ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE

In data 23 novembre 2026 ha avuto luogo la sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale

Le parti firmatarie

Per la Regione
Il Direttore Generale di Area Sanità e Sociale _____firmato_____

Per le OO.SS.
FIMMG _____firmato_____
SNAMI _____firmato_____
SMI _____firmato_____
FMT _____firmato_____

bebe6426

PREMESSA

1. PROGRAMMAZIONE REGIONALE

1.1 Obiettivi Strategici

2. MODELLO ORGANIZZATIVO

2.1 Aggregazione Funzionale Territoriale

2.1.1 Caratteristiche dimensionali e compositive dell'AFT

2.1.2 Sedi di riferimento della AFT

2.1.3 Forme associative pregresse

2.1.4 Regolamento di funzionamento dell'AFT

2.2 Referente di AFT

2.2.1 Modalità di individuazione

2.2.2 Durata dell'incarico

2.2.3 Compensi del Referente di AFT

2.3 Obiettivi, standard e risorse della AFT

2.3.1 Standard di accessibilità

2.3.2 Presa in carico della cronicità e della fragilità

2.3.2.1 Attività nelle sedi di riferimento

2.3.2.2 Dotazione strumentale

2.3.2.3 Percorsi di primo livello

2.3.2.4 Obiettivi e target

2.3.2.5 Budget di AFT

2.3.3 Standard di personale

2.3.3.1 Collaboratori di studio

2.3.3.2 Personale infermieristico

2.3.4 Risorse della Comunità

2.4 UCCP e Coordinatore di UCCP

3. ATTIVITÀ A QUOTA ORARIA

3.1 Ambulatorio diurno feriale presso le Case della Comunità

3.2 Servizio di Continuità Assistenziale

3.3 Servizio di Continuità Assistenziale diurna

3.4 Supporto medico all'attività della Centrale Operativa 116117

3.5 Pacchetti di attività a quota oraria

3.6 Copertura del fabbisogno orario nelle Case della Comunità

3.7 Assistenza nelle località turistiche

bebe6426

4. RAPPORTO CONVENZIONALE

4.1 Medici a ruolo unico con incarico conferito dopo il 1/01/2025

4.2 Medici ad attività oraria con incarico conferito prima del 1/01/2025

4.3 Rapporto ottimale e carenza assistenziale

4.4 Zone disagiate

4.5 Concessione degli studi medici

4.6 Supporti e tutele alla genitorialità

4.7 Formazione continua (ECM)

4.8 Connessioni informative e innovazione digitale

5. FONDO FATTORI PRODUTTIVI

6. RAPPRESENTANZA E PARTECIPAZIONE

6.1 Comitato Regionale/Aziendale

6.2 Partecipazione a Comitati e Commissioni

7. CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO

NORMA FINALE 1

NORMA FINALE 2

NORMA FINALE 3

NORMA TRANSITORIA

Allegato - SCHEMA DI REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO DELLE AFT

bebe6426

PREMESSA

Nel corso degli anni la popolazione del Veneto ha vissuto una trasformazione significativa e continua dei propri bisogni di salute, un cambiamento che non può essere considerato episodico o temporaneo, ma strutturale e destinato ad intensificarsi nei prossimi decenni.
L'aumento della longevità, l'incremento delle patologie croniche inguaribili ma curabili, insieme alla diffusione della fragilità e dei bisogni di cure palliative, stanno modificando radicalmente il modo con cui i professionisti della sanità, ed in particolare dell'assistenza primaria, affrontano il loro lavoro quotidiano.
La vita delle persone è segnata da passaggi delicati e complessi, che rappresentano vere e proprie transizioni di salute: l'ingresso nella cronicità, la perdita progressiva di autonomia, l'instabilità clinica, la fragilità avanzata e la fase terminale sono fasi che richiedono risposte diversificate ancorché continuative e prossime.
Le patologie croniche inguaribili ma curabili rappresentano oggi la parte più consistente del lavoro clinico del Medico di Medicina Generale (MMG). Sebbene non sia possibile guarire, queste condizioni possono essere efficacemente gestite attraverso una progressiva educazione personalizzata finalizzata al coinvolgimento del paziente/caregiver nella pianificazione e nella messa in atto del piano di cura, un monitoraggio periodico programmato, una precisa attenzione alla prevenzione delle complicanze, l'adattamento terapeutico e l'integrazione con le reti locali sanitarie e sociali e con il livello specialistico in un'ottica di continuità.
La stessa fragilità, intesa come una condizione multidimensionale che aumenta il rischio di eventi avversi, è una condizione sempre più diffusa che ha un impatto significativo sui servizi sanitari, traducendosi in un incremento degli accessi non programmati, in una maggiore instabilità clinica, nella necessità di interventi tempestivi.
Questi scenari impongono un ripensamento dei modelli organizzativi affinché la presa in carico sia sostenibile nel tempo, evitando la frammentazione delle cure e l'accesso improprio dei pazienti ai servizi di emergenza ed ospedalieri, favorendo un approccio proattivo, basato su una valutazione multidimensionale e su una presa in carico continuativa.
Ne consegue la necessità di dare corso ad una revisione delle modalità operative ed organizzative nell'assistenza primaria, distinguendo progressivamente le problematiche acute e non differibili dalle attività pianificate e strutturate dei percorsi di cura, per garantire qualità, sicurezza e sostenibilità nel lavoro clinico quotidiano. La gestione delle problematiche acute richiede tempi rapidi, processi snelli e decisioni immediate, mentre la presa in carico pianificata necessita di tempi più lunghi, continuità, strumenti diagnostici adeguati ed un approccio proattivo.
Gli esiti nella cronicità richiedono anni di costante accompagnamento e molto derivano da quanto ogni paziente sarà in grado di mettere in campo tra aderenza alle terapie ed ai percorsi di cura, adozione di stili di vita, partecipazione attiva per attività di automonitoraggio, conoscenza e rispetto delle regole di funzionamento dei servizi, in un'ottica di vero e proprio engagement della persona.

