono di procedere alla sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Regionale, il cui testo è integralmente di seguito riportato.

Indice:

PREMESSE

ART. 1 - RAPPORTO OTTIMALE E MASSIMALE DI SCELTA

ART. 2 - CARENZA ASSISTENZIALE

ART. 3 - COMITATO REGIONALE, AZIENDALE e UPDC

ART. 4 - RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

ART. 5 - ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO AMBULATORIALE DELLE CDC - D.M. 77/2022

ART. 6 - ORGANIZZAZIONE, ATTIVITÀ E OBIETTIVI DELLE AFT - INDENNITA' DI AFT E DI CDC SPOKE DI I LIVELLO

ART. 7 - IL REFERENTE DI AFT

ART. 8 - ATTIVITA' DELLE CASE DI COMUNITÀ SPOKE DI I LIVELLO

ART. 9 - FONDI DELLA MEDICINA GENERALE – ATTIVITÀ A CICLO DI SCELTA

ART. 10 – ZONE DISAGIATE E DISAGIATISSIME (definizione, conferimento di incarichi, compensi accessori)

ART. 11 - PROGETTO ATTIVITA' VACCINALE

ART. 12 – EFFICACIA E DURATA DELL'ACCORDO

NORMA FINALE N. 1

NORMA FINALE N. 2

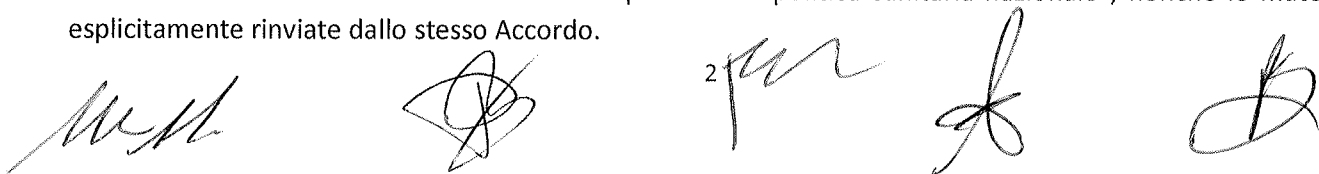
PREMESSE

In considerazione della legge regionale 12 dicembre 2025, n. 18, che prevede, a partire dal 1° gennaio 2026 la fusione delle cinque Aziende Sociosanitarie Liguri nell'Azienda Tutela della Salute Liguria (ATS Liguria), determinando la realizzazione del nuovo assetto organizzativo del sistema sanitario regionale, le Parti ritengono opportuno, nelle more della piena attuazione della riforma, definire un primo accordo integrativo regionale sulle materie di prioritaria applicazione, riservandosi la prosecuzione dei lavori del tavolo di trattative a decorrere dal nuovo anno, contestualmente all'istituzione della nuova ATS Liguria.

Richiamati:

- Il Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii., sancito con atto d'intesa in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2024;
- l'Atto di programmazione regionale approvato con Deliberazione della G.R. n. 1007/2024 del 27/12/2024, che definisce l'assetto organizzativo dell'assistenza territoriale nell'ambito del quadro normativo nazionale e delle disposizioni dello stesso ACN, e dell'assistenza della medicina convenzionata declinata nelle diversificate forme organizzative delle AFT, UCCP, Case della Comunità hub e spoke, Ospedali di Comunità, e detta gli indirizzi per la definizione degli Accordi Integrativi Regionali e Accordi attuativi Aziendali.

Dato atto che, ai sensi dell'art. 3, comma 4, del richiamato ACN MMG 04/04/2024, il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto dal successivo articolo 4 rubricato "Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale", nonché le materie esplicitamente rinviate dallo stesso Accordo.



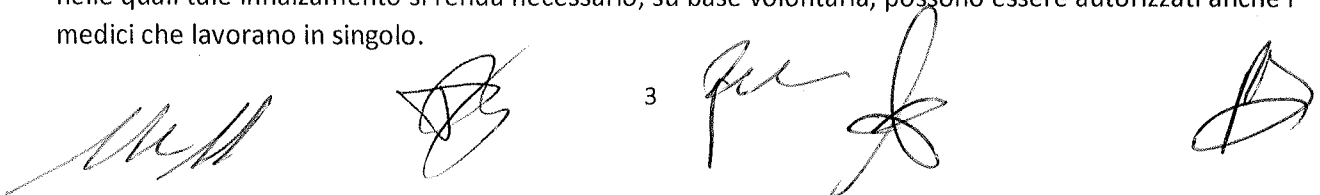
Considerato che la programmazione regionale di cui alla citata DGR 1007/2024, ha previsto di finalizzare il presente Accordo integrativo regionale alle esigenze assistenziali del proprio territorio tenendo conto principalmente degli indirizzi di politica sanitaria di cui al già menzionato articolo 4 dell'ACN MMG, in tema di attuazione degli obiettivi prioritari relativi ai seguenti punti:

- *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.)*
definire dei percorsi assistenziali per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili;
- *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2023-2025*
definire percorsi e modalità ottimali per garantire l'attività vaccinale e le attività ad essa correlate a cura dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nel rispetto delle indicazioni del P.N.P.V. e, in particolare con riferimento alla campagna vaccinale antinfluenzale;
- *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO*
Attraverso la continuità dell'assistenza h24 per garantire la presa in carico dei bisogni di salute a bassa complessità assistenziale nelle sedi individuate nelle AFT, UCCP, Case di Comunità Hub e Spoke e in altre sedi individuate dalle Aziende;
- *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA*
Disciplinare le attività del Medico del ruolo unico di assistenza primaria correlate ai RAO, quale metodo che consente di dare tempistiche diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in base alla gravità del paziente, nel rispetto della normativa vigente.

Le attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria su questi capisaldi sono interconnesse e tutte finalizzate ad un miglioramento dell'assetto assistenziale: in particolare la presa in carico dei pazienti cronici, anche in termini di prevenzione vaccinale, migliora la qualità dell'assistenza, inducendo quindi ad una riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso, e i follow-up di tali pazienti possono influire su prescrizioni di prestazioni mirate.

ART. 1 - RAPPORTO OTTIMALE E MASSIMALE DI SCELTA

1. Ai sensi dell'art. 32, comma 1 dell'ACN vigente, tenuto conto che l'assetto organizzativo dell'assistenza primaria e l'attuazione del ruolo unico implicano l'individuazione di nuovi parametri ed un diverso criterio di determinazione del rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio ed abitanti residenti, si stabilisce che in Regione Liguria, a decorrere dall'entrata in vigore del presente accordo la rilevazione delle carenze di medico di ruolo unico di assistenza primaria avviene a cura dell'Azienda con l'applicazione del rapporto ottimale **1/1.350**, cioè con il parametro di un medico ogni **1.350** residenti o frazione di **1.350** superiore al 50%, calcolato secondo quanto previsto dall'Allegato 7 dell'ACN vigente, con un correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5.000 residenti.
2. Ai sensi dell'art. 38, comma 2 dell'ACN vigente, l'innalzamento del massimale di assistiti fino al limite massimo di 1.800 scelte potrà essere consentito, su base volontaria, per i medici che operano nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria, con personale di segreteria e infermiere ed eventualmente altro personale sanitario.
Per assicurare la continuità dell'assistenza e/o in aree disagiate e disagiatissime individuate dalla Regione nelle quali tale innalzamento si renda necessario, su base volontaria, possono essere autorizzati anche i medici che lavorano in singolo.

 3

In sede di Comitato Aziendale viene valutata la durata del provvedimento.

3. Le scelte in deroga di cui all'art. 39, commi 4, 5, 6, 7 dell'ACN vigente sono acquisibili nella misura del 20% del massimale individuale, compreso quello derivante da autolimitazione. Le scelte in deroga di cui all'art. 39, commi 5 e 6 sono acquisibili solo previa formale accettazione scritta del medico.
4. In ogni caso non è consentito superare il tetto delle 1.800 scelte complessive. Le relative indennità sono riconosciute nel rispetto di tutte le scelte in carico.
5. I medici che all'entrata in vigore del presente accordo avessero in carico più di 1.800 assistiti rientrano nel limite attraverso la sospensione di ulteriori scelte, ferma restando la retribuzione per tutte le scelte in carico.
6. Come da disposizioni dell'art. 38, comma 5 dell'ACN vigente, l'autolimitazione dell'attività a ciclo di scelta in misura non inferiore al rapporto ottimale è conservata ai medici già autorizzati entro il termine di vigenza del precedente ACN MMG 2022.
7. Ai sensi dell'art. 38 dell'ACN vigente l'incarico di Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, per l'attività a ciclo di scelta, viene conferito con massimale di 1500 assistiti. In deroga alle disposizioni contrattuali nazionali, il Comitato Aziendale può valutare di concedere nuove autolimitazioni in presenza di documentate condizioni presentate dal medico richiedente, fino all'ottimale previsto dal presente accordo regionale (1350 assistiti in tutti gli ambiti della Regione Liguria), Il nuovo massimale non può essere modificato prima di 3 anni, salvo esigenze assistenziali e organizzative, su richiesta del medico sottoposta ad autorizzazione del Comitato Aziendale. Le autolimitazioni concesse non possono essere revocate.

Il presente articolo determina il superamento di quanto previsto dall'art. 4 dell'AIR approvato con DGR n. 234 del 17/03/2006.

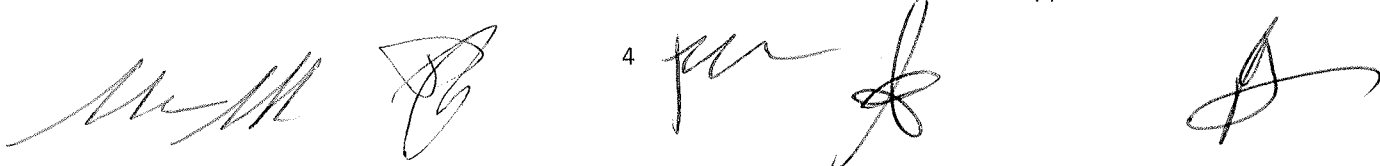
ART. 2 - CARENZA ASSISTENZIALE

La AFT (Aggregazione funzionale territoriale) è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale di ruolo unico di assistenza primaria (attività a ciclo scelta e a rapporto orario).

Per la determinazione degli ambiti da definirsi carenti, al fine di rendere gli stessi più aderenti al fabbisogno assistenziale delle varie AFT, le Aziende possono attuare differenti modalità di rilevazione che tengano conto, in particolare, delle seguenti condizioni:

- a) diverso impegno professionale relativo agli assistibili appartenenti alle varie classi di età;
- b) peculiarità geografiche del territorio e densità abitativa;
- c) presidi sanitari pubblici operanti nel territorio;
- d) incidenza di patologie croniche e disabilità.

