



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
REGIONE SARDEGNA 2024**

Premessa

Accordo regionale per la Medicina generale in attuazione di quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale del 04 aprile 2024.

La programmazione sociosanitaria. Il percorso di presa in carico del paziente e la cronicità.

Le transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali richiedono risposte nuove ai nuovi bisogni di salute, che impongono scenari di assistenza molto diversi rispetto al passato e che necessitano di un sostanziale ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria regionale. Alla luce di questo, la Regione Sardegna intende potenziare la strategicità dei sistemi di assistenza primaria e delle strutture territoriali, per garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute ed assistenza, sviluppando i servizi erogati sul territorio e i sistemi di assistenza primaria, con percorsi di cura e assistenza organizzati all'interno della rete dei servizi anche attraverso la telemedicina.

La programmazione socio-sanitaria regionale è declinata nel "Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024" (PRSS), approvato con la deliberazione di Giunta regionale n. 9/22 del 23.02.2022, e nel successivo "Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del decreto 23 maggio 2022 n. 77", approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 37/24 del 14.12.2022, in coerenza con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

La Missione 6 Salute del PNRR mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone. È articolata in due Componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.

In particolare, la Componente 1 ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento ed alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina ed una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. Il rafforzamento dell'assistenza territoriale rappresenta inoltre, un ruolo cruciale anche nella gestione dell'assistenza dell'emergenza-urgenza, attraverso il miglioramento del numero di accessi impropri nei Pronto soccorso.

Il PNRR ha promosso ed incentivato il rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata, come componente essenziale per garantire un'assistenza equa, in particolar modo negli anziani con patologie croniche e/o che necessitano di assistenza sociosanitaria. Il raggiungimento di tale obiettivo prevede l'incremento della presa in carico di assistiti ultrasessantacinquenni fino al 10% della popolazione totale di pari età.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

La componente 2, con l'investimento 1.3.2 - Infrastruttura tecnologica del MdS, analisi di dati e modello predittivo per garantire i LEA e di sorveglianza e vigilanza sanitaria, prevede nel sub intervento 1.3.2.2.3 l'implementazione di quattro flussi informativi a livello regionale, tra cui quello dedicato alle cure primarie, istituito con Decreto 4 agosto 2025 "Sistema informativo dell'assistenza primaria (SIAP)".

La presa in carico

La presa in carico del cittadino rappresenta il fulcro del nuovo modello di assistenza territoriale. Si articola su tre livelli: la popolazione sana, destinataria di azioni di prevenzione e promozione della salute; la popolazione con bisogni prevedibili, per la quale la programmazione degli accessi e l'utilizzo di strumenti come i PDTA e i PAI consentono una gestione proattiva e multidimensionale; la popolazione con bisogni imprevedibili, che accede ai servizi tramite i canali dell'urgenza, con l'obiettivo di una rapida stabilizzazione e del successivo reinserimento in percorsi programmati.

La cronicità

Il Piano regionale prevede la promozione della salute, la prevenzione e la diagnosi precoce, con interventi sia di comunità – volti a creare alleanze intersettoriali con scuole, enti locali, datori di lavoro e associazioni, secondo l'approccio "Salute in tutte le politiche" dell'OMS – sia mirati al singolo individuo, attraverso counselling breve e programmi di screening organizzato.

Il modello di cura individuato è centrato sulla persona e basato sull'integrazione tra cure primarie, specialistica ambulatoriale e ospedale, mediante l'utilizzo dei PDTA, così da eliminare discontinuità tra i diversi livelli assistenziali. Centrale è anche l'integrazione ospedale-territorio, garantita da reti multispecialistiche, dalla gestione delle dimissioni protette e dal ricorso a strutture intermedie come gli Ospedali di Comunità, supportati dal coordinamento delle Centrali Operative Territoriali (COT).

Un ulteriore asse di sviluppo è rappresentato dal setting domiciliare, che valorizza l'assistenza domiciliare integrata (ADI) con la collaborazione di professionisti sanitari e sociali, sulla base di progetti unitari elaborati dall'UVT, con il supporto della telemedicina.

La gestione della cronicità richiede un sistema continuativo, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello, capace di realizzare progetti personalizzati di lungo termine, orientati sia al miglioramento della qualità di vita della persona sia all'uso razionale delle risorse disponibili.

Il progetto di salute

Il DM 77/2022 istituisce il *progetto di salute*, strumento di programmazione e gestione dei bisogni di salute della popolazione, integrando piani individuali di assistenza e riabilitazione (PAI e PRI) e alimentando il Fascicolo sanitario elettronico. Il distretto socio-sanitario coordina la rete dei servizi territoriali e ospedalieri, garantendo la presa in carico globale dell'assistito e promuovendo la *sanità di iniziativa*, con interventi proattivi e personalizzati. L'assistenza distrettuale governa la domanda di salute, integra i servizi sanitari e sociali, attua i percorsi assistenziali e promuove



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

l'educazione sanitaria. Il Punto unico di accesso (PUA) e lo Sportello unico di accesso (SUA), collocato nelle Case della comunità, orientano i cittadini ai servizi e attivano, nei casi complessi, le Unità di valutazione territoriale (UVT) per la presa in carico multidimensionale e il monitoraggio degli esiti.

Il Distretto sociosanitario

Il Distretto sociosanitario assume un ruolo centrale di coordinamento della rete territoriale, garantendo un punto unico di riferimento per il cittadino. Esso integra le attività sanitarie e sociali, orienta ai servizi attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA) e i Servizi Unici di Accesso (SUA), ed è responsabile della presa in carico multidimensionale tramite le Unità di Valutazione Territoriale (UVT).

L'Assistenza distrettuale

L'assistenza distrettuale si sviluppa in un'ottica di sanità di iniziativa, rafforzando i servizi domiciliari, la telemedicina e la continuità delle cure. È caratterizzata da un approccio proattivo e personalizzato, che mira alla gestione integrata della cronicità e alla riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri.

Aggregazioni funzionali territoriali - AFT

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) rappresentano le forme organizzative mono professionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Sono finalizzate a migliorare l'accessibilità e la continuità assistenziale, con obiettivi condivisi di salute per la popolazione di riferimento. Ai sensi del DM 77/2022 le AFT sono ricomprese nelle case di comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

Le Case della Comunità

Le Case della Comunità costituiscono il presidio territoriale principale, configurato in modalità hub o spoke. In esse operano équipe multiprofessionali composte da medici, infermieri, specialisti e assistenti sociali, in grado di garantire un'assistenza integrata, capillare e continuativa. Sono il luogo privilegiato per la gestione delle cronicità e per il raccordo tra servizi sanitari e sociali.

Centrali operative territoriali - COT

Le Centrali Operative Territoriali svolgono funzioni di coordinamento e raccordo, facilitano la transizione tra ospedale e territorio, gestiscono i flussi informativi e supportano l'utilizzo della telemedicina, assicurando la presa in carico delle persone fragili e croniche.

Ospedali di comunità



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Gli Ospedali di Comunità sono strutture intermedie dedicate a degenze brevi a bassa o media intensità clinica. Rappresentano un'alternativa al ricovero ospedaliero, favorendo la gestione di pazienti che necessitano di assistenza continuativa, ma non di un'ospedalizzazione per acuti.

Unità di continuità assistenziale

Le Unità di continuità assistenziale (UCA) sono équipe mobili multiprofessionali che supportano temporaneamente la presa in carico delle persone fragili o con bisogni complessi. Operano in stretta integrazione con AFT, UCCP e Case della Comunità, contribuendo a garantire la continuità delle cure.