bebe6426

1. PROGRAMMAZIONE REGIONALE

L'Accordo Integrativo Regionale (AIR) definisce obiettivi di salute, percorsi, standard, indicatori e strumenti operativi per la loro attuazione, in coerenza con la programmazione regionale e le finalità del SSR ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in conformità ai contenuti del DM n.77/2022 ed a quanto previsto all'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) del 15/01/2026.

Nello specifico il presente AIR è finalizzato a garantire risposte alle esigenze assistenziali del territorio con le sue peculiarità, così come descritte in premessa, tenendo conto degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati:

a) nel Piano Nazionale della Prevenzione, prevedendo la partecipazione dei medici nelle attività di promozione della prevenzione primaria, secondaria, terziaria e quaternaria secondo la programmazione regionale e aziendale;
b) nel Piano Nazionale della Cronicità, prevedendo la partecipazione dei medici nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure e l'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente e nella definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche e fragili;
c) nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, prevedendo la partecipazione dei medici nelle campagne vaccinali che, di volta in volta, il piano vaccinale regionale indicherà come prioritarie e nelle relative attività, coerentemente alla programmazione aziendale;
d) nel miglioramento dell'utilizzo dei servizi di emergenza urgenza sviluppando la piena operatività delle Case della Comunità hub e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) in integrazione con i professionisti operanti nelle strutture territoriali ed ospedaliere, al fine di garantire la continuità dell'assistenza, favorendo anche l'utilizzo di diagnostica di primo livello;
e) nel governo delle liste di attesa, prevedendo il coinvolgimento e la partecipazione dei medici ai percorsi regionali e aziendali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni;
f) nell'appropriatezza clinica e prescrittiva, responsabilizzando all'appropriato utilizzo delle prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché di assistenza farmaceutica, anche attraverso percorsi finalizzati all'applicazione di protocolli e linee d'indirizzo regionali condivisi.

Si evidenzia, quindi, che l'attuazione dei contenuti del DM n.77/2022 ed il consolidamento della rete territoriale non possono prescindere dalla valorizzazione dell'assistenza primaria che si esplicita:

- nell'organizzazione del lavoro in equipe multiprofessionali al fine di garantire la presa in carico della cronicità e della fragilità nella sua totalità;
- nella garanzia della prossimità all'interno della rete costituita dalle Case della Comunità hub e spoke, dalle AFT, dagli Ospedali di Comunità, dalle cure domiciliari;

bebe6426

- nell'innovazione e digitalizzazione del SSR attraverso la piena funzionalità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0), l'aggiornamento del patient summary e lo sviluppo delle componenti di telemedicina anche presso lo studio del MMG.

1.1 Obiettivi Strategici

La Regione, in conformità alle disposizioni del DM n. 77/2022 ed in coerenza con l'ACN vigente, ha individuato l'assetto organizzativo dell'assistenza territoriale e gli atti di programmazione volti a istituire le forme organizzative mono professionali AFT della medicina generale, nell'intento di realizzare un efficiente collegamento funzionale tra gli snodi del SSR e i diversi attori coinvolti, valorizzando anche l'impiego di sistemi informativi sicuri.
Il presente AIR rappresenta, quindi, l'opportunità per riorganizzare l'assistenza primaria secondo quanto previsto dalla programmazione regionale e declina le finalità e gli obiettivi in coerenza con l'evoluzione dei bisogni nella popolazione della Regione Veneto, nell'esigenza di salvaguardare la sostenibilità del sistema e valorizzare le progettualità già sviluppate nel corso degli anni nel contesto regionale.
Costituiscono obiettivi regionali strategici:

1. l'attivazione operativa delle AFT su tutto il territorio regionale ed il riconoscimento delle AFT come unica forma di aggregazione obbligatoria funzionale dei MMG prevista all'interno dei Distretti sociosanitari;
2. la riconversione delle forme organizzative preesistenti all'interno della AFT, ridefinendo il modello organizzativo dell'assistenza primaria sulla base di standard assistenziali e secondo criteri di uniformità, equità, accessibilità e sostenibilità, valorizzando il patrimonio di esperienze e competenze professionali sviluppato localmente nel tempo e riducendo le differenze tra i diversi contesti attraverso un miglioramento progressivo;
3. il consolidamento dei modelli organizzativi territoriali di presa in carico della cronicità e della fragilità, attraverso l'applicazione dei percorsi preventivi diagnostici e assistenziali (PPDTA), favorendo l'integrazione attraverso la multiprofessionalità e multidisciplinarietà, definendo standard di AFT al fine di garantire uniformità ed equità nel modello di presa in carico;
4. la piena operatività delle Case della Comunità hub e spoke al cui interno operano le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), quali forme organizzative multiprofessionali, garantendo il pieno raccordo con le AFT di tutte le componenti della medicina convenzionata;
5. il coinvolgimento e la partecipazione dei MMG ai percorsi regionali di prescrizione appropriata, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, distinguendo i primi accessi dai percorsi di follow-up, nel rispetto delle condizioni di erogabilità e delle indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti, nonché la previsione di percorsi specificatamente dedicati all'assistenza primaria fondati su "agende dedicate";

bebe6426

6. lo sviluppo della telemedicina attraverso la piattaforma regionale e l'introduzione di innovazioni tecnologiche, quali ad esempio i sistemi di intelligenza artificiale, volte a semplificare il lavoro del MMG, a supportare il processo di diagnosi e cura, nonché a potenziare il rapporto di fiducia con il paziente;
7. la formazione continua dei MMG, quale strumento per lo sviluppo delle competenze necessarie all'attuazione del modello organizzativo previsto dal presente AIR.

2. MODELLO ORGANIZZATIVO

Gli elementi fondamentali del modello organizzativo dell'assistenza primaria, che si intende sviluppare progressivamente nell'arco di un triennio 2027-2029, nella Regione Veneto sono:
- l'attivazione delle AFT, ciascuna delle quali dovrà essere collegata funzionalmente ad una Casa della Comunità hub;
- l'individuazione, nel rispetto delle caratteristiche di ciascun territorio, e la piena operatività delle AFT e delle loro sedi di riferimento;
- il conseguimento degli obiettivi e degli standard di AFT così come definiti nel presente AIR.

2.1 Aggregazione Funzionale Territoriale

Le AFT sono forme organizzative funzionali monoprofessionali della medicina generale, prive di personalità giuridica e costituite dai MMG operanti in un determinato ambito territoriale, con compiti assistenziali e funzioni di governo clinico dell'assistenza primaria.
Le AFT condividono percorsi assistenziali e strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida e protocolli operativi, svolgono audit organizzativi e clinici, utilizzano cruscotti informativi messi a disposizione dalla Regione e/o dell'Azienda ULSS, a supporto dell'attività e dei processi decisionali dei medici in esse operanti.
Le AFT perseguono gli obiettivi di salute e di attività in conformità al presente AIR, coerenti con gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionali già previsti nell'ACN vigente.

Le AFT garantiscono la continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, assicurando una risposta assistenziale mediante:
a) il coordinamento degli orari di apertura degli studi medici e di tutte le sedi di riferimento dell'AFT nella fascia diurna dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e prefestivi infrasettimanali dalle ore 8.00 alle ore 12.00 con modalità organizzate che prevedano prioritariamente il contatto telefonico, l'accesso ambulatoriale programmato e l'accesso per i bisogni non differibili. Pertanto nelle suddette fasce i medici garantiscono attività fiduciaria nei confronti dei propri assistiti e, in forma integrata con gli altri medici dell'AFT, concorrono alla risposta assistenziale per i bisogni

bebe6426

non differibili degli assistiti di tutta l'AFT, nonché alle attività programmate nell'ambito di specifici percorsi condivisi;

b) l'attività oraria notturna (dalle ore 20.00 alle ore 8.00 del giorno successivo), festiva (dalle ore 8.00 alle ore 20.00), del sabato (dalle ore 8.00 alle ore 20.00) e prefestiva infrasettimanale (dalle ore 12.00 alle ore 20.00), quale attività di Continuità Assistenziale svolta dai medici a quota oraria a tempo indeterminato e determinato e dai medici a ruolo unico con debito orario, nelle sedi individuate dall'Azienda ULSS come sedi di Continuità Assistenziale, prioritariamente collocate presso le Case della Comunità hub, ai sensi dell'art. 44 dell'ACN e secondo quanto previsto dal presente AIR.

Sono compiti delle AFT:

A. la partecipazione, per quanto di competenza, all'erogazione delle prestazioni previste dai LEA, secondo normativa vigente, a tutti i cittadini da esse assistiti e l'assistenza occasionale ai cittadini non residenti;
B. l'organizzazione delle attività con un approccio proattivo basato sull'analisi dei fabbisogni della popolazione di riferimento, secondo sistemi di stratificazione, al fine di consentire una programmazione locale dei servizi coerente con le necessità;
C. la presa in carico dei pazienti cronici partecipando all'attuazione dei PPDTA, in conformità al modello organizzativo previsto dal presente AIR;
D. lo sviluppo di percorsi volti al miglioramento della continuità dell'assistenza attraverso l'utilizzo di strumenti di diagnostica di primo livello (es. ECG, spirometro, ecografo, dermatoscopio, ecc.) in integrazione con l'attività dei medici specialisti dipendenti e/o convenzionati, in applicazione dei PPDTA condivisi;
E. la presa in carico del paziente cronico e dei pazienti a rischio di cronicità e fragilità, promuovendo l'utilizzo degli strumenti di telemedicina (es. teleconsulto, telemonitoraggio, ecc.) per favorire la qualità e prossimità dell'assistenza;
F. il consolidamento delle attività di promozione della salute, prevenzione degli stati patologici e medicina di iniziativa, in collaborazione con il Distretto sociosanitario e il Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento:
   - al sostegno e all'incoraggiamento dell'assistito a favore di sani stili di vita,
   - al counselling positivo a favore delle campagne vaccinali e, nello specifico, alla prevenzione delle malattie infettive nell'adulto e nell'anziano,
   - alla conduzione attiva delle campagne vaccinali straordinarie e stagionali (es. influenza), nell'ambito della programmazione aziendale, previa fornitura dei vaccini e dei materiali necessari,
   - al sostegno dell'adesione alle varie fasi dei programmi di screening oncologico;
G. la condivisione di dati clinici relativi agli assistiti in carico all'AFT attraverso il collegamento informatico e telematico tra le schede sanitarie individuali dei medici che la compongono, l'accesso

bebe6426

al FSE 2.0 e l'interoperabilità con i sistemi informativi aziendali e regionali, nel rispetto delle normative vigenti sulla privacy.

I medici dell'AFT devono essere, infatti, 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 a informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure, specie in situazione di bisogni non differibili;

H. la partecipazione alla definizione dei percorsi della continuità dell'assistenza, anche mediante la collaborazione con i servizi distrettuali e le Centrali Operative Territoriali, quale strumento di gestione delle transizioni tra setting assistenziali e di cura e livelli assistenziali differenti;

I. la partecipazione ad attività finalizzate all'appropriatezza clinica e prescrittiva e al corretto utilizzo delle risorse, nel rispetto dei bisogni assistenziali e dell'autonomia clinica del medico, in collaborazione con il Distretto sociosanitario ed in coerenza con la programmazione regionale, relativamente al consumo di prestazioni specialistiche, al governo dei tempi di attesa, nonché all'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche. Particolare attenzione è dedicata alla revisione periodica delle terapie e alla deprescrizione farmacologica appropriata, soprattutto nei pazienti in politerapia;

J. la realizzazione di obiettivi definiti nell'Accordo Attuativo Aziendale e concordati in sede di delegazione trattante aziendale ai sensi dell'art. 15 comma 4 dell'ACN, sulla scorta di un budget specifico riferito alla popolazione assistibile di ciascuna AFT, secondo i criteri esplicitati nel presente AIR. Gli obiettivi dovranno essere commisurati ai bisogni della popolazione nel rispetto degli standard organizzativi previsti dal presente AIR.

2.1.1 Caratteristiche dimensionali e compositive dell'AFT

Le caratteristiche delle AFT nella Regione del Veneto sono le seguenti:

- l'AFT garantisce l'assistenza ad un bacino di popolazione mediamente di 30.000 abitanti, fatte salve particolari situazioni legate alla densità abitativa, ai confini comunali, all'orografia locale;
- ogni AFT è collegata funzionalmente ad una Casa della Comunità hub al cui interno opera l'UCCP di riferimento;
- ad ogni AFT afferiscono tutti i medici a ciclo di scelta e ad attività oraria a tempo indeterminato, temporanei e a tempo determinato dello specifico territorio dell'AFT. I medici sono assegnati dal Distretto sociosanitario all'AFT di afferenza in base alla località indicata come sede dell'ambulatorio principale. Per i medici operanti esclusivamente su base oraria, l'afferenza all'AFT è individuata sulla base della sede di servizio e dell'organizzazione territoriale definita dall'Azienda ULSS, sentito il Comitato aziendale.

bebe6426

Eventuali modifiche alle AFT già precedentemente definite, nonché i collegamenti funzionali della AFT con la Casa della Comunità hub dovranno essere valutate in sede di Comitato Aziendale e comunicate alla Regione entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR.

L'appartenenza alla AFT non modifica il rapporto convenzionale individuale, il rapporto fiduciario con i propri assistiti, l'autonomia e la responsabilità professionale del singolo medico.
All'interno della AFT la scelta del medico da parte del cittadino è libera e senza preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta. Inoltre l'afferenza del medico a una determinata AFT non comporta, di per sé, la revoca delle scelte già in essere degli assistiti anche se residenti al di fuori del territorio dell'AFT.
La scelta del medico tra AFT diverse segue necessariamente la disciplina attuale delle deroghe con richiesta di assenso da parte del medico destinatario della nuova scelta. Tuttavia, qualora in uno stesso comune insistano più AFT, l'assistito può liberamente scegliere un medico appartenente ad una qualsiasi di queste AFT.