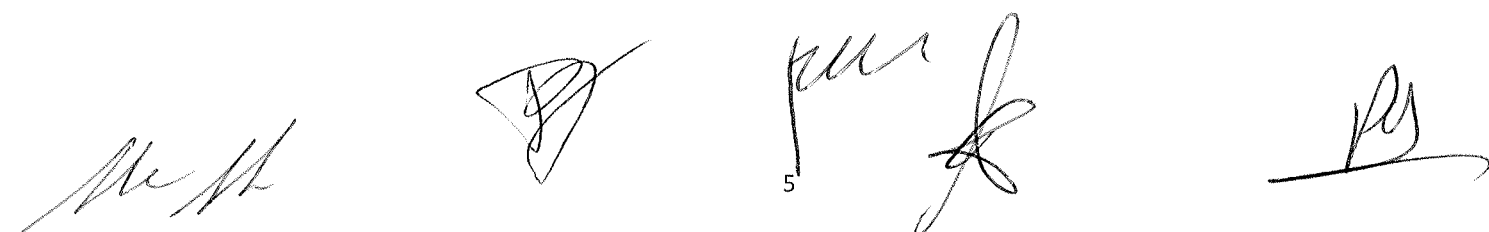
1. Le Aziende individuano le carenze di ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'ACN vigente, in attuazione dei parametri di cui all'art. 1 del presente accordo e, previa approvazione del Comitato Aziendale, adottano atto formale di determinazione delle stesse e di avvio delle procedure previste dagli art. 31, comma 3 e art. 32, commi 8 e 9, per la partecipazione all'assegnazione degli incarichi, in via prioritaria e su base volontaria, dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o a rapporto orario aventi diritto. A conclusione delle assegnazioni effettuate con le suddette disposizioni contrattuali, viene nuovamente rilevata e approvata la carenza



assistenziale di medico del ruolo unico di assistenza primaria ai fini della pubblicazione per l'assegnazione degli incarichi ai sensi dell'art. 34 dell'ACN vigente.

2. L'ambito di scelta coincide di norma con il Distretto. In caso di Distretti con più Comuni al loro interno, l'Azienda può individuare il Comune nel quale deve essere aperto lo studio principale del medico assegnatario dell'incarico.
3. Nelle aree territoriali di riferimento, diverse da quella del Comune di Genova, l'ambito di scelta può essere intra-distrettuale, al fine di consentire una utile pianificazione delle politiche di budget, dell'accesso all'area e dello sviluppo delle forme organizzative tra i medici di medicina generale. Le Aziende, acquisito il parere del Comitato Aziendale, individuano la zona carente e, per i distretti comprendenti più comuni, individuano il comune con maggiore necessità assistenziale ove verrà assegnato l'incarico (istituto della prescrizione di zona).
4. La AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale a ciclo di scelta e a rapporto orario, come disposto dall'art. 32, comma 3 dell'ACN vigente.
5. L'area territoriale del Comune di Genova afferisce interamente all'Ambito 2. Per la rilevazione e assegnazione degli incarichi vacanti di ruolo unico di assistenza primaria si stabilisce che: l'attività a rapporto orario (APO) è definita a livello distrettuale e, con riferimento all'attività a ciclo di scelta, il medico è tenuto ad aprire e mantenere lo studio principale nel medesimo Distretto in cui svolge l'attività oraria, per un periodo minimo di due anni, in conformità a quanto previsto dall'ACN vigente.
L'assegnazione del medico all'AFT di riferimento avviene ai sensi dell'art. 33, comma 4, dell'ACN vigente e dell'art. 6, comma 4, del presente Accordo Integrativo Regionale.
6. Per il completamento della quota oraria di assistenza ai sensi dell'art. 32, comma 2, ACN vigente, si applica un correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5.000 residenti di ogni età per APO.
A ciascun medico così individuato si applica una quota oraria stabilita di 38 ore. Il totale di ore così calcolato in ogni ambito distrettuale rappresenta la massa oraria da assegnare ai Medici a ruolo unico. Da questa massa oraria devono essere sottratte le ore assegnate ai Medici a ruolo unico già operanti nel Distretto e le ore già assegnate con incarichi a tempo indeterminato e temporaneo di Continuità Assistenziale pari a 24 ore settimanali. Le restanti ore rappresentano la carenza da assegnare, espletate le procedure previste dall'art. 32, commi 8 e 9 dell'ACN vigente.
Eventuali differenti modalità di individuazione delle carenze saranno approvate in Comitato Aziendale.
7. Per i medici assegnatari di un incarico a tempo indeterminato di Ruolo Unico di Assistenza Primaria è prevista l'apertura dello studio all'interno dell'ambito distrettuale ai sensi dell'art. 35 dell'ACN vigente e lo svolgimento dell'attività oraria nel medesimo Distretto ai sensi dell'art. 4, comma 3 del presente accordo.
8. Al medico al quale sia stato conferito l'incarico di ruolo unico di assistenza primaria, è fatto divieto di esercitare attività convenzionali fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto. Per il valore di diffusione capillare e per il miglioramento della qualità dell'assistenza, il medico può aprire più studi nel suo ambito di appartenenza e secondo le disposizioni in materia dell'ACN vigente. Per quanto non espressamente indicato nel presente accordo si fa rinvio alle disposizioni dell'ACN vigente in materia.
9. Gli studi autorizzati al momento dell'entrata in vigore del presente accordo restano confermati.

Il presente articolo determina il superamento di quanto previsto dall'AIR approvato con DGR n. 234 del 17/03/2006.



5

ART. 3 – COMITATO REGIONALE, COMITATO AZIENDALE, UPDC

a) COMITATO REGIONALE

1. Il Comitato Regionale è istituito ai sensi dell'art. 11 dell'ACN vigente, le cui disposizioni si richiamano integralmente.
2. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria che partecipano alle riunioni del Comitato Regionale, per l'attività a ciclo di scelta la spesa per le sostituzioni è rimborsata dall'Azienda che amministra la posizione del titolare, con modalità definite a livello aziendale, nella misura prevista dall'art. 36, comma 9, dell'ACN vigente.
La partecipazione dei medici ad attività oraria è considerata attività di servizio.
3. Ai medici sono altresì rimborsate dall'Azienda le eventuali spese di viaggio sostenute, nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.
4. La partecipazione dei medici alle riunioni del Comitato deve essere debitamente comprovata da attestazioni ufficiali.
5. Le assenze dal servizio per la partecipazione alle riunioni devono essere comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera.

b) COMITATO AZIENDALE

1. Ai sensi dell'art. 12, comma 3 dell'ACN vigente è membro di diritto del Comitato Aziendale il legale rappresentante, o suo delegato, di ciascuna organizzazione sindacale firmataria dell'AIR e dotato di terminale associativo riferito all'ambito di contrattazione aziendale. Il numero dei membri di parte pubblica deve essere pari a quello dei membri di parte sindacale.
2. A seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno, di esperti uditori che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto del Comitato. In ciascuna seduta è consentita la partecipazione di 1 esperto uditore per ciascuna O.S. e per la parte pubblica.

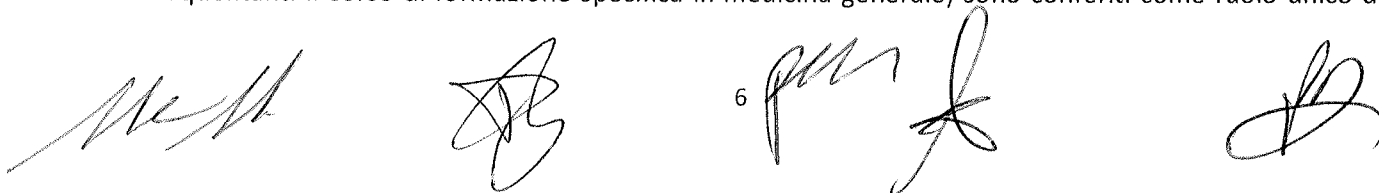
c) UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI DEL PERSONALE CONVENZIONATO (UPDC)

1. Il Comitato Aziendale propone al Direttore Generale il nominativo di tre medici di medicina generale tra cui nominare il rappresentante per l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari Convenzionati (UPDC) previsto dall'art. 25, comma 3 dell'ACN vigente. La durata dell'incarico coincide con quella prevista dall'Azienda per l'UPDC. Il successivo incarico segue la medesima procedura.

ART. 4 - RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Il presente articolo disciplina le funzioni del Medico del Ruolo Unico di assistenza primaria ai sensi dell'art. 38 dell'ACN vigente.

1. A partire dal 1° gennaio 2025 tutti gli incarichi a tempo indeterminato e temporanei (ai medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale) sono conferiti come ruolo unico di



assistenza primaria. L'ACN vigente, all'art. 38, commi 1 e 9, stabilisce la progressiva riduzione dell'attività oraria in funzione del numero di assistiti, come di seguito riportato:

art 38 c. 1 - incarico a tempo indeterminato

- a) dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti, 38 ore;
- b) da 401 a 1.000 assistiti, 24 ore;
- c) da 1.001 a 1.200 assistiti, 12 ore;
- d) da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore.

art. 38 c. 9 - incarico temporaneo

- a) 24 ore, fino a 650 assistiti;
- b) 12 ore, da 651 fino a 1.000 assistiti.

2. I medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e i medici del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario titolari di incarico a tempo indeterminato conferito entro il 31/12/2024 possono optare, su base volontaria, per il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria alle condizioni di cui all'art. 31, comma 3, all'art. 32, comma 8 e comma 9, dell'ACN vigente.

I medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e i medici del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario titolari di incarico temporaneo conferito entro il 31/12/2024 possono optare, su base volontaria, per il passaggio all'incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria alle condizioni di cui all'art. 32, comma 8, dell'ACN vigente.

I suddetti medici possono aderire al ruolo unico partecipando alle procedure di cui ai citati commi che vengono avviate dall'Azienda ogni anno, prima di ciascuna pubblicazione ai sensi dell'art. 34 dell'ACN vigente.

3. L'attività oraria al Medico di Ruolo Unico di assistenza primaria è assegnata nel Distretto facente capo alla AFT di appartenenza. L'Azienda può proporre ai medici la copertura di turni in Distretti differenti da quello di appartenenza, in caso di criticità nel garantire l'assistenza.

4. L'attività oraria del Medico del Ruolo Unico di assistenza primaria, ai sensi dell'art. 44, comma 1 dell'ACN vigente, deve essere garantita prioritariamente nelle CdC hub per la copertura dei turni h24 7 giorni su 7 e, successivamente, nelle CdC Spoke per la copertura dei turni h12 6 giorni su 7, come previsto dal DM 77/2022.

5. Sulla base di Accordo Aziendale, l'Azienda si avvale dei medici ad attività oraria presso le sedi delle AFT, UCCP, Case della Comunità hub e spoke, Ospedali di Comunità, per l'attivazione di ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria, per l'erogazione di visite occasionali, per l'assistenza ai turisti ed agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti ed altre categorie di utenti.

Ai sensi dell'art. 46, comma 3 dell'ACN vigente si applicano le seguenti tariffe esclusivamente ai cittadini residenti fuori regione:

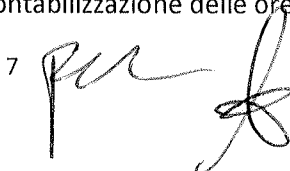
- visita ambulatoriale € 20,00
- visita domiciliare € 35,00.

Le tariffe di cui sopra vengono corrisposte direttamente dal cittadino al medico che eroga la prestazione, superando così quanto previsto dall'art. 11 dell'AIR approvato con DGR n. 42/2007.

6. Per l'attività a rapporto orario l'Azienda potrà prevedere sistemi di rilevazione informatica delle ore di servizio effettuate dal medico, ai soli fini della contabilizzazione delle ore di servizio svolte.



7



7. Al Medico del Ruolo Unico di assistenza primaria può essere riservata una quota dell'attività oraria da destinare a programmi di prevenzione, di screening, di vaccinazione e di gestione della cronicità da svolgere presso le CdC, da concordarsi con il Direttore di Distretto subordinatamente alla necessità di copertura dei turni.
8. In caso di assenza per ferie o malattia, la sostituzione del Medico del Ruolo Unico impegnato in attività oraria (APO) può essere effettuata dai medici operanti nella stessa AFT ai sensi del art. 36, comma 4 del ACN vigente o da altri medici individuati dall'azienda ai sensi dell'art. 36, comma 5, con il seguente ordine di priorità:
- a) ai medici del ruolo unico di assistenza primaria incaricati ai sensi del presente Accordo, utilizzando le ore settimanali di cui dispongono;
 - b) ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria già in servizio all'entrata in vigore del presente Accordo;
 - c) ai medici iscritti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, con priorità per i residenti nell'ambito di attività del medico sostituito.