Centrale operativa 116117

Il Numero europeo armonizzato (NEA) 116117 è il numero unico in Italia e in Europa per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari e concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità. È un importante strumento di comunicazione rivolto a tutti i cittadini, italiani e stranieri, gratuito e senza obbligo di registrazione preventiva. È un numero a chiamata rapida e non necessita di prefisso, disponibile h24 per 7 giorni a settimana e può essere raggiunto da qualsiasi telefono fisso o mobile o apparecchio pubblico. Il servizio offerto dall'attivazione del NEA 116117 permetterà ai cittadini di ricordare un unico numero per avere risposta ai diversi bisogni di salute.

Strumenti a supporto della rete sociosanitaria territoriale

Telemedicina

Le transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali, richiedendo risposte nuove ai nuovi bisogni di salute, impongono scenari di assistenza molto diversi rispetto al passato, determinano un ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria regionale, per il quale il rafforzamento della sanità del territorio passa anche attraverso l'adozione degli strumenti più appropriati, che lo sviluppo tecnologico mette oggi a disposizione, come quelli forniti dalla telemedicina, così come previsto dal DM 77/2022 e in coerenza con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale". Il suddetto DM sottolinea, inoltre, l'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, riconosciuta anche nel Piano nazionale della cronicità (PNC). La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione a distanza di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. Viene utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari ed il monitoraggio dei parametri a distanza. Se inclusa in una rete di cure coordinate, la telemedicina contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio sanitario nazionale.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

I servizi di telemedicina possono essere svolti in favore di qualsiasi paziente. Le prestazioni ed i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico, terapeutico, assistenziale e riabilitativo, e come tali devono sempre rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario. Anche se, per quel che concerne il rapporto personale medico-paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità.

L'attivazione di un "percorso di telemedicina" potrà avvenire:

- 1) dal setting territoriale: tutti gli attori dell'assistenza territoriale (MMG, PLS, specialista ambulatoriale, ognuno per le proprie competenze) possono individuare e proporre il paziente per il quale l'utilizzo di strumenti di telemedicina sia adeguato e utile, quale supporto nell'assistenza, e possono farlo in modo diretto oppure, qualora necessario, previa valutazione in sede di Unità di valutazione multidimensionale territoriale (UVT), anche avvalendosi della Centrale operativa dell'ADI, e della COT. Quest'ultima modalità è opportuna quando si renda necessario l'intervento di diversi operatori ed il raccordo tra più servizi e setting.
- 2) dal setting di ricovero: è il personale della struttura, il medico, in raccordo con il case manager della procedura di dimissione che ravvedono la possibilità di prosecuzione delle cure attraverso interventi domiciliari anche supportati da servizi di telemedicina, in questo caso segnala, attraverso il Punto di accesso unitario dei servizi sanitari (PASS), le proprie indicazioni e proposte al momento della richiesta di presa in carico di dimissione "protetta" alla COT, che provvede all'organizzazione ed attivazione dei servizi e professionisti preposti alla valutazione, ove non già attivati dalla struttura di ricovero, e, in caso positivo, alla successiva garanzia della presa in carico. Nella fruizione di servizi di telemedicina è posta in capo, tra gli altri attori, al MMG/PLS la responsabilità clinica dell'assistito nel percorso generale di presa in carico; in qualità di responsabile clinico del percorso assistenziale (clinical manager) richiede, prescrive o attiva direttamente la prestazione in telemedicina e, in alcuni casi, la eroga.

Le prestazioni di telemedicina che vedono tra gli attori il MMG/PLS, riportate nel decreto 21 settembre 2022 "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina. Requisiti funzionali e livelli di servizio" e declinate a livello regionale nelle "Linee di indirizzo per la definizione del modello regionale per la telemedicina", approvate con deliberazione della Giunta regionale n. 21/25 del 22.06.2023, sono di seguito riportate.

Televisita

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver. Tuttavia, la televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata il mezzo per condurre la relazione medico-paziente esclusivamente a distanza, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Il medico è titolato a decidere in che misura l'esame obiettivo a distanza possa essere sufficiente nel caso specifico o se il completamento dello stesso debba essere svolto in presenza. La televisita è sempre in tempo reale e si conclude sempre con un referto (ad eccezione dei casi in cui la televisita sia effettuata dal MMG/PLS) che deve essere inviato al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Teleconsulto

Il teleconsulto è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Può essere utilizzato per la condivisione delle scelte diagnostiche, degli orientamenti prognostici e del trattamento.

Telemonitoraggio

Modalità operativa della telemedicina che permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti da applicare).

Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona.

Telecontrollo

Modalità operativa della telemedicina che consente il controllo a distanza del paziente. A differenza del telemonitoraggio, prevede delle misurazioni di parametri ad orari o al bisogno del paziente. Il telecontrollo si affianca idealmente al telemonitoraggio: vanno personalizzati sulle esigenze del singolo malato in funzione del quadro clinico complessivo; entrambi devono consentire l'integrazione dei dati, sia derivati da sensori, sia rilevati dal personale sanitario o segnalati dal paziente o dai caregiver, al fine di renderli disponibili al momento dell'esecuzione di tutti gli atti medici, in presenza o da remoto.

Fascicolo sanitario elettronico

Nella riorganizzazione della sanità del territorio, con un modello basato sul distretto, centrato sulla presa in carico, il Fascicolo sanitario (FSE) rappresenta una base informativa affidabile e fondamentale per garantire l'assistenza sanitaria efficace, efficiente e anche più economica. Il FSE è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente.

Tutte le informazioni e i documenti che costituiscono il FSE sono resi interoperabili per consentire la sua consultazione e il suo popolamento in tutto il territorio nazionale e non solo nella regione di residenza dell'assistito. Inoltre, l'accesso



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

al FSE da parte dei professionisti sanitari, in special modo in situazioni di emergenza, consente di conoscere tutto ciò che è necessario per intervenire con prontezza e garanzia del risultato.

Il Decreto del Presidente del Consiglio Dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 - Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico, prevede all'art. 3 il Profilo sanitario sintetico o "patient summary", quale documento sociosanitario informatico redatto e aggiornato dal MMG/PLS, che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta. La sua finalità è quella di favorire la continuità di cura, permettendo un rapido inquadramento dell'assistito al momento di un contatto con il SSN. Prevede inoltre che in caso di variazione del MMG/PLS, sia facoltà del nuovo MMG/PLS di mantenere il documento precedentemente redatto oppure di redigerne uno nuovo.

Cartella clinica territoriale informatizzata

Coerentemente con gli obiettivi del POR FESR 2021-2027, la DGR n. 4/63 del 15.02.2024 ha programmato il finanziamento della cartella clinica territoriale informatizzata a supporto delle funzioni sanitarie, sociosanitarie e sociali dell'attività distrettuale/territoriale ed in generale in setting non ospedaliero, integrata, tra gli altri, con il FSE.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ART. 1 - MASSIMALE E SUE LIMITAZIONI (ART. 38 ACN 04.04.2024)

1. Eventuali deroghe al massimale previsto ai sensi dell'art. 38, comma 1 saranno possibili su proposta dell'Azienda, sentito il Comitato aziendale, per un tempo determinato, non superiore comunque a sei mesi e consentite in relazione a particolari situazioni locali ai sensi dell'art. 48, comma 3, punto 5 della legge n. 733 del 23.12.1978 e ss.mm.ii..
2. L'innalzamento del massimale, fino al limite massimo di 1800 scelte, ai sensi dell'art. 38, comma 2 dell'ACN vigente, può essere previsto dall'Azienda per i medici che operano nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria, con personale di segreteria e infermieri ed eventualmente altro personale sanitario, per assicurare la continuità dell'assistenza, oppure, su base volontaria, esclusivamente in Ambiti territoriali e/o Comuni individuati dalla Regione, anche su eventuale indicazione della Azienda sanitaria, nei quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza.