Il coordinamento dell'AFT viene garantito attraverso un Referente eletto dai medici che compongono la AFT stessa, così come specificato nel presente AIR.
Tutti i medici sono tenuti a svolgere la propria attività partecipando alla realizzazione ed al conseguimento degli obiettivi di assistenza e cura della propria AFT, collaborando con il Referente della propria AFT.
La consistenza assistenziale di ciascuna AFT è determinata annualmente con riferimento alla data del 15 gennaio di ciascun anno sui dati dell'Anagrafe Unica Regionale (AUR) ed è costituita dalla somma degli assistiti in carico, a tale data, ai medici afferenti alla medesima AFT nonché degli assistiti privi di medico afferenti al bacino della AFT stessa.
La consistenza assistenziale così determinata rileva ai fini:

- della determinazione del compenso spettante al Referente di AFT;
- della quantificazione delle risorse e dei fondi attribuiti alla AFT (c.d. budget di AFT);
- degli ulteriori istituti economici o standard organizzativi per i quali il presente AIR assuma quale parametro la popolazione assistita dalla AFT.

Gli ambiti territoriali delle AFT coincidono con quelli per l'individuazione degli incarichi vacanti.

2.1.2 Sedi di riferimento della AFT

Le AFT garantiscono la capillarità dell'assistenza attraverso gli studi dei medici, garantendo la prossimità dell'assistenza.
Le AFT dispongono di una o più sedi di riferimento individuate dal Referente di AFT su iniziativa dei medici componenti la AFT stessa, in accordo con il Distretto sociosanitario di afferenza, tenendo conto delle caratteristiche del territorio, della distribuzione della popolazione, dell'accessibilità e dei tempi di percorrenza.

bebe6426

La sede o le sedi di riferimento della AFT sono collocate presso una delle seguenti tipologie di strutture:

- Casa della Comunità hub;
- struttura aziendale;
- sedi delle forme associative pregresse o strutture individuate dai medici componenti l'AFT, in accordo con il Distretto sociosanitario di afferenza, rispondenti ai requisiti previsti dalle norme vigenti, nel rispetto delle specificità orografiche e di criteri di accessibilità/percorrenza.

In via prioritaria, pertanto, le sedi di riferimento delle AFT saranno rappresentate dalle Case della Comunità hub, in subordine dalle sedi di forme associative pregresse o da altre sedi individuate dall'Azienda ULSS secondo criteri di funzionalità territoriali.
Qualora la sede di riferimento dell'AFT non sia ubicata all'interno della Casa della Comunità hub, essa vi rimane comunque collegata in via funzionale, ai sensi del DM n.77/2022.
Gli studi medici che dispongono di un maggiore livello organizzativo, di personale e di adeguati requisiti strutturali e funzionali possono assumere la funzione di sedi di riferimento dell'AFT.

La sede di riferimento costituisce l'articolazione organizzativa interna della AFT, finalizzata all'ampliamento dell'accessibilità, alla condivisione del personale e alla presa in carico della cronicità.
Le sedi di riferimento rappresentano luoghi dove è possibile organizzare l'erogazione di prestazioni/servizi previsti nei PPDTA a beneficio di tutti gli assistiti dell'AFT, attività che non potrebbero essere garantite nei singoli studi dei medici, fermo restando che l'attività assistenziale ordinaria dei MMG continua a svolgersi presso i rispettivi studi.
Gli studi medici e le sedi di riferimento delle AFT devono essere ubicati all'interno del territorio della AFT di appartenenza. I medici afferenti ad una AFT non possono aderire a sedi di riferimento di AFT diverse da quella di afferenza né svolgere, nell'ambito delle medesime, attività convenzionale ordinaria. In deroga a quanto previsto dai commi precedenti, possono essere mantenute situazioni organizzative già esistenti alla data di entrata in vigore del presente AIR, qualora motivate da specifiche esigenze territoriali o assistenziali e purché compatibili con il complessivo assetto dell'AFT (es. mantenimento del secondo ambulatorio ubicato in AFT differente da quella di appartenenza).
Le sedi di riferimento della AFT vengono stabilite in prima applicazione tramite l'approvazione del regolamento della AFT, comunicate dal Referente di AFT all'Azienda ULSS che le recepisce con deliberazione aziendale e le comunica alla Regione al fine di consentire una mappatura aggiornata e puntuale degli snodi della rete assistenziale territoriale.
I medici che lavorano presso una sede di riferimento di AFT possono individuare al proprio interno un coordinatore di sede di riferimento. Tale figura coordina l'organizzazione delle attività della sede di riferimento, agendo in costante raccordo con il Referente di AFT. L'incarico di coordinatore di sede coincide con la durata del mandato del Referente di AFT e non prevede compenso. La funzione di coordinatore di sede è compatibile con l'assunzione dell'incarico di Referente di AFT e Coordinatore di UCCP.