Per quanto riguarda le lettere a) e b) del presente comma l'Azienda propone la sostituzione ai medici operanti in Azienda, secondo l'ordine di anzianità di incarico.

Le ore di attività a rapporto orario non effettuate dal Medico di Ruolo Unico di assistenza primaria per motivi di ferie o malattia non devono essere recuperate.

9. Remunerazione dell'attività oraria (APO) del medico del ruolo unico di assistenza primaria

A. L'attività oraria del Medico del Ruolo Unico di assistenza primaria presso le CdC, prioritariamente Hub per la copertura dei turni H24, 7 giorni su 7 e, successivamente nelle Spoke per la copertura dei turni H12, 6 giorni su 7, viene remunerata, ai sensi dell'art. 47, comma 3, dell'ACN vigente per l'importo pari alla quota oraria nazionale, attualmente di € 24,25 + la quota oraria aggiuntiva di € 13,62 (quota oraria derivante dalle risorse destinate, nel limite dello stanziamento annuale ripartito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma, ai medici del ruolo unico di Assistenza Primaria ed individuate all'art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Tale quota oraria è riconosciuta per ciascuna ora di incarico svolta per le attività previste dal PNRR e dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77 all'interno delle Case della Comunità hub e spoke.).

Al fine di garantire il differenziale orario necessario a raggiungere il compenso di € 40,00/ora, si stabilisce un compenso orario aggiuntivo, pari a € 2,13 al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda, per il medico che aderisce al progetto, da definirsi e attivarsi a cura dell'Azienda, volto allo svolgimento, da parte del medico, di attività di rilevazione e prevenzione, tramite la somministrazione, a tutti gli utenti che accedono alla Casa di Comunità, di un questionario (in formato cartaceo o informatizzato) differenziato per fascia di età.

Il questionario è finalizzato a raccogliere informazioni relative allo stato di salute e sociale della popolazione, all'individuazione di eventuali deficit cognitivi precoci, all'adesione a vaccinazioni e screening, agli stili di vita, ai disturbi alimentari e a eventuali situazioni di disagio psico-fisico-sociale, secondo le seguenti linee di indirizzo:

- Fascia di età 6–25 anni: analisi dei disturbi alimentari, dei comportamenti a rischio o di uso non controllato di tecnologie digitali, videogiochi e social media, dell'eventuale uso sperimentale o improprio di sostanze o farmaci, delle difficoltà di socializzazione e dei fenomeni di bullismo;

- Fascia di età 26–64 anni: analisi degli stili di vita, della familiarità per patologie croniche, dei fattori di rischio cardiovascolare, e di eventuali comportamenti di dipendenza o abuso legati a sostanze, farmaci, gioco o uso eccessivo di strumenti digitali, nonché di situazioni di disagio lavorativo e sociale;
- Fascia di età over 65: rilevazione dell'incidenza delle malattie croniche, del livello di adesione a vaccinazioni e screening, e dell'uso non appropriato di farmaci o sostanze, nonché di condizioni di isolamento o fragilità sociale.

Le risultanze dei questionari costituiranno elementi informativi utili a integrare la programmazione dell'attività distrettuale, contribuendo alla costruzione di interventi territoriali più mirati e coerenti con i bisogni reali della popolazione.

B. L'attività oraria del medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria - ex continuità assistenziale, svolta in altri contesti assistenziali, viene remunerata ai sensi dell'art. 47, comma 3, dell'ACN vigente per l'importo pari alla quota oraria nazionale, attualmente di € 24,25, + la quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'art. 7, comma 3, lettera b dell'ACN MMG 8 luglio 2010, pari ad € 0,26 negoziata a livello regionale, nonché dalle quote aggiuntive derivanti da accordi regionali e aziendali vigenti di seguito elencate, che si intendono pertanto confermati:

• **DGR n. 42 del 24/01/2007 di approvazione AIR medici CA relativa ai compensi aggiuntivi:**

Art. 2 - Festività di particolare rilevanza

Per le festività di particolare rilevanza, di seguito elencate, è prevista una remunerazione maggiorata di € 50,00 per turni di 12 ore:

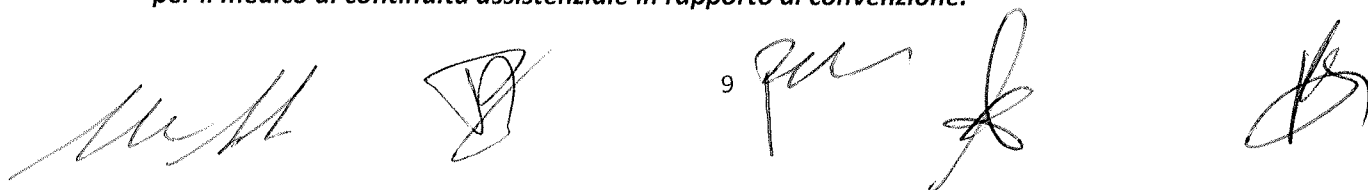
1° gennaio - dalle 00.00 alle 20.00
 6 gennaio - dalle 8.00 alle 20.00
 Pasqua - dalle 8.00 alle 20.00
 Lunedì dell'Angelo - dalle 8.00 alle 20.00
 25 aprile - dalle 8.00 alle 20.00
 1° maggio - dalle 8.00 alle 20.00
 2 giugno - dalle 8.00 alle 20.00
 15 agosto - dalle 8.00 alle 20.00
 4 ottobre - dalle 8.00 alle 20.00
 1° novembre - dalle 8.00 alle 20.00
 8 dicembre - dalle 8.00 alle 20.00
 24 dicembre - dalle 20.00 alle 24.00
 25 dicembre - dalle 00.00 alle 24.00
 26 dicembre - dalle 00.00 alle 20.00
 31 dicembre - dalle 20.00 alle 24.00.

Art. 3 – Remunerazione per adesione a progettualità (€ 5,00/ora)

Per quanto riguarda l'Accordo di cui alla DGR n. 875 del 25 luglio 2003, l'Azienda è tenuta, entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, a definire e concordare con le OO.SS. maggiormente rappresentative le progettualità di cui all'Accordo medesimo, prevedendo anche le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi e di corresponsione della relativa remunerazione.

Le parti convengono che i progetti in essere presso le AA.SS.LL. proseguono senza soluzione di continuità fino alla definizione di progetti definiti a livello regionale e/o aziendale.

- **DGR n. 116 del 13/02/2015 di approvazione AIR relativo alla tutela della gravidanza e della maternità per il medico di continuità assistenziale in rapporto di convenzione.**



Si confermano i contenuti dell'Accordo che si intendono adeguati alle disposizioni legislative e contrattuali vigenti in materia.

- **DGR n. 1311 del 22/12/2022 di approvazione AIR di integrazioni/modifiche all'AIR di cui alla DGR n. 42/2007, in particolare relativamente ai compensi aggiuntivi da riconoscere ai medici.**

Articolo 1 - Compenso aggiuntivo per ogni ora di attività eccedente le 108 mensili

In caso di carenza di disponibilità di medici aventi titolo ad assumere incarichi di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale), riscontrata dall'Azienda a seguito dell'espletamento di tutte le procedure di assegnazione di incarico previste dalla normativa contrattuale vigente, ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario convenzionati a 24 ore settimanali (ex C.A.), che operano in numero inferiore a quello ordinariamente previsto e che, conseguentemente, per esigenze di copertura del servizio sono chiamati dall'Azienda a svolgere ore eccedenti le 108 mensili, corrispondenti a 9 turni mensili da 12 ore, viene riconosciuto, per ogni ora di servizio eccedente le 108 mensili, un compenso orario aggiuntivo alla quota oraria, negoziata a livello nazionale, di cui all'art. 47, comma 3, lettera A dell'ACN vigente, pari a € 24,25, corrispondente al 70% della stessa, pari a € 16,975, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

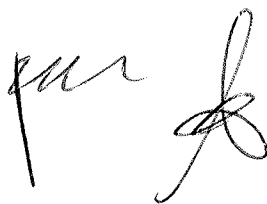
Quanto sopra trova attuazione per un periodo massimo di sei mesi dalla data del provvedimento di approvazione da parte della G.R. del presente accordo.

Articolo 2 – Sostituzione dell'art. 8 dell'AIR 11/01/2007

- 1) *In caso di mancata copertura del polo/turno per assenza o per impossibilità di assegnazione per carenza di medici di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, l'Azienda remunera il medico in servizio presso un polo/turno limitrofo, che subentra a copertura del polo/turno scoperto, prevedendo un compenso orario maggiorato del 50%. Nel caso in cui, per necessità assistenziali il medico già impegnato su due poli/turni venga chiamato a coprire contemporaneamente un terzo polo/turno, anch'esso limitrofo, l'Azienda remunera il medico con un compenso orario maggiorato dell'ulteriore 50%, a condizioni però che lo stesso effettui su tale terzo polo/turno almeno un intervento.*

In analogia, anche in caso di centrale operativa di continuità assistenziale in cui sono previsti due medici, in assenza di uno, al medico presente l'Azienda corrisponderà il compenso orario maggiorato del 50%.

- 2) *Nel caso in cui le procedure organizzative in uso prevedano l'intervento di più medici, tale maggiorazione è suddivisa equamente sulla remunerazione di tutti i medici intervenuti (ad esempio se intervengono 2 medici, ciascuno avrà un compenso orario maggiorato del 25%).*
- 3) *Ai fini del computo della maggiorazione del 50% del compenso orario di cui al comma 1, la quota oraria di riferimento è quella negoziata a livello nazionale, di cui all'art. 47, comma 3, lettera A dell'ACN vigente, pari a € 24,25, anche per le ore di attività svolte dal medico eccedenti le 108 mensili.*
- 4) *Qualora le condizioni di cui al presente articolo si realizzino in turni resi nei giorni di festività di particolare rilevanza, al medico interessato viene riconosciuta una sola remunerazione aggiuntiva, che risulterà più redditizia, tra quella di cui al comma 2 del presente articolo e quella di cui all'art. 2 dell'AIR 11/01/2007.*



5) *la quota oraria negoziata a livello nazionale, di cui all'art. 47, comma 3, lettera A dell'ACN vigente sarà automaticamente e dinamicamente adeguata alle eventuali variazioni previste dai successivi AA.CC.NN. MMG fino alla stipula del nuovo AIR.*

10. L'attribuzione dei turni di attività assistenziale a quota oraria presso le CdC ai sensi dell'art. 44, comma 13 dell'ACN vigente viene definita dall'Azienda in collaborazione con i referenti di AFT. I turni di servizio devono essere assegnati sulla base del principio dell'equa distribuzione fra tutti i medici interessati.

L'attività oraria svolta dai medici del ruolo unico presso le CdC è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale ed è rivolta alla popolazione di riferimento nei modi definiti dall'ACN vigente per garantire l'integrazione organizzativa e professionale e agevolare l'accesso dei cittadini alle cure.

11. I turni notturni e nelle giornate di sabato e festivi, nonchè nelle giornate di prefestivo a partire dalle ore 12:00, sono ordinariamente assegnati ai Medici che svolgono esclusivamente attività a rapporto orario (ex C.A.), fatta salva l'impossibilità di garantire la continuità dell'assistenza solo con detti medici.