ART. 2 - DOMICILIARITÀ

1. Le cure domiciliari rappresentano uno degli impegni principali e qualificanti dell'attività assistenziale del MMG e precipuamente dei medici del ruolo unico di Assistenza primaria.
2. Le cure domiciliari - quali percorsi assistenziali costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita - sono dedicate alle persone, stabilmente o temporaneamente, non autosufficienti in condizioni di fragilità, di fatto con incapacità di usufruire autonomamente delle prestazioni ambulatoriali, aventi patologie in atto o esiti delle stesse.

Le cure domiciliari integrandosi e completandosi con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, sono erogate al domicilio del paziente previo consenso del medico di medicina generale e sotto la responsabilità clinica dello stesso.

3. Il MMG, oltre che per le cure domiciliari, deve essere convocato ogni qualvolta l'UVT valuti un suo assistito e/o necessiti delle schede di valutazione di sua competenza.

Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

4. Il Distretto comunica ai medici di medicina generale quali attività assistenziali predisporre per le cure domiciliari di base, integrate, palliative.

2.1 Cure domiciliari di livello base



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

1. Le cure domiciliari di livello base sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuto nel tempo in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità (bisogno semplice), inoltre sono caratterizzate da un «coefficiente di intensità assistenziale» (CIA) inferiore a 0,14;

2. Il MMG attiva le cure domiciliari di base nel corso dell'anno e formula le relative richieste telematicamente utilizzando la piattaforma SISAR nelle more della realizzazione dell'interoperabilità col suo gestionale. Eventuali dinieghi di attivazione da parte del Distretto devono essere motivati per iscritto e comunicati al medico di medicina generale. Il MMG rendiconta, di norma, telematicamente l'attività svolta e rinnova, di norma, nel mese di gennaio.

3. L'operatività telematica sarà oggetto di costante monitoraggio e confronto da parte della Regione con le OO.SS. al fine di assicurarne il costante miglioramento attraverso modifiche condivise.

Le cure domiciliari di base comprendono la visita del MMG, il teleconsulto, l'utilizzo della telemedicina, la consulenza del medico specialista, il prelievo ematico, l'esecuzione di altre indagini di laboratorio routinarie, la terapia iniettiva intramuscolare o sottocutanea, la prescrizione di ausili, compresi quelli per incontinenza, o protesi, l'istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione, l'educazione del care giver alla corretta mobilizzazione /corretta postura e all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente, l'educazione del care giver all'attività di nursing, l'educazione del care giver alla gestione di enterostomie, deviazioni urinarie, l'educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee, la sostituzione periodica di catetere vescicale, la pratica della FKT.

4. Attraverso il Piano degli Interventi (PI) viene indicata la data di avvio e la durata delle cure domiciliari di base

5. La retribuzione comprende

- attivazione: Euro 50,00
- accessi: Euro 22,00
- eventuali rinnovi e/o proroghe: Euro 30,00

2.2 Cure domiciliari integrate (ADI)

1. Le cure domiciliari integrate di I-II- III livello sono costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari complessi.

2. A. cure domiciliari integrate (ADI) di I livello: sono costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 del DPCM 12 gennaio 2017 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 del medesimo decreto, nonché dei preparati per nutrizione artificiale.

3. B. cure domiciliari integrate (ADI) di II livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico - infermieristico - assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici nonché dei preparati per nutrizione artificiale.

4. C. cure domiciliari integrate (ADI) di III livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

5. L'accesso alle cure domiciliari integrate avviene tramite il Punto unico di accesso (PUA), previa valutazione da parte della Unità di valutazione territoriale (UVT) e redazione del Piano assistenziale individuale multiprofessionale (PAI).

6. Il medico di medicina generale, per quanto di sua competenza, tiene aggiornato il diario clinico dei pazienti in cure domiciliari integrate.

7. Il medico di medicina generale è componente di diritto della UVT, assume la responsabilità clinica dei processi di cura valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia, in tale veste partecipa alla valutazione multidimensionale dell'assistito e alla redazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

8. I medici di medicina generale richiedono, di norma, telematicamente l'attivazione delle cure domiciliari integrate utilizzando la piattaforma SISAR, nelle more della realizzazione dell'interoperabilità coi loro gestionali. Eventuali dinieghi di attivazione da parte del Distretto devono essere motivati per iscritto e comunicati al medico di medicina generale. I MMG redigono, di norma, telematicamente le schede di valutazione di loro competenza e tutte le richieste necessarie (farmaci, materiale ecc...) e partecipano alla seduta di UVT, che può essere anche telematica, per concorrere alla formulazione del PAI multiprofessionale. Rendicontano telematicamente l'attività svolta.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

9. La validità del PAI deve essere definita temporalmente e rinnovata alla scadenza, in corso di validità si procede se necessario a eventuali variazioni.

10. La retribuzione comprende:

- nuove attivazioni: Euro 100,00
- eventuale rinnovo: Euro 60,00
- accessi: Euro 22,00

2.3 Cure palliative domiciliari

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

2. Le cure sono erogate dalle Unità di cure palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 del DPCM del 12 gennaio 2017 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 del medesimo decreto, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

- livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera f) della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;
- livello specialistico: è integrato da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale.

3. Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). La validità del



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

PAI deve essere definita temporalmente e rinnovata alla scadenza, in corso di validità si procede se necessario ad eventuali variazioni.

4. La retribuzione comprende:

- nuove attivazioni: Euro 100,00
- eventuale rinnovo: Euro 60,00
- Assistenza di tipo semplice: Euro 22,00 ad accesso
- Assistenza di tipo complesso: Euro 27,00 ad accesso

ART. 3 obiettivo PNRR Salute - investimento 1.2 (casa come primo luogo di cura e telemedicina)

1. L'intervento PNRR -Missione 6- intervento 1.2 denominato "casa come primo luogo di cura e telemedicina" prevede l'obiettivo della presa in carico in assistenza domiciliare del 10% della popolazione assistibile over 65 anni entro il 31 dicembre 2025 quale apporto dei medici di medicina generale .
2. Al fine del raggiungimento dell'obiettivo da parte della Regione Sardegna, si prevede che:
 - a) Per il 2025 e per il 2026, nelle more dell'attuazione dei progetti di Governo clinico e miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (ACN art. 47, c. 2, lett. B e, capoverso I) è fatta salva l'erogazione dell'emolumento di Euro 4,74 e dell'emolumento di Euro 1,90 a fronte della presa in carico di pazienti over 65 in capo al singolo medico di medicina generale.
 - b) Limitatamente ai soli medici che raggiungono l'obiettivo del 10% della presa in carico di pazienti over 65 in assistenza domiciliare entro il 31 dicembre 2025, verranno riconosciuti i compensi di cui all'art. 2.1 del presente accordo per le attivazioni e i rinnovi effettuati e regolarmente registrati a far data dal 1 gennaio 2025.
 - c) L'emolumento di cui al punto a), per il 2025, è riconosciuto anche ai medici che dall'entrata in vigore del presente accordo abbiano almeno 15 ulteriori nuove prese in carico a condizione che la Regione Sardegna raggiunga l'obiettivo PNNR.
 - d) Fatto salvo quanto disposto alla precedente lett. a), una volta raggiunto l'obiettivo PNRR, per il primo semestre 2026 l'obiettivo del singolo medico si intende raggiunto con il mantenimento in cure domiciliari della percentuale raggiunta al 31.12.2025.