bebe6426

I medici componenti l'AFT garantiscono attività ambulatoriale diurna continuativa rivolta a tutta la popolazione di riferimento dell'AFT dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e nei prefestivi infrasettimanali dalle ore 8.00 alle ore 12.00 presso le sedi di riferimento individuate e presso gli studi medici qualora non collocati presso la sede di riferimento, nel rispetto di quanto stabilito dal presente AIR. Pertanto l'AFT garantisce nel suo complesso la continuità dell'assistenza ambulatoriale attraverso il coordinamento degli orari degli studi medici e delle sedi di riferimento, nella fascia oraria e con le modalità di accesso soprarichiamate e rese note agli assistiti. La copertura è assicurata dalla rete nel suo complesso e non comporta l'apertura continuativa di ciascuno studio o della sede per l'intera fascia oraria, fermi restando comunque gli standard di accessibilità caratterizzanti le singole sedi di riferimento come definiti dal presente AIR.
Alla copertura della fascia oraria concorrono anche le attività di assistenza primaria assicurate presso la Casa della Comunità hub collegata funzionalmente all'AFT, secondo le modalità di accesso previste per gli assistiti dell'AFT stessa. Una stessa Casa delle Comunità hub potrà essere collegata funzionalmente anche a più AFT, a seconda del bacino di riferimento e delle funzionalità locali. Qualora il collegamento funzionale tra Casa della Comunità hub e AFT non risulti già stabilita da precedenti provvedimenti, essa viene definita in sede aziendale entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR e successivamente notificata alla Regione.

2.1.3 Forme associative pregresse

In conformità a quanto stabilito dall'ACN vigente, a far data dal 1/1/2027 le forme associative pre-esistenti confluiscono nelle AFT.
Le sedi fisiche delle forme associative pregresse, qualora non già collocate all'interno delle Case della Comunità hub e qualora rispondenti agli standard previsti, potranno diventare sedi di riferimento delle AFT, ciò al fine di qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali.
L'esperienza maturata nel corso degli anni dovrà, infatti, essere valorizzata nell'ambito delle AFT e delle Case della Comunità hub, secondo regole condivise, anche in relazione al personale infermieristico, amministrativo e di supporto già operante, evitando la dispersione di professionalità, competenze e servizi che abbiano dimostrato la propria efficacia assistenziale
Le risorse di personale amministrativo ed infermieristico saranno pertanto reimpiegate a beneficio di tutti gli assistiti della AFT, secondo quanto previsto dal presente AIR.
Nell'ambito delle AFT l'attribuzione delle risorse, secondo gli standard previsti dal presente AIR, tiene conto dei bisogni della popolazione assistita, delle attività effettivamente svolte e dei servizi garantiti, sostenendo il mantenimento dei livelli organizzativi e assistenziali già raggiunti e lo sviluppo dei servizi nei territori in cui risultino carenti.

2.1.4 Regolamento di funzionamento dell'AFT

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito Regolamento definito in sede di Comitato aziendale per la medicina generale su proposta del Referente di AFT entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR e in conformità allo schema di Regolamento allegato al

bebe6426

presente AIR, che costituisce riferimento vincolante per la definizione dei Regolamenti di AFT in sede aziendale.
Ciascuna AFT definisce, inoltre, una Carta dei Servizi, predisposta dal Referente in accordo con i medici componenti la stessa, quale parte integrante del Regolamento di AFT, che costituisce lo strumento informativo attraverso il quale sono rese conoscibili ai cittadini l'organizzazione della AFT, l'articolazione territoriale dell'offerta assistenziale e le modalità di accesso ai relativi servizi. La Carta dei Servizi deve esplicitare le modalità di accesso alla sede/sedi di riferimento della AFT, agli studi medici ed alle prestazioni e servizi garantiti a livello di AFT, rappresentando l'organizzazione e i servizi effettivamente attivati e disponibili, comprese le modalità di accesso ai percorsi di assistenza primaria ed alle prestazioni disponibili presso le diverse sedi di riferimento.
La Carta dei Servizi dovrà, pertanto, contenere:

- l'elencazione e l'indirizzo delle sedi di riferimento della AFT e degli studi medici afferenti alla AFT;
- la tabella complessiva degli orari di apertura delle sedi e di tutti gli studi afferenti alla AFT;
- le modalità di accesso ai servizi e alle prestazioni organizzate a livello di AFT;
- i riferimenti organizzativi necessari per l'accesso e l'orientamento dell'assistito, da rendere noti anche alla Centrale Operativa 116117;
- la strumentazione diagnostica di primo livello disponibile presso ciascuna sede di riferimento di AFT.

A seguito della definizione del Regolamento di AFT, l'Azienda ULSS provvede alla pubblicazione della Carta dei Servizi di ciascuna AFT in apposita sezione del proprio sito istituzionale entro 30 giorni dalla sua ricezione.
Le successive variazioni della Carta dei Servizi, che non comportino modificazioni sostanziali del modello organizzativo della AFT, sono comunicate tempestivamente all'Azienda ULSS da parte del Referente di AFT. L'Azienda ULSS provvede all'aggiornamento delle informazioni pubblicate sul proprio sito istituzionale in modo tempestivo e comunque entro 30 giorni dalla relativa comunicazione.