In deroga a quanto sopra l'Azienda può autorizzare, su richiesta del medico del ruolo unico di assistenza primaria, turni in orario notturno e festivo.

Non possono essere assegnati turni notturni ai medici che hanno debito orario di sole 6 ore settimanali, tranne che su specifica richiesta del medico.

12. Ai sensi dell'art. 44, comma 6 dell'ACN vigente, l'Azienda può organizzare turni di reperibilità domiciliare per garantire l'assistenza in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico in attività a rapporto orario in servizio.

L'Azienda organizza i turni di reperibilità di un'ora prima e un'ora dopo di ogni turno (su tre turni di attività – dalle 7:00 alle 9:00 dalle 13:00 alle 15:00 e dalle 19:00 alle 21:00) - compenso orario € 24,25 quota oraria ACN vigente.

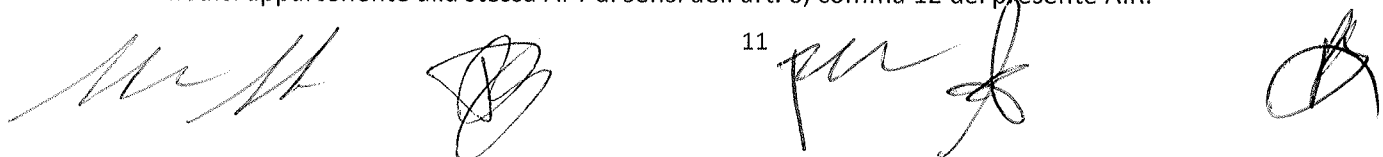
Qualora il debito orario settimanale del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria non fosse raggiunto su base mensile, le ore mancanti possono essere compensate con le ore di pronta disponibilità attivata.

La partecipazione del medico ai turni di reperibilità è su base volontaria.

13. Il Medico del Ruolo Unico di assistenza primaria in attività a rapporto orario in servizio attivo deve essere presente fino all'arrivo del medico che subentra. Nel caso di assenza o grave ritardo del medico subentrante, vengono attivate le modalità organizzative di reperibilità ai sensi del comma precedente. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio, che sono trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario. Ordinariamente la quota oraria in eccesso svolta dal medico viene compensata dal computo totale delle ore mensili del mese successivo, salvo diverse esigenze organizzative/assistenziali dell'Azienda e la disponibilità del medico.

Nei casi di attività oraria diurna feriale, resa dal medico impossibilitato a prolungare il turno, in quanto tenuto all'apertura del proprio studio in orario seguente al servizio, si applicano le procedure di cui al precedente comma 11.

14. Il medico del Ruolo Unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o a rapporto orario in stato di gravidanza e puerperio, e in caso di adozione, sospende l'attività per tutto il periodo obbligatorio previsto per i lavoratori dipendenti, ai sensi dell'art. 22, comma 5, dell'ACN vigente. Per il restante periodo, su esplicita richiesta del medico, l'attività a rapporto orario può essere svolta per sole funzioni non a contatto diretto con l'utenza, mentre mantiene le sue funzioni a ciclo di scelta e viene affiancato dai medici appartenente alla stessa AFT ai sensi dell'art. 6, comma 12 del presente AIR.



15. Al medico genitore che ne faccia richiesta, la quota oraria viene sospesa per i 6 mesi successivi alla nascita o adozione di un figlio. In proposito si richiamano le disposizioni di cui all'art. 22, comma 3 dell'ACN vigente.
16. Ai sensi dell'art. 44, comma 7 dell'ACN vigente al Medico di Ruolo Unico di assistenza primaria, in caso di gravidanza e per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino, è consentito svolgere almeno il 50% dell'attività a quota oraria presso il proprio domicilio, anche attraverso, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina.
17. Le Aziende, con cadenza periodica, in attuazione della programmazione regionale di cui alla DGR 1007/2024, valutano l'offerta assistenziale H12 al fine di realizzare, laddove ne sussistano le condizioni, anche in relazione alle condizioni orografiche e in presenza di una CdC Hub, il modello organizzativo della continuità assistenziale prevalentemente, se non esclusivamente, in orario diurno e serale, con ridotta o nulla presenza in orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura H12, secondo protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.

ART. 5 - ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO AMBULATORIALE DELLE CDC - D.M. 77/2022

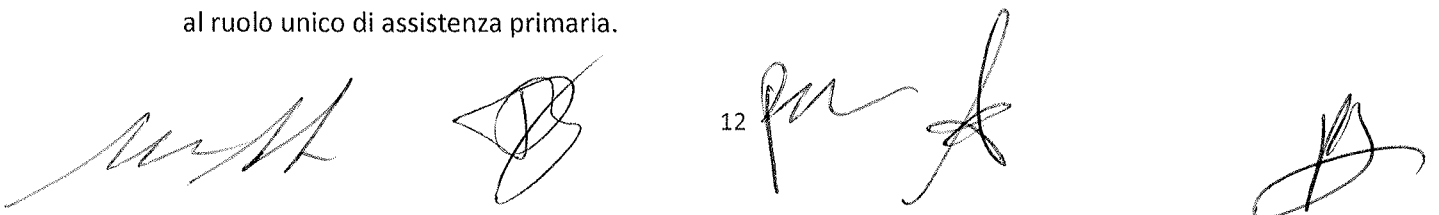
1. I medici del ruolo unico di assistenza primaria svolgono attività oraria nelle CdC Hub e Spoke di secondo livello di cui al DM 77/2022 ai sensi dell'art. 4 del presente accordo. L'accesso al servizio ambulatoriale attivo presso dette CdC avviene con modalità di accesso libero da parte dei cittadini o invio da parte del medico della centrale operativa telefonica di CA, del 116117, del medico di APS e del PLS in caso di prestazioni non erogabili presso il suo studio.
2. L'assistenza medica si svolge nelle CDC Hub con copertura 7 giorni su 7 e in modalità H24, e nelle CDC spoke di secondo livello con copertura dal lunedì al sabato con orario dalle ore 8 alle ore 20.
3. In applicazione dell'ACN vigente, i medici del ruolo unico da impegnare nello svolgimento dell'attività oraria presso le CdC sono:
 - a) i medici con incarico a ciclo di scelta attribuito fino al 31.12.2024 non massimalisti che optano volontariamente per il nuovo ruolo unico secondo le procedure previste dall'ACN vigente;
 - b) i medici con incarico temporaneo che si diplomano a partire dall'anno 2025;
 - c) i medici convenzionati a partire dall'anno 2025 a seguito delle procedure per l'attribuzione di incarichi a tempo indeterminato, determinato e temporaneo;
 - d) i medici già titolari di incarico a tempo determinato e indeterminato o temporaneo ad attività oraria.

4. I medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta o su base oraria alla data del 31 dicembre 2024, che non hanno aderito al ruolo unico, possono partecipare allo svolgimento di ore di attività nelle Case della Comunità.

Il medico di cui al comma precedente garantisce lo svolgimento di almeno quattro ore settimanali in attività diurna feriale.

Per i medici già incaricati a tempo indeterminato su base oraria le ore di attività sono da intendersi aggiuntive.

In deroga alle clausole contrattuali vigenti, la partecipazione a tali attività non determina il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria.



5. L'organizzazione dei turni per le attività ambulatoriali avviene a cura del Distretto, in collaborazione con i referenti di AFT, responsabili dell'articolazione dei turni stessi.

Nelle CdC viene espletata attività per bisogni non differibili che comprende:

- erogazione di prestazioni assistenziali di bassa complessità non differibili, a tutta la popolazione, di ogni fascia di età, secondo i modelli organizzativi regionali, con particolare riferimento alla funzionalità del Numero Unico Europeo 116117;
- effettuazione di visite mediche anche mediante l'utilizzo di strumentazione di diagnostica di primo livello e rilascio di prescrizioni mediche;
- gestione e supporto della presa in carico di pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, sulla base di protocolli aziendali;
- effettuazione di visite occasionali;
- erogazione dell'assistenza ai turisti ed agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti ed altre categorie di utenti, con riferimento all'art. 4, comma 5 del presente accordo.

I criteri di esclusione dall'accesso, in attuazione delle linee di indirizzo approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome, nella seduta del 9 settembre 2025, sono i seguenti:

- Dolore toracico
- Dolore addominale acuto
- Dispnea acuta
- Deficit neurologico acuto
- Cefalea intensa e inusuale
- Manifestazioni allergiche severe
- (Poli)Trauma
- Sincope/perdita di conoscenza
- Abuso di alcool e stupefacenti
- Agitazione psicomotoria e psicosi acuta.

Tali criteri di esclusione valgono anche per le visite domiciliari richieste dalla Centrale Operativa.

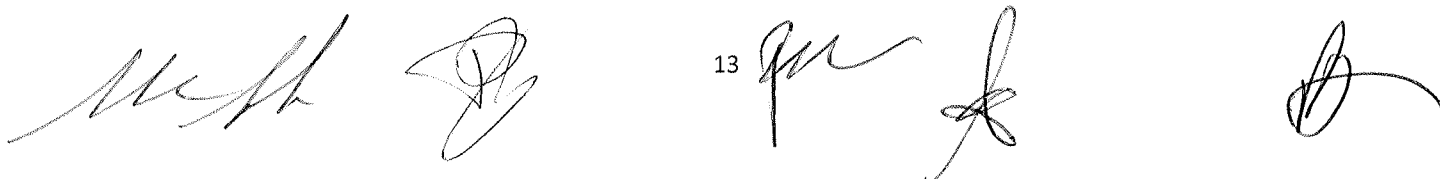
6. Le Aziende sono tenute a garantire adeguate misure e idonea presenza di personale, al fine di gestire le fattispecie di cui al comma 5.

In particolare, l'attività ambulatoriale all'interno delle CdC dovrà prevedere:

- la presenza di un infermiere;
- la presenza di personale al fine di garantire l'attività amministrativa di supporto in orario diurno;
- la possibilità di garantire al medico di effettuare esami ematici poct, ECG, ecografie, di far effettuare esami radiologici, con refertazione entro la giornata, laddove non differibile e possibile;
- di norma la possibilità di mettere a disposizione del medico un ecografo per effettuazione di ecografie office e un elettrocardiografo (in caso di dubbio interpretativo sul tracciato dovrà essere attivata una teleconsulenza col servizio di Cardiologia)
- di consentire al medico di accedere a consulenze specialistiche anche da remoto (teleconsulti).

7. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria nello svolgimento dell'attività oraria per bisogni non differibili della CdC effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base delle linee guida nazionali o regionali in relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dal numero 116117, o dal medico di APS, o dal PLS, o dalla centrale operativa CA.

Il medico effettua l'annotazione nella cartella individuale del paziente della propria valutazione, la prestazione eseguita, le prescrizioni di farmaci e/o accertamenti e le eventuali certificazioni rilasciate, al fine di garantire che il medico titolare del rapporto di fiducia possa assicurare la continuità



dell'assistenza. I dati raccolti dovranno integrarsi con le cartelle cliniche dei pazienti presenti negli applicativi dei medici a ciclo di scelta.

All'esito della propria attività, il medico:

- attiva direttamente il servizio di emergenza urgenza – 112, qualora ne ravvisi la necessità;
- segnala alla COT la necessità di attivare servizi;
- rinvia al medico curante per la presa in carico;
- effettua proposte di ricovero per l'ospedale di comunità;
- rilascia la certificazione di assenza per malattia dei lavoratori dipendenti;
- rilascia la certificazione di riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previsto;
- rilascia prescrizioni per valutazioni specialistiche;
- rilascia prescrizioni per valutazione specialistica urgente con accesso diretto sulla base dell'offerta presente presso la CdC;
- rilascia prescrizioni farmaceutiche secondo le disposizioni vigenti in materia;
- effettua la chiusura del percorso di presa in carico del paziente.