ART. 4 - Obiettivi - Articolo 47, comma 2, lettera B (quota variabile), numero I, lettera C (quota per servizi) e lettera D (Quota del fondo aziendale dei fattori produttivi).



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

1. L'art. 47, comma 2, lettera B, dedicata alla quota variabile, al punto I, prevede che nell'ambito della medesima sia computata la "quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali sulla base degli obiettivi raggiunti e nel rispetto dei livelli programmati di spesa, incrementata di Euro 1,66 per assistito con decorrenza dal 1 ottobre 2022". A tal proposito è previsto che "L'incremento ulteriore di Euro 1,90 per assistito, con decorrenza 1 gennaio 2021, come previsto dall'articolo 5, comma 1, tabella A2 del presente Accordo, è finalizzato ad obiettivi di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici".
2. Le dette quote vengono corrisposte ai medici di assistenza primaria in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione alle seguenti azioni.

4.1. Art. 47, c. 2 lettera B) – quota variabile Euro 3,08 + incremento Euro 1,66

1. Azione: medicina di iniziativa -scompenso cardiaco (Peso obiettivo 50%)

Obiettivo: incrementare la percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco monitorati con esami strumentali

Indicatore:

percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi o proBNP.

Target:

incremento > 20% rispetto a valore di partenza o almeno 50% dei pazienti afferenti alla AFT

- Il quadrimestre: media accessi < 5% rispetto a quella definita al 31.12. dell'anno precedente
– accettabile performance
- III quadrimestre: media accessi < 10% rispetto a quella definita al 31.12 dell'anno precedente – obiettivo ottimale

2. Azione: Percentuale di anziani over 65 in cure domiciliari (Peso obiettivo 50%)

Obiettivo:

incrementare la percentuale di pazienti trattati in cure domiciliari di base rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni ed oltre)

Indicatore:

- numeratore: numero di pazienti con età \geq 65 anni che ricevono le cure domiciliari di base nell'anno di riferimento;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- denominatore: popolazione residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento, con età superiore o uguale a 65 anni.

Target: 10% degli assistiti over 65 anni, afferenti alla AFT, presi in carico per assistenza domiciliare.

4.2 Art. 47, c. 2 lettera B) quota variabile - Incremento Euro 1,90

1. Azione: supporto ai programmi di prevenzione regionale

Obiettivo:

Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato

- tumore della mammella (rivolto alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni),
- tumore della cervice uterina (rivolto alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni)
- tumore del colon retto (rivolto alla popolazione maschile e femminile di età compresa tra i 50 e i 69 anni).

Indicatore:

Numero di persone che hanno aderito all'invito

_____ x 100
popolazione bersaglio annua

Target: tasso di adesione degli assistibili afferenti all'AFT:

- screening cervicale: tasso di adesione reale $\geq 30\%$ in tutte le ASL;
- screening coloretale: tasso di adesione reale $\geq 15\%$ in tutte le ASL;
- screening mammografico: $\geq 25\%$ in tutte le ASL

2. Lo standard di adesione reale previsto dal sistema di monitoraggio LEA è pari al 50% per lo screening cervicale e coloretale, e al 60% per lo screening mammografico. Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati nel 2019 (anno pre-pandemia Covid 19) e considerata la regressione delle attività del 2020 causata dalla pandemia, si propone di riportare l'adesione reale in tutte le AFT, come minimo, al livello medio regionale per ciascuno screening registrato nel 2019. Adesione reale al 2019: screening cervicale 29,4%; screening coloretale 14,9%; screening mammografico 25,1%.

3. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

4. Per la partecipazione ai progetti di governo clinico e di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici di cui al fondo ex art. 47 comma 2, lettera B capoverso I, dell'ACN vigente e di cui al presente articolo, ogni medico di assistenza primaria a ruolo unico o a ciclo di scelta riceve, in forma di quota capitaria annuale Euro 6,64 (3,08+1,66+1,90) corrisposta, in acconto pari al 50%, in un dodicesimo ogni mese. Il saldo del restante 50% sarà corrisposto a fine anno previa verifica del raggiungimento degli obiettivi definiti. Laddove gli obiettivi risultassero non raggiunti verranno recuperate le quote erogate in acconto.

4.3 Articolo 47, comma 2, lettera D (Quota del fondo aziendale dei fattori produttivi)

1. Il fondo aziendale per i fattori produttivi è costituito dalle indennità e gli incentivi del fondo di cui all'art. 46 dell'ACN 23.03.2005 e ss.mm.ii. per lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'attività dei medici a ciclo di scelta, ad eccezione della quota di cui alla lettera B, punto I dell'art. 47, comma 2 dell'ACN del 2024.

2. Costituiscono tale fondo 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, come determinati dall'art. 59, lett. B dell'ACN del 2005, già erogati ai medici alla data di costituzione del fondo stesso. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda. Le indennità sono erogate in continuità rispetto al precedente accordo, fatte salve le integrazioni previste dal presente accordo.

3. Il fondo, utilizzato per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che già percepiscono i predetti incentivi e indennità, è incrementato delle risorse utili al riconoscimento delle indennità e degli incentivi relativi all'impiego di collaboratore di studio, di personale infermieristico o altro professionista sanitario ai medici a ciclo di scelta, in possesso dei requisiti, che ancora non ne usufruiscono.

4. Le indennità e gli incentivi di cui al comma 3 sono erogate sulla base di obiettivi organizzativi individuati nel contesto di progetti aziendali da attuarsi nell'ambito della AFT di riferimento, secondo linee di indirizzo regionali da definire in sede di Comitato regionale.

ART. 5 - RAFFORZAMENTO PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE

1. Le Prestazioni di Particolare Impegno professionale (PIP) eseguibili dai MMG sono quelle elencate nell'ACN vigente. Le parti convengono che, ai fini di ridurre gli accessi al pronto soccorso per



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

prestazioni eseguibili dai medici del ruolo unico della medicina generale, sulle seguenti modifiche del nomenclatore tariffario dell'ACN:

- Prima medicazione: Euro 15,00
- Sutura di ferita superficiale: Euro 10,00
- Cateterismo uretrale nell'uomo: Euro 12,00
- Cateterismo uretrale nella donna: Euro 5,00
- Fleboclisi (unica eseguibile in urgenza): Euro 15,00
- Successive medicazioni: Euro 7,50
- Rimozione punti di sutura e medicazione: Euro 15,00
- Iniezione gammaglobulina o Vaccinazione antitetanica: Euro 7,00
- Rimozione tappo di cerume: Euro 10,00
- Iniezione di sostanze chemioterapiche: Euro 10,00
- Incisione e drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo comprensivo della prima medicazione: Euro 25,00
- Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo comprensivo di prima medicazione: Euro 30,00
- Occasionale rilevazione dei valori glicemici su prelievo capillare: Euro 2,50
- Occasionale esame urine senza sedimento (combur test): Euro 2,50

le prestazioni di particolare impegno professionale, di cui al presente articolo, eseguite in corso di cure domiciliari sono retribuite in aggiunta al compenso previsto per la visita domiciliare.