2.2 Referente di AFT

Il coordinamento dell'AFT viene garantito attraverso un Referente a cui sono assegnati i seguenti compiti:

- promuove e coordina l'integrazione professionale e organizzativa tra i medici componenti l'AFT, favorendo la condivisione delle modalità operative necessarie al perseguimento degli obiettivi assegnati all'AFT nell'ambito dell'Accordo Attuativo Aziendale;
- coordina l'attività dei medici componenti l'AFT ai fini della continuità dell'assistenza, garantendo la copertura diurna dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dei prefestivi

bebe6426

infrasettimanali dalle ore 8.00 alle ore 12.00 da parte dell'AFT attraverso il coordinamento delle aperture degli studi dei medici, secondo il modello organizzativo previsto dal presente AIR;

- riceve le comunicazioni relative alle sostituzioni brevi nei casi previsti dall'art. 36 dell'ACN e collabora, ove previsto dalla disciplina convenzionale, alla definizione delle modalità organizzative delle sostituzioni tra medici appartenenti alla medesima AFT. Non compete al Referente di AFT la predisposizione, l'assegnazione o la gestione diretta dei turni dell'attività assistenziale a prestazione oraria, diurna o notturna, svolta presso la Casa della Comunità hub, fatta eccezione per quanto espressamente previsto sugli standard di accessibilità organizzata di cui al paragrafo 2.3.1. Il Referente di AFT, infatti, collabora con l'Azienda ULSS rispetto all'organizzazione delle coperture orarie diurne nelle situazioni in cui la Casa della Comunità hub costituisca sede di riferimento dell'AFT e pertanto concorra al raggiungimento degli standard di accessibilità diurna come previsti dal presente AIR;
- può coordinare l'articolazione dell'attività assistenziale a prestazione oraria (debito orario) qualora questa sia organizzata e svolta direttamente nell'ambito della AFT, secondo quanto previsto dal presente AIR e dal Regolamento di AFT, sentiti i medici interessati;
- promuove il raggiungimento degli obiettivi assegnati alla AFT attraverso il coordinamento delle attività di medicina di iniziativa, di gestione della cronicità e fragilità, dell'utilizzo della strumentazione diagnostica di primo livello ed ogni progettualità di AFT anche mediante incontri periodici strutturati;
- favorisce l'attuazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, così come previsti dal presente AIR, all'interno dell'AFT nel rispetto degli obiettivi assegnati, coordinando l'organizzazione e l'attuazione dei PPDTA della cronicità nell'ambito dell'AFT, adattandone le modalità operative alle caratteristiche della popolazione assistita, nel rispetto degli indirizzi regionali e aziendali;
- promuove e coordina le attività dei medici dell'AFT relativamente alle attività vaccinali e di screening degli assistiti della AFT;
- coordina, previa condivisione con i medici interessati, l'organizzazione delle risorse attribuite alla AFT, nel rispetto delle disposizioni del presente AIR;
- organizza le riunioni periodiche (almeno trimestrali), sia a carattere organizzativo che clinico, rivolte a tutti i medici afferenti all'AFT, promuovendo attività di audit nell'ambito dell'AFT stessa;
- coordina, secondo quanto previsto dal Regolamento di AFT, la predisposizione e l'aggiornamento della Carta dei Servizi della AFT, assicurando il periodico aggiornamento delle informazioni;
- collabora con l'Azienda ULSS e con il Distretto sociosanitario al monitoraggio delle attività, degli obiettivi, degli indicatori di processo e di risultato e dei livelli di performance della AFT e fornisce gli elementi necessari alla relativa valutazione senza assumere direttamente funzioni di valutazione individuale dei medici componenti;
- può accedere, per le finalità di programmazione, monitoraggio e valutazione dell'attività della AFT, ai dati messi a disposizione dall'Azienda ULSS in forma aggregata o comunque secondo modalità compatibili con la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali;

bebe6426

- è componente dell'organismo di appropriatezza prescrittiva istituito presso ciascuna Azienda ULSS ai sensi dell'art. 45 dell'ACN vigente;
- cura il raccordo funzionale della AFT con il Distretto sociosanitario, la Casa della Comunità hub di riferimento, la UCCP, la Centrale Operativa Territoriale e gli altri servizi e nodi della rete territoriale, al fine di favorire l'integrazione dei servizi, dei percorsi assistenziali e la continuità della presa in carico;
- predispone annualmente (di norma entro aprile dell'anno successivo, fatto salvo la disponibilità dei dati necessari), previa condivisione con i medici componenti della AFT, la relazione sull'attività svolta dall'AFT per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base degli indicatori di processo e di risultato, individuati ai sensi del presente AIR e declinati a livello aziendale, utilizzando dati derivanti dai propri gestionali nonchè la reportistica messa a disposizione dall'Azienda ULSS, e la trasmette all'Azienda ULSS;
- collabora con l'Azienda ULSS, e in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, alla gestione ed alla risoluzione delle segnalazioni di disservizi inerenti l'AFT;
- contribuisce ai momenti di comunicazione ed informazione nei confronti dei cittadini e delle istituzioni preventivamente condivisi e approvati dai medici di AFT di afferenza.

2.2.1 Modalità di individuazione

Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR l'Azienda ULSS comunica ad ogni medico l'appartenenza alla AFT e la sua composizione.

I medici componenti l'AFT individuano il proprio Referente entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR, secondo le seguenti modalità, gestite in via autonoma da ciascuna AFT.