8. I medici del ruolo unico di assistenza primaria che prestano attività oraria presso la CdC collaborano anche in attività orientate alla presa in carico della cronicità con modalità che si rimandano ad un successivo accordo.

9. I medici del ruolo unico di assistenza primaria prestano attività oraria presso la CDC anche in attività orientate all'effettuazione di pratiche di sanità pubblica e di promozione della salute indirizzate alla comunità di riferimento della CDC, con logiche sistematiche di medicina d'iniziativa e di presa in carico attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni su programmazione aziendale e regionale. Tali attività sono volte ad un'ampia diffusione di buone pratiche preventive al fine di ridurre la domanda assistenziale e il carico di malattia nella popolazione.

10. Gli ambulatori per bisogni non differibili collocati all'interno delle CdC sono dotati di strumentazioni medicali e dispositivi medici che tengono conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento e di quanto previsto dal DM n. 77/2022.

Gli stessi ambulatori per bisogni non differibili devono essere collegati con la Centrale operativa territoriale (COT), la Centrale Operativa 116117 e la Centrale 112 – numero unico emergenze.

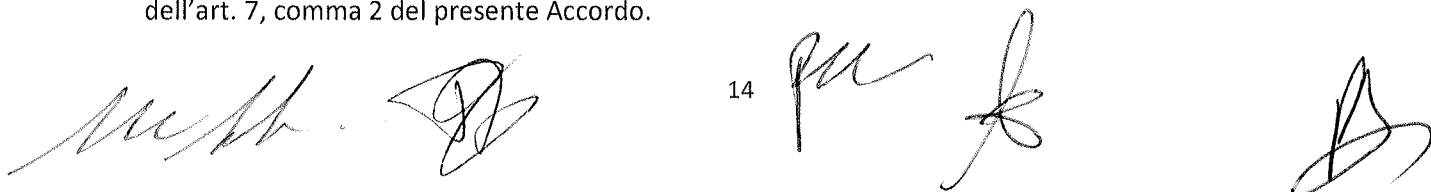
Per fare fronte alla necessità di garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, alla CdC sono destinate in via prioritaria le apparecchiature di diagnostica di primo livello individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 449 della legge 27 dicembre 2019, n. 160 (Legge di Bilancio 2020).

Le apparecchiature di diagnostica di primo livello utilizzate devono essere compatibili ed integrarsi con la Piattaforma nazionale di telemedicina e con i servizi di telemedicina previsti dalla Component 1 della Missione 6 del PNRR nonché con il Fascicolo sanitario elettronico (FSE).

Il presente articolo sostituisce l'art. 4 dell'AIR 2024.

ART. 6 - ORGANIZZAZIONE, ATTIVITÀ E OBIETTIVI DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) – INDENNITÀ DI AFT E DI CDC SPOKE DI I LIVELLO

Entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente Accordo, l'Azienda completa il percorso di ridefinizione delle AFT e prevede il rinnovo di tutte le cariche di referenti di AFT con elezioni ai sensi dell'art. 7, comma 2 del presente Accordo.



A. ORGANIZZAZIONE DELLA AFT

1. Si richiamano le indicazioni di cui all'Atto di programmazione regionale approvato con DGR n. 1007/2024.
2. Ai sensi dell'art. 29, comma 1 dell'ACN vigente, le AFT sono organizzazioni mono professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività secondo il modello regionale coerente con i contenuti dell'ACN vigente.
3. Al fine di perseguire in Regione Liguria, anche in una logica evolutiva, le migliori condizioni organizzative della medicina generale per la sua piena integrazione nella nuova sanità territoriale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema, si individua come ambito prioritario di azione il consolidamento delle AFT presenti sul territorio. Le AFT devono vedere la loro piena operatività, integrandosi nel modello di riorganizzazione della rete territoriale: distretti, Case della Comunità, ospedali di comunità, Centrale Operativa Territoriale.
4. L'istituzione della AFT si basa sulla diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nell'ambito dei modelli organizzativi regionali, con il coinvolgimento dei Direttori di Distretto.
5. Ai sensi dell'art. 8, comma 2 dell'ACN vigente, eventuali variazioni sul numero e la composizione delle AFT saranno valutate dall'Azienda e oggetto di informativa al Comitato Aziendale.
Il Comitato Aziendale ha il compito di definire il regolamento per il funzionamento interno dell'AFT, come previsto dall'art. 29, comma 12 dell'ACN vigente, e monitora l'andamento del funzionamento dell'AFT.
6. In armonia e coerenza con le caratteristiche territoriali, ogni AFT assiste un bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti. Ove possibile, la AFT coincide con l'ambito territoriale di cui all'art. 32, comma 5 dell'ACN vigente, al fine di realizzare maggiore omogeneità del bacino di utenza, nonché per agevolare la rilevazione e l'assegnazione delle carenze, come previsto dall'art. 32, comma 3 dell'ACN. Nelle realtà a carattere urbano ad alta densità abitativa, le AFT possono assistere un numero di residenti maggiore di 30.000 e comunque non superiore a 45.000. Nelle realtà a carattere urbano con numero di residenti maggiore di 35.000, devono essere previste più AFT.
7. L'assegnazione dei medici di ruolo unico di assistenza primaria alle AFT avviene ad opera del Direttore di Distretto, sentiti i referenti di AFT e nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 33, comma 4 dell'ACN vigente.
8. Ogni AFT si dota di una sede propria, eventualmente coincidente con uno o più studi dei medici che ne fanno parte o può avvalersi di una sede di altro tipo. La AFT potrà anche chiedere alla Azienda di mettere a disposizione una sede all'interno del Distretto o della Casa di Comunità.
9. Ai sensi dell'art. 29 dell'ACN vigente, le AFT assicurano la presa in carico degli assistiti dei medici facenti parte della stessa AFT per l'intero arco della giornata dal lunedì al venerdì attraverso l'apertura di una sede unica oppure la turnazione degli studi dei medici di ruolo unico di assistenza primaria per l'attività a ciclo di scelta. L'apertura coordinata degli studi dei medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta viene garantita dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

10. Ciascun medico di ruolo unico di assistenza primaria della AFT può svolgere attività a ciclo di scelta anche nei confronti dei pazienti in carico agli altri medici appartenenti alla stessa AFT nel rispetto del rapporto fiduciario. L'accesso dei pazienti al servizio assistenziale dell'AFT è regolamentato attraverso la carta dei servizi adottata dalla stessa AFT.
11. Ai sensi dell'art. 36, comma 2 dell'ACN vigente, i medici facenti parte di una stessa AFT provvedono a sostituirsi tra loro per assenze inferiori ai 30 giorni senza definire un singolo sostituto, sulla base di quanto stabilito nella carta dei servizi della AFT. L'assenza del medico viene presa in carico dai colleghi della AFT. La comunicazione di assenza alla ASL viene effettuata attraverso le modalità definite in sede di Comitato aziendale.
- In caso di sostituzione per assenza oltre i trenta giorni, qualora l'Azienda non riesca a nominare un sostituto in esito alle procedure previste dall'ACN vigente, la stessa potrà richiedere ai componenti della AFT la disponibilità di sostituire il medico assente, prevedendo una organizzazione a turnazione a fronte di una retribuzione proporzionale ai periodi di sostituzione svolti.
12. Ai fini della tutela della maternità e in deroga a quanto stabilito dal comma precedente, le dottoresse in stato di gravidanza possono essere sostituite dai colleghi facenti parte della stessa AFT anche per periodi superiori ai 30 giorni. L'Azienda procede a ripartire i turni tra i medici operanti nell'AFT.
13. Ai fini della tutela della genitorialità dei medici che svolgono attività a ciclo di scelta, all'interno di ciascuna AFT la carta dei servizi può prevedere la possibilità di assenza per un giorno alla settimana dei medici con figli di età inferiore a 2 anni. In tale circostanza, l'attività viene garantita dall'AFT attraverso il servizio h12, ai sensi del comma 9 del presente articolo. Il medico che usufruisce di tale permesso è tenuto a consegnare al referente della sua AFT il calendario delle giornate di assenza, che saranno messe a conoscenza di tutti i medici della AFT.
14. La presa in carico dei pazienti dell'AFT dalle ore 20.00 alle ore 8.00 dei giorni feriali, dalla ore 12:00 alle ore 20:00 dei giorni prefestivi e per le intere giornate del sabato e dei festivi, avverrà attraverso l'impiego dei medici a quota oraria, sia in ambulatorio che a domicilio, con modalità definite dal Comitato Aziendale in base alle risorse disponibili e caratteristiche del territorio.
15. Ogni AFT è tenuta a redigere una propria carta dei servizi, nella quale sono definiti gli orari di studio dei medici a ciclo di scelta che ne fanno parte e le modalità di contattabilità. La carta dei servizi conterrà, inoltre, indicazioni circa le modalità e i turni di apertura degli studi medici per garantire l'attività ambulatoriale dalle ore 8 alle ore 20, dal lunedì al venerdì.
- La carta dei servizi dovrà essere inviata al Direttore di Distretto entro 3 mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, e resa disponibile ai pazienti e ai medici della AFT. Essa dovrà essere regolarmente aggiornata, e sarà cura del referente di AFT trasmettere tempestivamente le variazioni apportate al Direttore di Distretto.
16. I medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta operanti all'interno della AFT devono essere tra loro funzionalmente connessi tramite idonea piattaforma informatica, in modo da garantire la totale omogeneità. Detta piattaforma deve consentire ad ogni medico a ciclo di scelta della AFT, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e sulla sicurezza della gestione dei dati, l'accesso alle schede sanitarie individuali degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT, per permettere un'efficace presa in carico e garanzia della continuità delle cure. A tale scopo, e per le finalità previste dall'Accordo Nazionale, viene

confermata l'indennità informatica forfetaria mensile di € 77,47 attualmente versata ai Medici di Medicina generale ai sensi dell'ACN MMG 2005.

17. Il SSR riconosce ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta operanti all'interno della AFT un importo forfettario annuo, determinato in conformità ai valori CONSIP, per la linea di collegamento per accedere ai servizi del SSN e SSR nonché a tutti gli altri servizi telematici necessari all'adempimento degli obblighi contrattuali e normativi vigenti. Tale importo forfetario sarà erogato dalle Aziende, a posteriori, con cadenza annuale.

Le parti concordano che, in un orizzonte temporale di breve/medio termine, con tempistiche coerenti con quelle dei progetti PNRR della Missione 6, la Regione doti tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria convenzionati con il SSR, di un unico SW gestionale. La Regione si impegna, pertanto, ad effettuare tutte le valutazioni economiche e tecnico/informatiche al fine di indire la gara regionale per la relativa fornitura, previa nuova consultazione con le OO.SS.

18. Tutti gli aspetti organizzativi e logistici della AFT saranno indicati in sede di regolamento.

19. Alle riunioni di AFT convocate e condotte dal referente di AFT ai sensi dell'art. 7 del presente accordo, partecipano tutti i medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria operanti a ciclo di scelta e a rapporto orario, ivi compresi gli incaricati a tempo determinato.

20. Ai medici a ciclo di scelta che, nel corso dell'anno, partecipano regolarmente ad almeno il 75% delle riunioni di AFT di cui al punto precedente, è corrisposto un incentivo determinato dall'Azienda sulla base della disponibilità residua del fondo di cui all'art. 47, lettera B, comma II (0,81 €/pz/anno), al netto delle risorse necessarie per il riconoscimento del compenso ai referenti di AFT.