ART. 6 - IL REFERENTE DI AFT

1. Il ruolo del referente di AFT è disciplinato dall'art. 30 dell'ACN del 2024; le parti definiscono come segue gli aspetti demandati agli Accordi integrativi regionali.
2. Dal momento dell'elezione del referente di AFT e del suo sostituto, che avviene secondo modalità definite nel comitato aziendale, la durata del mandato è di un anno. Entro 30 giorni dalla scadenza del mandato vengono quindi indette nuove elezioni.
3. Il referente di AFT riceve una retribuzione mensile pari a Euro 400,00.

ART. 7 - IL REFERENTE DI UCCP

1. Il ruolo del referente di UCCP è disciplinato dall'art. 10 dell'ACN del 2024; le parti definiscono come segue gli aspetti demandati agli Accordi integrativi regionali.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

2. Si conviene che il numero dei referenti di UCCP sul territorio regionale siano pari a n. 77, corrispondente ad un terzo delle UCCP istituite.
3. Dal momento dell'elezione del referente di UCCP, se MMG, e del suo sostituto, che avviene secondo modalità definite nel comitato aziendale, la durata del mandato è di un anno. Entro 30 giorni dalla scadenza del mandato vengono quindi indette nuove elezioni.
4. Il referente di UCCP riceve una retribuzione mensile pari a Euro 500,00.

ART. 8 LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)

8.1 Le caratteristiche generali dell'AFT

1. Le caratteristiche generali dell'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) sono definite dall'art. 29 dell'ACN e quelle del referente di AFT dall'art. 30. Ai sensi del DM 77/2022 le AFT sono ricomprese nelle case di comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente. Con deliberazione n. 14/14 del 13.04.2023 la Giunta regionale ha approvato l'“*Atto di programmazione per l'istituzione delle forme organizzative mono professionali e modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali*”. Le AFT sono forme aggregative mono professionali, prive di personalità giuridica, di tutti i medici del Ruolo Unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta sia ad attività oraria convenzionati sia prima che dopo il 1/1/2025 che assistono un bacino di popolazione omogeneo per collocazione geografica e accessibilità ai servizi sanitari, perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'azienda sanitaria, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione, in coerenza con l'ACN.
2. Fatte salve le competenze del medico di assistenza primaria a Ruolo Unico, la AFT garantisce attraverso i medici a ciclo di scelta la continuità dell'assistenza per la gestione delle attività programmate e delle indifferibilità dalle 8 alle 20 dei giorni feriali e dalle 8 alle 10 di prefestivi e sabato, nei restanti orari della settimana la continuità dell'assistenza è garantita dall'Azienda sanitaria attraverso l'attività dei medici di AFT in attività oraria e l'assegnazione dei turni, sentito il referente di AFT.
3. Le AFT condividono, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. I medici di assistenza primaria sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

individuali degli assistiti, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati e come meglio specificato all'art. 8.3 c. 8.

4. Sono obiettivi delle AFT:

- operare allo scopo di garantire la continuità dell'assistenza ai propri assistiti;
- garantire l'attuazione del governo clinico;
- sviluppare progettualità per valutare bisogni specifici di assistenza e realizzare progetti di razionalizzazione;
- responsabilizzazione dei medici per il raggiungimento degli obiettivi anche di budget;
- rilevare problemi emergenti nell'erogazione delle prestazioni di secondo livello;
- svolgere analisi epidemiologiche e analisi della domanda;
- effettuare valutazioni sugli aspetti organizzativi dell'attività di assistenza;
- permettere scambi informativi e favorire momenti di integrazione con gli altri operatori territoriali;
- strutturare un modello di offerta attiva della vaccinazione dell'adulto;
- strutturare l'attività di prevenzione primaria.

5. Aree all'interno delle quali devono essere promosse attività e progettualità finalizzate alla promozione del governo clinico:

- prevenzione;
- stratificazione della popolazione e classificazione del bisogno di salute;
- miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici;
- continuità dell'assistenza;
- accessi al pronto soccorso;
- appropriatezza delle prescrizioni specialistiche e governo dei tempi di attesa;
- appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche.

6. L'attività su base oraria di competenza delle AFT da sviluppare attraverso specifico atto programmatico per realizzare piena operatività del ruolo unico:

- gestione dell'indifferibilità diurna
- attività per il raggiungimento degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale di cui all'Art 4 dell'ACN vigente (PNC, PNPV, accesso improprio al Pronto Soccorso, governo delle liste d'attesa e appropriatezza);
- gestione e il supporto della presa in carico di pazienti in condizioni clinico assistenziali di particolare complessità;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- partecipazione ai programmi di medicina d’iniziativa, come previsto all’Allegato 1 dell’ACN vigente;
 - integrazione nei programmi di assistenza domiciliare, residenziale e nella rete delle cure palliative secondo specifiche attività concordate con le ASL e il referente di AFT;
 - attività diretta di diagnostica di primo livello;
 - partecipazione ad attività di audit all’interno dell’AFT;
 - attività di ricerca e sperimentazione ai sensi dell’art. 27 dell’ACN vigente.
7. Per i medici di assistenza primaria incaricati esclusivamente su base oraria è prevista l’attribuzione di AFT da parte del Distretto competente, sentito il medico interessato, in funzione della sede di attività e del numero di ore ricoperte.
8. Le attività di cui ai punti dal 2 al 7 possono essere regolamentate da ulteriori specifici Accordi Regionali e conseguenti protocolli aziendali, finalizzati alla realizzazione di progetti coerenti con la programmazione regionale e aziendale, nel rispetto delle evidenze scientifiche e della salvaguardia del rapporto di fiducia tra il paziente e il medico di scelta.
9. Le attività su base oraria, in particolare quelle relative alle ore diurne, richiedono la preventiva definizione del fabbisogno orario specifico di ciascuna delle AFT, rapportato all’evoluzione delle attività delle attuali sedi di continuità assistenziale.

8.2 Il funzionamento dell’AFT

1. Ogni medico di assistenza primaria a ruolo unico o ciclo di scelta deve garantire gli orari di apertura dello studio professionale nel rispetto di quanto previsto dall’Art. 35 comma 5 dell’ACN vigente. Le scelte in deroga di cui all’Art 38 comma 3 non concorrono alla determinazione del numero minimo di ore di apertura previste. L’apertura coordinata degli studi di tutti i medici a ruolo unico o ciclo di scelta della AFT deve garantire la copertura complessiva di almeno n. 10 ore equamente suddivise nelle due fasce orarie 8-14 e 14-20 per ogni giorno feriale qualora la AFT sia costituita da almeno 14 medici, di almeno n. 8 ore equamente suddivise nelle due fasce orarie 8-14 e 14-20 per ogni giorno feriale qualora la AFT sia costituita da almeno 10 medici, di almeno n. 6 ore equamente suddivise nelle due fasce orarie 8-14 e 14-20 per ogni giorno feriale qualora la AFT sia costituita da meno di 10 medici. Per ogni fascia oraria la somma delle ore di apertura di tutti i medici a ruolo unico o ciclo di scelta della AFT non può essere inferiore ad un terzo del totale, su base settimanale.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

La copertura oraria di cui al presente comma deve essere garantita anche in caso di sostituzione ai sensi dell'Art 36 comma 1.