Per la determinazione dell'incentivo, l'Azienda effettua le preventive verifiche relative:

- al raggiungimento del target minimo di partecipazione alle riunioni di AFT da parte di ciascun medico, evincibile dai verbali del referente di AFT, inviati al Distretto;
- alla corretta quantificazione delle risorse impegnate per i compensi dei referenti;
- alla consistenza effettiva del fondo residuo disponibile.

L'incentivo spettante ai medici aventi diritto è quindi determinato mediante riparto del fondo residuo disponibile in quota uguale tra tutti i medici che abbiano raggiunto la soglia del 75% di partecipazione.

La determinazione e la corresponsione dell'incentivo ai medici aventi diritto avvengono all'inizio dell'anno successivo a quello di riferimento, una volta concluse le verifiche sopra indicate.

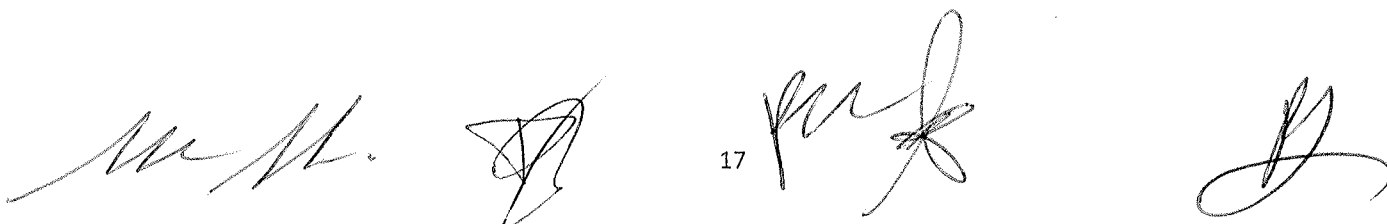
B. INDENNITA' DI AFT E DI CdC SPOKE DI I LIVELLO

1. Indennità di AFT

Per le attività e gli obiettivi di cui ai punti precedenti, ai medici facenti parte solo di AFT, spetta una indennità pari a € 10,00/annui per assistito.

Tale indennità può essere ridotta in funzione del mancato raggiungimento di obiettivi di promozione attiva dell'adesione degli assistiti a screening oncologici e di appropriatezza prescrittiva, come segue:

- a. promozione attiva di adesione degli assistiti agli screening oncologici RSO per tumore del colon-retto e mammografico per tumore al seno: € 1,00/annui per assistito;
- b. appropriatezza prescrittiva farmaceutica e di prestazioni specialistiche: € 1,00/annui per assistito;
- c. aderenza ai RAO: € 1,00/annuo per assistito.



17

2. Indennità di CdC Spoke di I livello

I medici che aderiscono alle CdC Spoke di I livello di cui all'art. 8 del presente accordo, percepiscono l'indennità pari a € 15,00/annui per assistito.

Tale indennità può essere ridotta in funzione del mancato raggiungimento di obiettivi di promozione attiva dell'adesione degli assistiti a screening oncologici e di appropriatezza prescrittiva, come segue:

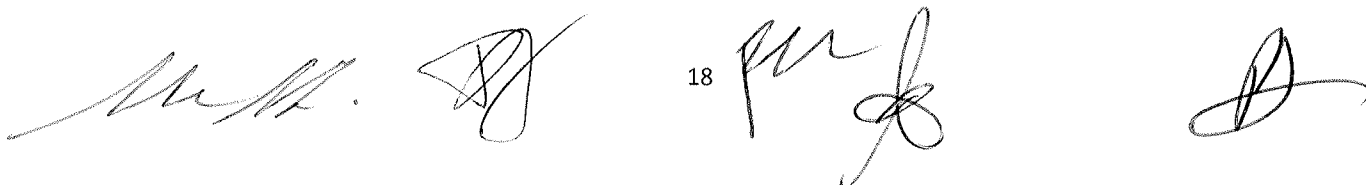
- a. promozione attiva di adesione degli assistiti agli screening oncologici RSO per tumore del colon-retto e mammografico per tumore al seno: € 1,00/annui per assistito;
- b. appropriatezza prescrittiva farmaceutica e di prestazioni specialistiche: € 1,00/annui per assistito;
- c. aderenza ai RAO: € 1,00/annuo per assistito.

I progetti relativi saranno definiti a livello aziendale e la misurazione del raggiungimento degli obiettivi si basa sui seguenti criteri.

1. La misurazione, a cura dell'Azienda, del raggiungimento dell'obiettivo per l'incentivo di cui al punto a. si basa in linea generale sulla percentuale di adesione allo screening dei pazienti del medico rientranti nella popolazione target, mediante confronto con la percentuale di adesione a livello regionale, anche attraverso i dati relativi all'esecuzione di esami diagnostici al di fuori delle campagne di screening anche presso erogatori privati.
Sono da individuare specifici obiettivi per i vari screening, in ragione delle proprie caratteristiche.
2. Gli incentivi di cui ai punti b. e c. sono riconosciuti esclusivamente in caso di riscontro di appropriatezza a seguito delle verifiche effettuate dall'Azienda sulla base dei flussi informativi disponibili, con particolare riferimento, laddove possibile, all'impatto sulla salute dell'attività prescrittiva, utilizzando indicatori sia di processo che di risultato.
3. Le verifiche dei criteri di appropriatezza e di erogazione dell'incentivo sono effettuate con periodicità da definire a livello aziendale sulla base dei dati regionali/aziendali (adesione della popolazione eleggibile agli screening oncologici, prescrizioni farmaci, prescrizioni specialistica, utilizzo RAO).
Per ciascuna delle tre componenti, l'indennità di cui ai punti precedenti è decurtata a fronte della verifica del mancato raggiungimento degli standard sopra indicati.
4. L'Azienda comunica ai medici gli esiti delle verifiche relative ai punti di cui sopra, ai fini del mantenimento della quota di indennità relativa.
5. Al fine di supportare il medico nel miglioramento della propria attività di presa in carico degli assistiti per l'adesione agli screening, per l'appropriatezza prescrittiva e per l'aderenza ai RAO, potranno essere avviate iniziative organizzative e formazione specifica, oltre ad introdurre idonei applicativi informatici.
6. Con l'entrata in vigore del presente accordo le indennità di rete e le indennità delle medicine di gruppo erogate ai sensi dell'ACN MMG 23/03/2005 e ss.mm.ii. sono sospese e le relative risorse integrano il fondo per il riconoscimento delle indennità di AFT e di CdC Spoke di I livello di cui ai punti 1. e 2. della lettera B del presente articolo.

ART. 7 - IL REFERENTE DI AFT

1. Il presente articolo disciplina le funzioni del referente di AFT ai sensi dell'art. 30 dell'ACN vigente, con particolare riferimento alla durata del mandato e alle modalità di svolgimento della funzione.
2. I medici componenti la AFT individuano al loro interno, con modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12 dell'ACN, un referente ed il suo sostituto. I medici



proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista.

3. Il referente di AFT deve essere titolare di rapporto convenzionale. L'incarico di referente di AFT ha durata di tre anni.
4. La funzione di referente di AFT non incide sull'incarico convenzionale in essere del medico.
5. Oltre ai compiti individuati dall'art. 30 e dall'art. 25, comma 2 dell'ACN, il referente di AFT svolge le seguenti funzioni:
 - a. si coordina col Direttore di Distretto e con gli altri referenti di AFT per l'inserimento di nuovi medici di RUAP nella sua AFT, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 33, comma 4, dell'ACN;
 - b. coordina le attività di medicina di iniziativa, di gestione della cronicità, di diagnostica di primo livello e ogni altra progettualità all'interno dell'AFT;
 - c. coordina le sostituzioni dei medici facenti parte della AFT in caso di loro assenza ai sensi dell'art. 6, comma 8 del presente accordo;
 - d. si coordina con il Distretto per le progettualità comuni;
 - e. concorre alla gestione della piattaforma informatica utilizzata per la realizzazione e il mantenimento della rete di AFT;
 - f. analizza i dati aggregati relativi all'attività della stessa e li discute nelle riunioni di AFT previste dal regolamento;
 - g. garantisce la gestione integrata delle patologie croniche per il raggiungimento degli obiettivi di AFT;
 - h. promuove e coordina le attività di prevenzione primaria e secondaria di AFT (vaccinali e screening) di cui all'art 7, lettera B, punto II - del presente accordo;
 - i. convoca e conduce le riunioni periodiche di AFT, redige e invia il relativo verbale al Distretto;
 - j. verifica l'attività annuale dell'AFT, anche ai fini della elaborazione della relazione di cui al punto 4 dell'art. 30 dell'ACN MMG;
 - k. collabora con il Direttore del Distretto all'assegnazione ai medici del ruolo unico delle sedi di attività a prestazione oraria e alla predisposizione, su base distrettuale, dei turni di servizio, sentiti i medici interessati, sulla base di quanto previsto dall'art 5 comma 9 del presente accordo
6. Al referente di AFT è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Detto compenso si articola in:
 - € 750,00 mensili, oneri esclusi, a fronte dell'espletamento delle funzioni assegnate dall'ACN vigente e dal presente accordo;
 - € 250,00 mensili, da corrispondersi in unica soluzione, per l'importo di € 3.000,00 annui, previa verifica del raggiungimento degli obiettivi, a fronte del raggiungimento degli obiettivi individuati dall'Azienda e di almeno due tra i seguenti:
 - partecipazione alla definizione di procedure di integrazione della AFT con le CdC e con gli altri soggetti presenti sul territorio per l'ottimale presa in carico dei pazienti, in attuazione delle indicazioni regionali in materia; indicatore: predisposizione di relazione sull'analisi dei dati sulla base di reportistica fornita dal gestionale "Cartella a Casa";
 - condivisione e implementazione percorsi ospedale-territorio e di continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali incluso il rapporto funzionale con l'UCCP/CdC. Indicatore: avvio di almeno un percorso;
 - copertura dei turni nelle CdC h 12 diurni 7 gg su 7.

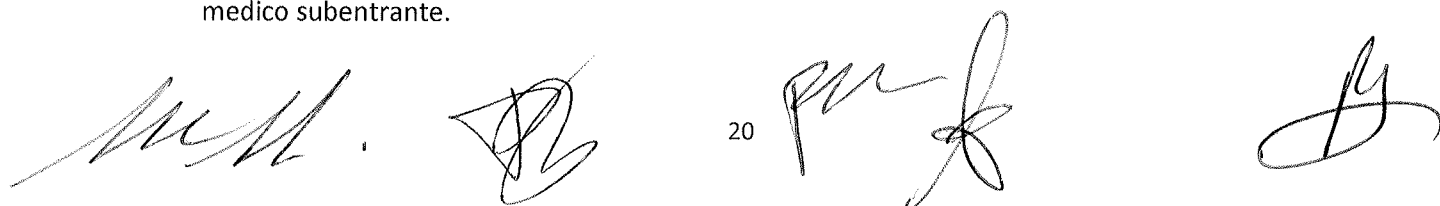


7. Il compenso per il referente di AFT è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'art. 47, comma 2, lettera B, punto II) dell'ACN vigente.
8. Fermo restando quanto previsto dall'art. 30, comma 7 dell'ACN vigente, il referente di AFT può essere revocato dalla sua funzione per le seguenti motivazioni:
 - a. per rinuncia del medico stesso;
 - b. per sfiducia nella sua gestione della AFT da parte della maggioranza più uno dei membri della AFT, tramite richiesta adeguatamente motivata (degli stessi) inviata al Direttore di Distretto;
 - c. per mancato espletamento delle funzioni previste al precedente comma 5.

ART. 8 - ATTIVITÀ DELLE CASE DI COMUNITÀ SPOKE DI I LIVELLO

Case di Comunità Spoke di I livello

1. In coerenza con il Piano Sociosanitario 2023/2025 le Medicine di Gruppo ex art. 54 ACN MMG 2005, si identificano come Case di Comunità Spoke di I livello.
2. Ogni CdC Spoke di I livello è costituita da un numero minimo di tre medici con incarico a tempo indeterminato o temporaneo. Ciascun medico può aderire ad una sola Casa di Comunità Spoke di I livello.
La CdC Spoke di I livello si dota di una propria carta dei servizi per gli assistiti.
3. Possono far parte della CdC Spoke di I livello soltanto medici appartenenti alla stessa AFT .
4. L'orario di apertura dello studio della CdC Spoke di I livello deve prevedere almeno 8 ore al giorno, equamente distribuite tra mattino e pomeriggio. Ciascun medico facente parte garantisce la sua presenza in studio per cinque giorni la settimana. Allo scopo di promuovere la capillarità dell'assistenza nei confronti degli assistiti, i medici che operano nella CdC Spoke di I livello possono esercitare parte dell'attività presso la sede centrale e parte presso secondi studi decentrati, con prevalenza presso la sede centrale. L'orario minimo per ciascun medico è stabilito ai sensi dell'art. 35, comma 5, dell'ACN vigente. Tutti gli studi devono garantire il collegamento in rete. La distribuzione oraria deve essere garantita in maniera equa da tutti i medici.
5. I medici facenti parte della CdC Spoke di I livello possono sostituirsi tra loro per assenze inferiori ai 30 giorni senza individuare un singolo sostituto. L'assenza del medico viene presa in carico da tutti i medici facenti parte della CdC Spoke di I livello. La comunicazione di assenza all'Azienda, ai sensi dell'art. 36, comma 2, ACN vigente, viene effettuata attraverso apposito modulo concordato in Comitato Aziendale. Per le assenze superiori ai 30 giorni valgono le disposizioni di cui all'art. 36 dell'ACN vigente e a quanto previsto dall'art. 6, lettera A, comma 11 del presente Accordo.
6. Il subentro di un medico in CdC Spoke di I livello, in sostituzione di un medico che lascia l'incarico, avviene automaticamente, nel rispetto del principio di isorisorse economiche, senza necessità di approvazione da parte del Comitato Aziendale. Le eventuali indennità relative al personale di studio (collaboratore e infermiere) in carico al medico uscente transitano automaticamente al nuovo medico subentrante.



7. Nel caso in cui un medico appartenente ad una CdC Spoke di I livello lasci l'incarico senza la disponibilità di un nuovo medico a subentrare, come previsto al comma 6, la relativa indennità di CdC Spoke di I livello è assegnata dal Comitato Aziendale al primo medico che ne abbia fatto richiesta all'Azienda. Qualora, entro 12 mesi, nessun nuovo medico presenti domanda di subentro alla CdC Spoke di I livello e venga meno il numero minimo di componenti, la stessa si intende sciolta e le relative risorse confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi.

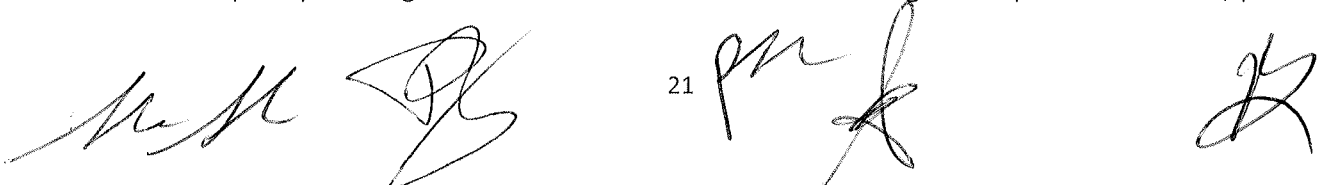
L'Azienda è tenuta a mantenere un elenco aggiornato dei medici che hanno presentato richiesta di ingresso in CdC Spoke di I livello.

8. La costituzione di nuove CdC Spoke di I livello, eventualmente richieste, deve essere autorizzata dal Comitato Aziendale entro 60 giorni dalla data di ricezione della richiesta, previa valutazione della disponibilità economica del fondo aziendale dei fattori produttivi, di cui all'art. 9, lettera A del presente Accordo.
9. La nuova CdC Spoke di I livello autorizzata dovrà trasmettere all'Azienda, entro 30 giorni dall'autorizzazione, il relativo atto costitutivo contenente la carta dei servizi per gli assistiti. I benefici economici per i medici facenti parte di tale forma organizzativa decorreranno dal momento di notifica all'Azienda dell'atto costitutivo.
10. Nelle aree interne disagiate e disagiatissime, in ambito delle AFT di riferimento, anche in considerazione di una situazione di difficile accessibilità alle Case di Comunità hub o spoke certificate dal PNRR, l'Azienda, sulla base delle esigenze specifiche dei contesti delle aree in argomento, autorizzano in via prioritaria la costituzione di nuove Case di Comunità Spoke di I livello, alle condizioni di cui ai commi precedenti.

ART. 9 - FONDI DELLA MEDICINA GENERALE – ATTIVITÀ A CICLO DI SCELTA

A. FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

1. Ai sensi dell'art. 47, comma 2, lettera D dell'ACN vigente, con l'entrata in vigore del presente accordo le indennità e gli incentivi del fondo di cui all'art. 46 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., ad eccezione della quota prevista dall'art. 47, comma 2, lettera B, punto I vanno a costituire il fondo aziendale dei fattori produttivi.
2. Al Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi si integrano, con contabilizzazione separata, le risorse aggiuntive per il personale di studio previste dall'art. 6 dell'AIR Liguria del 22/04/24, approvato con DGR n. 432 del 03/05/2024.
3. In sede di Comitato Aziendale le Aziende possono definire eventuali integrazioni a questo fondo dalla quota del cosiddetto Governo Clinico prevista dall'art. 47, comma 2, lettera B punto I ACN vigente.
4. Ai sensi dell'art. 47, comma 2, lettera D punto III) ACN vigente le risorse del presente fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che percepiscono gli incentivi e le indennità all'entrata in vigore del presente accordo, purché



risultati 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.

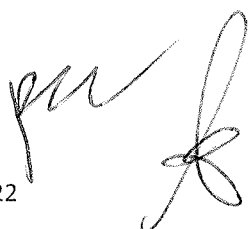
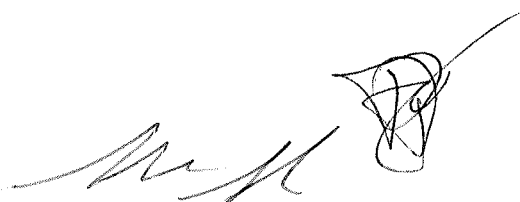
5. Le risorse che residuano sul Fondo al termine di ogni annualità restano nel Fondo per l'anno successivo.

B. FONDO DEL GOVERNO CLINICO E PER PROGETTI FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI

6. I fondi di cui all'art. 47, comma 2, lettera B, punto I) dell'ACN vigente sono destinati all'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al Governo Clinico.
7. Il Comitato Aziendale di ciascuna ASL disciplina la suddivisione della quota parte di detto Fondo per i progetti della Medicina Generale definiti dagli Accordi Integrativi regionali e dagli Accordi Attuativi Aziendali.
8. L'incremento di € 1,90/paziente/anno, come previsto dall'art. 5, comma 1, tabella A1 dell'ACN vigente, a decorrere dal 04/04/24 è finalizzato al finanziamento di progetti per il miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici. Sono altresì finalizzate al finanziamento di detti progetti, le risorse di cui all'art. 47, comma 2, lettera B), punto III).
9. Ai sensi del comma 4 del presente articolo, in sede di Comitato Aziendale le Aziende possono definire eventuali integrazioni da questo fondo al Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi.
10. Il Fondo del Governo Clinico è integrato dalle risorse aggiuntive previste dall'AIR del 14/02/2019, approvato con DGR n. 754 del 2019 e confermato dall'AIR del 15/12/2022.
11. Le risorse che residuano sul Fondo al termine di ogni annualità restano nel Fondo per l'effettuazione dei progetti dell'anno successivo. Eventuali fondi residui al terzo anno vanno ad integrare il Fondo dei fattori produttivi di cui al comma precedente.
12. Ai sensi della norma finale 1 del AIR del 22/04/2024 andranno ad incrementare questo fondo anche gli eventuali residui rilevati dalle AA.SS.LL. sui fondi relativi alla quota variabile del compenso dei medici di Medicina generale a ciclo di scelta relativi agli anni dal 2005 al 2013.

C. FONDO EX ART. 47, COMMA 2, LETTERA B, PUNTO II)

13. Viene quantificato ad inizio di ogni anno, nel rispetto delle indicazioni di cui all'ACN vigente.
14. Le risorse di tale fondo sono ad inizio di ciascun anno preventivamente decurtate delle risorse necessarie al finanziamento dei compensi spettanti ai referenti di AFT e ai coordinatori di UCCP, come disposto ai sensi dell'art. 10, comma 4 e dell'art. 30, comma 6 dell'ACN vigente; il residuo eventuale viene utilizzato per la remunerazione degli incentivi di cui all'art. 6, comma 20, del presente accordo.



ART. 10 - ZONE DISAGIATE E DISAGIATISSIME (definizione, conferimento di incarichi, compensi accessori)

Premessa

A causa della generale carenza di medici di medicina generale si stanno determinando situazioni di forte criticità assistenziale soprattutto nei Comuni territorialmente disagiati. Infatti, i pochi medici aventi titolo che partecipano agli avvisi per l'assegnazione delle zone carenti individuate a livello aziendale e pubblicate ai sensi dell'ACN vigente, difficilmente si rendono disponibili a ricoprire incarichi in questi territori.

Il Sistema Sanitario Regione Liguria, sentito il Comitato Aziendale, individua le zone disagiate o disagiatissime, e stabilisce gli incentivi economici ad esse legati (ai sensi dell'art. 47, comma 2, lettera e ACN MMG vigente).