2. Le modalità di contattabilità del medico del ruolo unico di assistenza primaria o a ciclo di scelta da parte dell'assistito, nella fascia oraria diurna feriali 8-20, di prefestivi e sabato 8-10, sincrone con l'attività correlata al ricevimento in studio dei pazienti, vengono organizzate dall'AFT, comunicate ed integrate con le attività effettuate dal Distretto e inserite nella carta dei servizi, avvalendosi, in via esemplificativa e non esaustiva di una o più delle seguenti opzioni con le seguenti modalità:

- modello unico di ricezione, valutazione e gestione del contatto a favore di tutti i medici della AFT;
- modello di ricezione, valutazione e gestione del contatto da parte di aggregazioni di medici all'interno della stessa AFT tramite l'utilizzo di idonei supporti informatici, interfacciati con i software gestionali, che diano rendicontazione circa l'effettiva attività svolta nell'ambito dell'accettazione delle richieste da parte dell'AFT;
- modello di ricezione, valutazione e gestione del contatto da parte del singolo medico; i medici del ruolo unico assicurano la contattabilità diretta durante l'orario di apertura dello studio; dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 15:00 alle 19:00 attraverso numero di telefono cellulare dedicato oppure attraverso il numero di telefono unico di AFT in modo asincrono rispetto al tempo necessario all'accoglienza dei pazienti;
- modello di ricezione, valutazione e gestione del contatto a favore del personale di studio.

Ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta può svolgere attività anche nei confronti degli assistiti in carico agli altri componenti dell'AFT, salvaguardando il rapporto fiduciario individuale.

3. Anche al fine di perseguire la piena operatività del ruolo unico, i medici di ciascuna AFT si riuniscono inizialmente almeno una volta al mese utilizzando anche strumenti telematici inclusa la modalità mista, garantendo l'attività lavorativa programmata. La riunione ha lo scopo di:

- condividere, da parte del Referente, l'attività svolta anche presso Ufficio Coordinamento Attività Distrettuali (UCAD) qualora istituita;
- coordinare la continuità dell'assistenza;
- coordinare le attività orarie diurne;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- coordinare le attività condivise per la gestione della cronicità, della indifferibilità, della prevenzione comprese le campagne vaccinali;
 - programmare le attività inerenti i progetti aziendali e distrettuali di AFT;
 - verificare le progettualità in corso. verificare le criticità emergenti in tema di continuità dell’assistenza, invio dei pazienti al secondo livello, relazioni con il distretto e le strutture ospedaliere e territoriali;
 - verificare eventuali criticità di assistenza presso le strutture territoriali che insistono nell’ambito di competenza;
4. È facoltà della AFT richiedere la disponibilità di un locale aziendale, individuato nell’ambito distrettuale per lo svolgimento della riunione.
5. L’art. 9, comma 18, della legge regionale 11.09.2025 n. 24 prevede che *“Le risorse di cui all’articolo 2, comma 5, della legge regionale 8 maggio 2025, n. 12 (Legge di stabilità regionale 2025), possono essere utilizzate anche per il riconoscimento, previo accordo integrativo regionale, di un’indennità per la funzione organizzativa delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) dei medici di medicina generale”*.

Ai sensi della predetta legge regionale, ad ogni medico di assistenza primaria a ciclo di scelta dell’AFT viene riconosciuta per la realizzazione di quanto previsto dal presente articolo una quota capitaria annua di Euro 10,70, fatta salva l’indennità di gruppo o di rete per i soggetti percettori della stessa alla data di sottoscrizione del presente accordo.

8.3 Innovazione e programmazione digitale

1. Tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria facenti parte di una stessa AFT, con incarico a tempo indeterminato o determinato, sono in rete tra loro attraverso un sistema informatico individuato e gestito dai medici dell’AFT che consenta a ogni medico della AFT, compresi quelli ad attività oraria, l’accesso alle schede sanitarie individuali degli assistiti di tutti i medici operanti nella AFT stessa.
2. I medici del ruolo unico operano, ai sensi della normativa vigente, all’interno del nuovo assetto definito dell’articolo 2, comma 3 dell’ACN del 2024 e aderiscono, secondo quanto previsto dall’articolo 6 del medesimo ACN, al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l’accesso e mantenimento della convenzione.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

3. I medici del ruolo unico assolvono ai compiti informativi derivanti dalla normativa nazionale e dai conseguenti provvedimenti regionali attraverso i sistemi informativi nazionali e regionali mediante la cooperazione ed interoperabilità dei propri applicativi, nel rispetto della normativa sulla privacy.
4. L'AFT è attivata attraverso la realizzazione della piattaforma informatico-digitale di AFT e l'elezione del referente di AFT. Ulteriori specifiche sul modello organizzativo dell'AFT potranno essere disciplinate con successivo accordo integrativo, previa sperimentazione.
5. I medici del ruolo unico di assistenza primaria sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure.
6. I medici di assistenza primaria a ciclo di scelta componenti della AFT, in coerenza con l'art. 29, comma 9, dell'ACN, individuano e adottano a proprio carico la piattaforma informatico-telematica dell'AFT adeguata a svolgere, nel suo insieme ed in modo continuativo ed integrato, le seguenti funzioni:
 - monitoraggio delle attività, degli obiettivi e dei livelli di performance di cui all'art. 29, comma 11 dell'ACN, anche in relazione alle attività di coordinamento e di supporto al raggiungimento degli obiettivi previsti per il referente della AFT;
 - collegamento tra le schede sanitarie degli assistiti per consentire l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici ivi operanti, per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati;
 - gestione per garantire l'organizzazione e la copertura coordinata dei compiti e delle attività previste dal modello organizzativo di AFT che ogni medico componente deve assicurare, in modo continuativo e strutturale, attraverso un'integrazione anche digitale della relazione con gli assistiti.
7. Il sistema informativo dovrà consentire alle AFT di poter condividere i dati dei pazienti presi in carico dall'AFT stessa per le prestazioni non differibili. Ciascun medico dell'AFT dovrà poter accedere alla scheda sanitaria individuale, aggiornarla e rendere i dati del paziente disponibili agli altri medici della



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- AFT. Al fine della registrazione dei dati e delle funzionalità condivise di cui sopra, i medici potranno utilizzare anche il proprio software di cartella clinica purché integrato con il sistema informativo AFT.
8. Il sistema informativo dell'AFT dovrà essere reso disponibile senza oneri a carico delle ASL, della Regione e dell'ARES, e dovrà essere operativo per i medici dell'AFT presso le strutture preposte all'erogazione dell'attività ambulatoriale che i medici di medicina generale a ciclo di scelta afferenti alla AFT andranno ad espletare.
 9. I medici di assistenza primaria devono inoltre continuare ad assicurare nel proprio studio e nel modello organizzativo di AFT, mediante adeguati strumenti digitali, l'operatività relativa al progetto tessera sanitaria e alla ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata (SSN e "bianca").
 10. I medici di medicina generale operanti esclusivamente su base oraria appartenenti alla AFT utilizzano la piattaforma pubblica messa a disposizione ai medesimi dalla Regione per il tramite di ARES; la Regione, anche per il tramite dell'ARES Sardegna, si impegna a tener conto delle richieste di evoluzione di detta piattaforma da parte dei medici, al fine di renderla funzionale alla gestione dell'attività della AFT e di agevolarne l'utilizzo da parte dei medici.
 11. A ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta è dovuta un'indennità informatica nella misura mensile di Euro 200,00 al fine di compensare le spese legate all'acquisizione di quanto necessario ad assicurare le funzioni previste dal precedente comma 6, alla manutenzione e all'aggiornamento dei supporti hardware e delle licenze dei software, alla realizzazione e manutenzione della rete cablata o wireless, ai canoni di abbonamento internet, ai sistemi di archiviazione digitale e di protezione dei dati.

8.4 Personale di studio della AFT

1. Il Comitato Aziendale istituisce e cura gli elenchi, distinti, dei medici che utilizzano il personale di studio: collaboratore di studio, personale infermieristico o altro professionista sanitario; gli elenchi devono essere aggiornati con cadenza semestrale.
2. Le percentuali di riferimento sulla base delle risorse attuali sono concordate nella seguente misura:
 - a. collaboratore di studio 70% degli assistibili in ambito aziendale;
 - b. personale infermieristico (o personale di cui all'art. 9 ACN 8 luglio 2010): 5% degli assistibili in ambito aziendale;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

3. Tali percentuali verranno aggiornate sulla base delle richieste e del fondo disponibile previo accordo in sede Regionale.
4. I medici che intendono acquisire tali collaborazioni devono presentare domanda a mezzo PEC al Comitato Aziendale. Il Comitato Aziendale, entro 30 giorni dalla data di ricezione comunica, a mezzo PEC, al medico interessato, al Distretto di competenza e al referente di AFT, il nulla-osta alla sua utilizzazione od il superamento del limite percentuale del fondo imputabile all'azienda.
5. L'indennità prevista per l'utilizzo del personale di studio è pari a Euro 6,00/assistito/anno ed è erogata mensilmente in dodicesimi a fronte di un'attività minima del personale di studio per ogni singolo medico così disposta:
 - a. se il medico ha fino 1000 scelte: collaboratore di studio non meno di 8 ore settimanali, infermiere professionale non meno di 4 ore settimanali;
 - b. se il medico ha più di 1000 e fino a 1200 scelte: collaboratore di studio non meno di 10 ore settimanali, infermiere professionale non meno di 5 ore settimanali;
 - c. se il medico ha più di 1200 scelte collaboratore di studio non meno di 12 ore settimanali, infermiere professionale non meno di 6 ore settimanali.
6. Il riconoscimento delle relative indennità ai medici decorre dal momento dell'avvenuta autorizzazione, fermo restando che il personale deve risultare regolarmente assunto alla data della presentazione dell'istanza.
7. L'importo dell'indennità erogata non potrà in nessun caso essere superiore al costo effettivamente sostenuto dal medico per il personale di studio assunto.

ART. 9 ATTIVITA' ORARIA NELLE CASE DELLA COMUNITA' E NEGLI OSPEDALI DELLA COMUNITA'

1. il decreto ministeriale n. 77 del 23/05/2022 stabilisce gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a esse deputate (case della comunità e ospedali della comunità), al fine di perseguire una nuova strategia sanitaria volta a potenziare i servizi territoriali a garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA)
2. L'attività oraria dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle case della comunità dalle linee di indirizzo approvate dalla conferenza delle regioni in data 9 settembre 2025 (protocollo n. 5582/C7SAN del 10 settembre 2025).
3. Fatto salvo quanto disposto integralmente dalle linee di indirizzo di cui al precedente comma 2, il debito orario dei medici di assistenza primaria del ruolo unico dovrà essere svolto prioritariamente



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

presso le case della comunità hub e spoke e gli ospedali di comunità secondo la programmazione del Distretto.

4. I medici di assistenza primaria a ciclo orario dovranno garantire lo svolgimento del completamento orario, prioritariamente e fino alla concorrenza delle 38 ore settimanali previste, presso le case della comunità hub e/o presso gli ospedali di comunità, secondo la programmazione del Distretto.
5. I medici di assistenza primaria a ciclo di scelta, su base volontaria, potranno conferire un numero di ore presso le case della comunità (hub e spoke) e/o presso l'ospedale della comunità secondo il seguente rapporto:

fino a 400 assistiti, 38 ore;

da 401 a 1.000 assistiti, 24 ore;

da 1.001 a 1.200 assistiti, 12 ore;

da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore.

6. L'art. 47 lett. E c. 3 lett. C dell'ACN/2024 disciplina la 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 pari ad Euro 13,62 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*.

ART. 10 AREE GEOGRAFICHE TEMPORANEAMENTE DISAGIATE PER CARENZA DI ASSISTENZA PRIMARIA

1. La grave e persistente carenza di medici di assistenza primaria in diverse aree geografiche della Sardegna in particolare in quelle interne e/o con popolazione dispersa per via di piccoli comuni situati in ampi territori ha reso estremamente precaria l'assistenza sanitaria in tali luoghi.
2. L'art. 9, comma 28, della legge regionale di assestamento 2025-2027, n. 24, modifica il comma 6 dell'articolo 3 della legge regionale 29 dicembre 2023, n. 18 (Legge di stabilità 2024) e prevede che *“Le risorse di cui all'articolo 5, comma 9, della legge regionale n. 1 del 2023 sono destinate nella misura del 30 per cento per il finanziamento di indennità ai medici di medicina generale nei territori temporaneamente caratterizzati da carenza assistenziale secondo i criteri definiti con accordo integrativo regionale. Eventuali economie realizzate dalle aziende possono essere utilizzate per la realizzazione di progetti aziendali di assistenza primaria e continuità assistenziale”*



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

3. Ai sensi della legge regionale di cui al precedente comma 2, è istituita un'indennità per promuovere l'apertura dello studio medico in ambito e/o comune temporaneamente disagiato per carenza di assistenza primaria, erogata ai medici di assistenza primaria del ruolo unico titolari e temporanei. L'indennità mensile di cui al presente articolo è pari a Euro 2.000,00/mensili esclusi gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda.
4. Si rinvia alla sottoscrizione di specifico e successivo accordo integrativo regionale per la definizione dei criteri per l'individuazione delle aree geografiche temporaneamente disagiate per carenza di assistenza primaria e della durata di fruizione dell'indennità mensile di cui al presente comma.

ART. 11 CAMPAGNA VACCINALE ANTINFLUENZALE

Con particolare riferimento alla popolazione over 60 e nel rispetto delle tempistiche previste dalle indicazioni ministeriali le Aziende sanitarie dovranno rendere disponibili, ai medici di medicina generale, al fine di integrare l'attività dei dipartimenti di prevenzione e di igiene pubblica, un numero di dosi vaccinali pari a 200.000. Tali dosi saranno ripartite per ASL in ragione della popolazione residente. Mediamente un medico con in carico 1000 pazienti avrà a disposizione 175 dosi, queste potranno essere aumentate o diminuite in ragione dell'andamento della campagna vaccinale. Sono previste, se utili, compensazioni anche tra le aziende sanitarie locali previo accordo tra le stesse. La partecipazione al progetto sarà retribuita secondo lo schema di seguito riportato.

Remunerazione	Scaglione	%	popolazione
Euro 6,16	Da 1% a 25%	25%	50.000
Euro 10,00	Da 25,1% a 60%	35%	70.000
Euro 13,50	Da 60,1% a 100%	40%	80.000
			200.000

I MMG si impegnano ad attuare tutte le misure per il coinvolgimento dei propri assistiti alla campagna vaccinale, ad assicurare l'inserimento dei dati delle vaccinazioni entro la settimana successiva alla somministrazione, attraverso i propri applicativi interoperabili coi sistemi informativi nazionali e regionali, nel rispetto della normativa sulla privacy. I distretti delle aziende sociosanitarie locali monitorano, con cadenza mensile, l'andamento della campagna vaccinale attraverso l'applicativo AVACS.