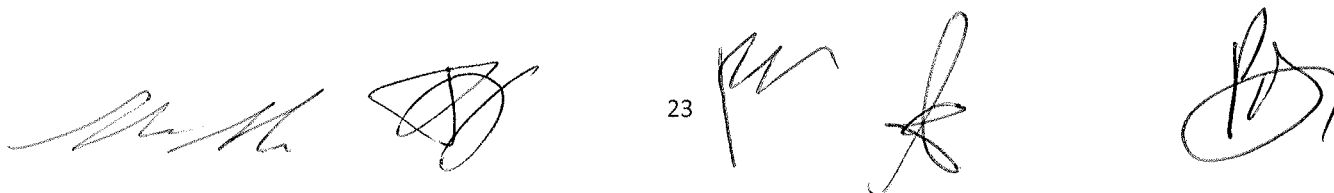
1. Al fine di agevolare l'inserimento dei medici e per garantire l'assistenza nell'ambito territoriale loro assegnato, disagiato o disagiatissimo, l'Azienda consente ai medici che ne facciano richiesta l'utilizzazione di un proprio ambulatorio, alle condizioni di cui all'art. 33, commi 6 e 10 dell'ACN vigente. Qualora l'Azienda non abbia propri locali disponibili potrà farsi carico di contattare i Comuni interessati al fine di concordare, ove possibile, l'utilizzo gratuito (comprensivo delle utenze) di idonei locali comunali.
2. Ai sensi dell'art. 38, comma 2, dell'ACN vigente, al fine di assicurare l'assistenza nelle aree disagiate e disagiatissime, è consentito, su espressa volontà dei medici interessati, l'innalzamento del massimale di scelta fino al limite massimo di 1.800 assistiti, anche a coloro che operano in forma singola.
In sede di Comitato Aziendale viene valutata la durata del provvedimento.
3. Ai medici sono concesse le indennità di personale di segreteria e con possibilità di servizio di segreteria anche in back office.
4. In tali aree territoriali disagiate e disagiatissime, a fronte di conclamata carenza di medici e nei casi di difficoltà nell'organizzazione del servizio, l'Azienda può prevedere che l'assistenza sia garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia ad attività oraria che a ciclo di scelta con l'utilizzo della telemedicina, ove possibile.
5. Per lo svolgimento dell'attività nelle zone individuate come disagiate o disagiatissime, ai medici del ruolo unico di assistenza primaria incaricati, per l'attività a ciclo di scelta vengono riconosciuti i compensi accessori annui (aggiuntivi), come di seguito dettagliato:

Attività svolta in Zone dichiarate disagiate:

- A. Compenso aggiuntivo annuo lordo pari a € 8,00 per assistito in carico residente o domiciliato nella zona stessa, corrisposto su base mensile (1/12 di € 8,00 x n. assistiti in carico nel mese);
- B. Quota forfetaria annua lorda di € 7.000,00, corrisposta su base mensile, in dodicesimi.
- C. Compenso aggiuntivo di € 20,20 alla quota di ADP (19,80), per un complessivo di € 40,00, per il solo medico che non ha studio principale nella zona disagiata.

Attività svolta in Zone dichiarate disagiatissime:

- A. Compenso aggiuntivo annuo lordo pari a € 8,00 per assistito in carico residente o domiciliato nella zona stessa, corrisposto su base mensile (1/12 di € 8,00 x n. assistiti in carico nel mese);
- B. Quota forfetaria annua lorda di € 10.000,00 corrisposta su base mensile, in dodicesimi;
- C. Compenso aggiuntivo di € 20,20 alla quota di ADP (19,80), per un complessivo di € 40,00, per il solo medico che non ha studio principale nella zona disagiatissima.



I compensi aggiuntivi forfetari annui sono da intendersi omnicomprensivi e riferiti esclusivamente al primo studio individuato dall'Azienda in sede di pubblicazione della zona carente disagiata o disagiatissima.

Detti compensi aggiuntivi accessori sono corrisposti a ciascun Medico di ruolo unico di assistenza primaria per l'attività a ciclo di scelta, titolare di incarico a tempo indeterminato, di incarico temporaneo e di incarico provvisorio, per tutto il periodo di attività.

6. L'attività oraria del medico del ruolo unico di assistenza primaria che svolge attività in via esclusiva nelle zone disagiate e disagiatissime, potrà essere svolta presso il proprio studio o presso un presidio sanitario avanzato del comune per aumentare le ore di copertura del servizio di assistenza o per progetti specifici individuati dal distretto che garantiscano una maggior presa in carico del paziente con attuazione di interventi di medicina di iniziativa.

Il presente articolo determina il superamento di quanto previsto dall'AIR del 04/02/2021 che pertanto risulta abrogato.

ART. 11 - PROGETTO ATTIVITA' VACCINALE

1. Il presente progetto intende definire percorsi e modalità ottimali per garantire l'attività vaccinale a cura dei medici del ruolo unico di assistenza primaria in attività a ciclo di scelta, nel rispetto delle indicazioni del P.N.P.V. e, in particolare con riferimento alla campagna antinfluenzale.
Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale indica, tra gli obiettivi per la vaccinazione antinfluenzale il 75% di copertura minima perseguibile e il 95% come ottimale nei soggetti ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio. Il raggiungimento di queste percentuali nella popolazione maggiormente a rischio per complicanze legate all'epidemia influenzale stagionale, permette di centrare i seguenti obiettivi:
 - riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte;
 - riduzione del rischio di trasmissione a soggetti ad alto rischio di complicanze o di ospedalizzazione;
 - riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità.
2. Il medico di medicina generale a ciclo di scelta partecipa obbligatoriamente alle campagne vaccinali regionali per l'influenza ai sensi dell'art. 43, comma 6, lettera e dell'ACN vigente, e l'importo per ogni singolo vaccino somministrato è pari ad € 6,16 ai sensi dell'Allegato 6 ACN vigente.
3. La tariffa corrisposta per dose praticata viene definita in base ai seguenti indicatori:
 - < 60% dei soggetti over 65 anni vaccinati = € 6,16 per ogni vaccino somministrato
 - ≥ 60% dei soggetti over 65 anni vaccinati = € 6,16 + € 2,50 = € 8,66 per ogni vaccino somministrato
 - ≥ 70% dei soggetti over 65 anni vaccinati = € 6,16 + € 3,50 = € 9,66 per ogni vaccino somministrato
 - ≥ 80% dei soggetti over 65 anni vaccinati = € 6,16 + € 4,00 = € 10,16 per ogni vaccino somministrato.
4. Resta inteso che il calcolo degli indicatori viene eseguito su ogni singolo medico e relativamente alla popolazione di pazienti in carico over 65 anni. Al momento dell'avvio della campagna vaccinale a ciascun medico viene fornito il numero degli assistiti over 65 anni vaccinabili e utile per il raggiungimento degli obiettivi sopra definiti. Al termine della campagna vaccinale l'Azienda

comunica al medico la percentuale degli ultrasessantacinquenni vaccinati in tutte le sedi (farmacie, servizi di igiene, ospedali, ecc..).

5. Al medico che effettua la vaccinazione e/o il completamento del piano vaccinale a domicilio dei pazienti anziani e fragili non deambulanti è riconosciuta per ogni accesso la quota di € 18,90, pari a quella prevista per un accesso in ADP ai sensi dell'Allegato 8 dell'ACN vigente.
Il medico compila apposito modulo per la rendicontazione dei vaccini effettuati a domicilio con cadenza definita in sede aziendale.
6. La consegna/ritiro delle dosi di vaccino antinfluenzale deve avvenire in maniera tempestiva, sulla base della disponibilità dei vaccini, in modo tale da consentire a tutti i Medici di Medicina Generale di poterne disporre presso il proprio studio per la data stabilita dalla Regione di avvio della campagna vaccinale.
7. Sulla scorta di quanto già effettuato a partire dal 2018 con le vaccinazioni per Pneumococco e per Herpes Zoster, e al fine di migliorare la presa in carico globale dei pazienti e aumentare le loro coperture vaccinali, è prevista, su base facoltativa, la partecipazione dei Medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta a tutte le vaccinazioni previste dall'attuale Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, sulla base di accordo attuativo aziendale.
8. Ai medici a ciclo di scelta che aderiranno alle campagne di vaccinazione come definite al precedente comma 8 e organizzate a livello aziendale, verranno corrisposti € 6,16 per ogni singolo vaccino somministrato ai sensi dell'Allegato 6 ACN vigente.
9. Al fine di semplificare le modalità di registrazione delle vaccinazioni sul portale regionale, Regione Liguria si impegna a promuovere l'integrazione con i gestionali dei medici di medicina generale onde consentire l'invio automatico dei dati. Alla somministrazione della dose vaccinale, farà seguito da parte del medico la relativa registrazione sull'Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR) tempestivamente in modo da prevenire il fenomeno della doppia vaccinazione da parte di assistiti ed eventi avversi.

10. I fondi per il presente articolo sono previsti dall'art. 47, lettera C dell'ACN vigente.

Il presente articolo determina il superamento di quanto previsto dall'AIR del 26/07/2018 sulla medesima materia, che pertanto risulta abrogato.

ART. 12 – EFFICACIA E DURATA DELL'ACCORDO

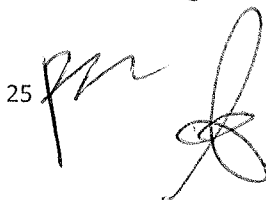
1. Il presente accordo regionale entra in vigore dall'1/1/2026 previa approvazione da parte della Giunta Regionale e fino alla definizione di un nuovo accordo integrativo sulle materie disciplinate.
2. Le parti si impegnano a rivedere il contenuto del presente accordo regionale in caso di sopravvenute modifiche normative e contrattuali che incidano sulle materie disciplinate.

Norma Finale n. 1

Per quanto non espressamente disciplinato dal presente Accordo Regionale si fa rinvio alle norme in materia di cui all'Accordo Collettivo Nazionale MMG.



25



Norma Finale n. 2

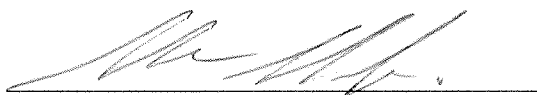
Con riferimento al compenso si precisa che la quota oraria nazionale verrà automaticamente e dinamicamente adeguata alle eventuali variazioni previste dai successivi AA.CC.NN. MMG fino alla stipula del nuovo AIR.

Letto e approvato.

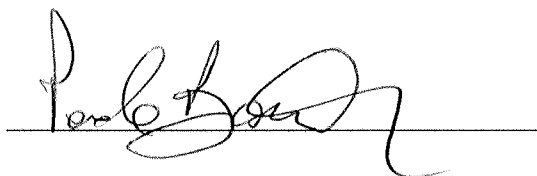
Genova, 16 dicembre 2025

Per la componente di parte pubblica

L'Assessore alla Sanità,
Politiche socio sanitarie e sociali, Terzo Settore
Prof. Massimo Nicolò

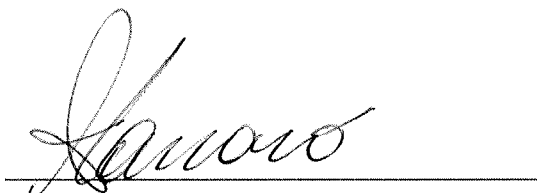


Il Direttore Generale
Direzione Generale di Area
Salute e Servizi Sociali
Dott. Paolo Bordon

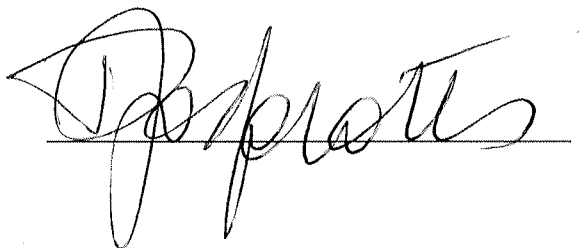


Per la componente di parte sindacale

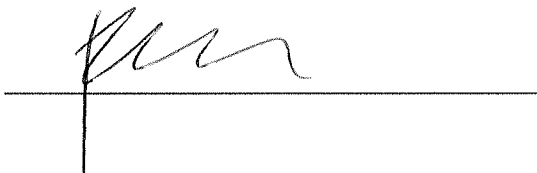
F.I.M.M.G. Liguria
Il Segretario regionale
Dr. Andrea Carraro



S.M.I. Liguria
Il Segretario regionale
Dr. Daniele Gasparotti



S.NA.M.I. Liguria
Il Presidente regionale
Dr. Riccardo Campus



FMT Liguria
Dr.ssa Elisabetta Tassara

_____ assente _____



Nota di precisazione dello SNAMI Liguria alla firma dell'AIR 2025

Si precisa che lo SNAMI Liguria, pur non condividendo molteplici aspetti contenuti nel presente AIR, appone FIRMA TECNICA al presente AIR AL SOLO FINE di poter partecipare alle successive trattative come parte Sindacale.

Distinti saluti.

Il Presidente SNAMI Genova
Dott. Riccardo Campus

Genova, 3 dicembre 2025