La Regione si impegna a garantire un'equa distribuzione dei vaccini ai MMG in ragione del numero dei pazienti assistiti. In coerenza con quanto previsto dalle indicazioni ministeriali, dal PNPV vigente e dai



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

nuovi LEA, i medici si impegnano ad associare, possibilmente, la vaccinazione antinfluenzale a quella antipneumococcica. Le vaccinazioni previste dal PNPV sono somministrabili durante l'intero anno, secondo le categorie previste dalle disposizioni vigenti, fermo restando la remunerazione della PIP così come quantificata nel vigente ACN.

Le remunerazioni di cui sopra non sono comprensive della parte di ENPAM a carico dell'azienda. Dato il lasso di tempo entro il quale la campagna vaccinale dovrà essere espletata, qualora si rendesse necessario inoculare ulteriori dosi vaccinali rispetto a quelle previste dal presente articolo, seguirà ulteriore e specifico accordo con le OO.SS..

ART. 12 STRUMENTAZIONE DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO

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

ART. 13 Tavolo permanente della deburocratizzazione e semplificazione

Entro 1 mese dall'entrata in vigore del presente accordo è istituito presso il comitato regionale della medicina generale il tavolo permanente della semplificazione e deburocratizzazione delle attività con la attiva partecipazione delle organizzazioni sindacali della medicina generale.

Il Tavolo provvederà prioritariamente alla semplificazione e alla digitalizzazione delle prescrizioni, della modulistica, delle certificazioni e alla qualificazione dei rapporti con i medici del settore pubblico e privato con uniformità di procedure valide per tutte le asl.

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo viene definita la modulistica editabile con le relative procedure uniformate su base regionale, al fine di procedere alla realizzazione dell'interoperabilità tra i gestionali dei medici di medicina generale e il sistema informativo ASL-Regione.

I MMG non sono obbligati a compilare qualsiasi tipo di modulo o ad assolvere a ulteriori oneri burocratico amministrativi al di fuori di quelli espressamente previsti dall'ACN, dal presente accordo o condivisi ed approvati successivamente per specifiche intese sindacali a livello regionale o aziendale.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Art.14 Partecipazione a comitati e commissioni

Al fine di consentire la piena e produttiva partecipazione dei medici di medicina generale ai momenti di programmazione e gestione regionale, aziendale e distrettuale, come previsto dall'Art 17 dell'ACN, ivi compresa la partecipazione al Comitato Regionale e Aziendale, è riconosciuto un compenso di Euro 100 in ambito aziendale e di Euro 120 in ambito regionale oltre alle spese di viaggio calcolate ai sensi delle norme vigenti per la pubblica amministrazione.

Norma finale 1

Le parti devono effettuare una prima verifica del presente Accordo entro 6 mesi dalla entrata in vigore e procedere a monitoraggio continuo della sua applicazione, tramite il Comitato regionale della medicina generale ex art.11 ACN, adottando alle modifiche e integrazioni che si rendessero necessarie.

Norma finale 2

Con riferimento alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale che svolgono la propria attività su **base oraria**, si rimanda a successivo accordo integrativo specificamente dedicato confermando, nelle more dell'approvazione del detto accordo, la disciplina ad oggi applicata. Tale successivo accordo dovrà essere sottoscritto entro e non oltre tre mesi dall'entrata in vigore del presente accordo.

Norma finale 3

Con riferimento alla disciplina dei medici di medicina generale operanti presso gli **Istituti penitenziari**, di cui agli artt. 70 e ss. dell'ACN del 2024, si rimanda a successivo accordo integrativo specificamente dedicato. Tale successivo accordo dovrà essere sottoscritto entro e non oltre sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo.

Norma finale 4

Con riferimento alla disciplina dei medici di medicina generale operanti nell'ambito dell'**emergenza sanitaria** territoriale, si rimanda a successivo accordo integrativo specificamente dedicato. Tale successivo accordo dovrà essere sottoscritto entro e non oltre sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo.

Norma finale 5



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Le organizzazioni sindacali firmatarie dell’AIR e la Regione Sardegna si impegnano a cercare le modalità perché gli esami e gli accertamenti diagnostici richiesti ai pazienti possano direttamente essere archiviati nelle cartelle cliniche degli stessi nei loro programmi gestionali di studio.

Norma finale 6

Eventuali economie possono essere riallocate, nei limiti previsti dall’ACN vigente ed entro il 31/10 di ogni anno, previo accordo con le organizzazioni sindacali.

Norma finale 7

Con riferimento alla medicina di continuità, dell’emergenza sanitaria territoriale, e della sanità penitenziaria, fino a successiva stipula di accordo integrativo dedicato, sono fatti salvi gli istituti attualmente vigenti.

Norma finale 8

Nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, la Regione si impegna a organizzare un modello di distribuzione dei vaccini tramite distribuzione per conto (DPC) ed estendere l’interoperabilità dei sistemi anche per gli altri tipi di vaccinazione citati.

Norma finale 9

Nelle more dell’attuazione dei progetti di governo clinico e di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (ACN art. 47, comma 2, lettera B, capoverso I) nel periodo tra il 4 aprile 2024 e il 31 dicembre 2024 è fatta salva l’erogazione dell’emolumento di Euro 4,74 relativo al governo clinico secondo le modalità previste dall’AIR 2010.

Norma finale 10

La Regione Sardegna si impegna a verificare presso Sisac la possibilità di poter attivare nuove medicine di gruppo con relativo riconoscimento di eventuale indennità da definirsi con successivo AIR.

Norma finale 11

La prescrizione di ausili e protesi è retribuita al medico di medicina generale solo previa attivazione del piano assistenziale.

Norma finale 12



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

E' fatta salva l'applicazione della DGR n. 10/35 del 13/03/2023 in merito alla individuazione e remunerazione delle località individuate come disagiate orogeograficamente.

Norma finale 13

E' fatto obbligo alla ASL di provvedere , ai sensi dell'art. 36 dell'ACN/2024, alla sostituzione del medico del ruolo unico impossibilitato a svolgere il suo compito di istituto per malattia, maternità, infortunio.

Norma finale 14

Il presente accordo entra in vigore dalla data di adozione della relativa Delibera di Giunta di approvazione.

Norma transitoria 1

Nelle more della piena operatività delle AFT e comunque per un periodo non superiore a sei mesi dalla data di sottoscrizione del presente accordo, è comunque corrisposta l'indennità di cui all'art. 8.2, comma 5. Tale indennità viene sospesa laddove, superati i sei mesi anzidetti, le AFT non fossero ancora operative.

Cagliari, 30 settembre 2025

L'ASSESSORE	FIMMG	SMI	SNAMI	CISL MEDICI	FMT



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Dichiarazione a verbale FMT

FMT nel sottoscrivere questo accordo, ribadisce quanto più volte sottolineato nel corso della trattativa.

Aver rinviato ai sensi delle norme finali 3, 4 e 7 la sottoscrizione degli accordi per i settori della medicina di emergenza sanitaria territoriale, della medicina penitenziaria e della medicina di continuità è quanto mai inopportuno sul piano delle corrette relazioni sindacali e sulla tenuta dell'assistenza territoriale.

Il Segretario regionale FMT

Anna Rita Ecca