- I medici componenti l'AFT individuano al proprio interno, mediante elezione e tra coloro che abbiano presentato la propria candidatura, un Referente di AFT ed un sostituto.
- La nomina avviene a seguito di elezione interna alla AFT a maggioranza dei componenti e dovrà essere comunicata da parte del nominato alla direzione del Distretto sociosanitario entro 15 giorni dalla richiesta. In caso di esito negativo della elezione il Direttore Generale individuerà il Referente di AFT sulla scorta delle candidature presentate volontariamente.
- Sono elettori i medici componenti della AFT che, alla data della votazione, siano titolari di un incarico convenzionale e abbiano assistiti con scelta attiva in carico o obbligo di apertura dello studio medico nell'ambito della medesima AFT, compresi i medici titolari di incarico temporaneo in possesso del medesimo requisito.
- Sono potenzialmente eleggibili tutti i medici a ciclo di scelta componenti di ciascuna AFT, purchè titolari di incarico a tempo indeterminato da almeno tre anni ivi compresi gli incarichi temporanei. Si considera l'anzianità complessiva di rapporto convenzionale nell'ambito della medicina generale, indipendentemente dall'anzianità maturata nello specifico incarico in essere. Non sono candidabili medici per i quali sia prevedibile il collocamento in quiescenza prima della decadenza naturale dall'incarico di Referente o per altra causa già determinabile alla data di presentazione della candidatura.

bebe6426

- Con delibera aziendale, entro 15 giorni dalle designazioni, l'Azienda ULSS, preso atto del verbale di ciascuna AFT sottoscritto da tutti i componenti della stessa, in cui sono esplicitate le procedure di elezione del Referente, procede alla ratifica delle nomine dei Referenti e dei relativi sostituti, che saranno pubblicate sul sito aziendale. Il Referente e il sostituto eletti assumono le rispettive funzioni dall'atto di ratifica da parte del Direttore Generale della Azienda ULSS di appartenenza.

2.2.2 Durata dell'incarico

I Referenti di AFT e i loro sostituti rimangono in carica tre anni; alla scadenza del mandato entrambi possono essere nuovamente designati esclusivamente a seguito di nuova elezione, secondo le modalità previste dal presente AIR e dal Regolamento di AFT.

La valutazione è annuale da parte del Direttore Generale in relazione ai compiti ed agli obiettivi allo stesso assegnati, sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda ULSS stessa, in conformità al presente AIR.

Il Referente di AFT (analogamente per il sostituto) decade dall'incarico:

- per cessazione del rapporto convenzionale o per trasferimento ad altra AFT o altra Azienda;
- per sopravvenuta perdita dei requisiti previsti per l'esercizio della funzione o per il verificarsi di cause di incompatibilità previste dall'ACN o dalla normativa vigente;
- a seguito dell'irrogazione di una sanzione disciplinare escluse quelle di minore gravità che danno luogo all'applicazione del richiamo verbale/scritto;
- a seguito di sfiducia, deliberata con il voto favorevole di almeno due terzi dei medici componenti l'AFT aventi diritto alla partecipazione all'elezione, su richiesta motivata sottoscritta da almeno un terzo dei medesimi. La richiesta è posta in votazione entro 30 giorni dalla sua presentazione. Conseguentemente il Direttore Generale della Azienda ULSS prende atto della decadenza del Referente.

Per il periodo di effettivo esercizio delle funzioni di Referente di AFT da parte del sostituto, il relativo compenso è attribuito al soggetto che esercita la funzione, in proporzione al periodo di effettivo svolgimento.

Il Referente di AFT che intenda dimettersi dall'incarico è tenuto a comunicarlo al Direttore Generale dell'Azienda ULSS ed ai medici componenti l'AFT per iscritto con un preavviso minimo di 60 giorni, salvo gravi e documentati motivi. Nelle more della nomina di un nuovo Referente di AFT, la funzione è garantita dal sostituto.

In caso di dimissioni, decadenza, cessazione del rapporto convenzionale o altro impedimento definitivo del Referente di AFT, il sostituto assume le funzioni di Referente di AFT fino all'insediamento del nuovo eletto. Entro 60 giorni dalla cessazione si procede a nuova elezione secondo le modalità previste dal presente AIR.

bebe6426

2.2.3 Compensi del Referente di AFT

A decorrere dalla data di ratifica della nomina al Referente di AFT spetta un compenso totale pari a 0,60 euro/assistito dell'AFT, finanziato con le risorse di cui all'art. 47, comma 2, lett. B, II), dell'ACN, così suddiviso:

a) compenso fisso pari al 70% del totale e corrisposto mensilmente in dodicesimi;

b) compenso variabile, denominato "premio di risultato" e pari al 30% del totale, correlato al grado di raggiungimento degli obiettivi annualmente assegnati alla AFT e considerati anche ai fini della valutazione annuale del Referente. Detta quota è riconosciuta soltanto qualora sia stato raggiunto almeno il 90% degli obiettivi annuali assegnati alla AFT ed è liquidata di norma entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento degli obiettivi.

In caso di assunzione della funzione nel corso dell'anno, il compenso fisso e l'eventuale quota variabile spettano in proporzione al periodo di effettivo esercizio della funzione.

In caso di cessazione della funzione nel corso dell'anno, il compenso fisso e l'eventuale quota variabile spettano al sostituto in proporzione al periodo di effettivo esercizio della funzione.

La verifica del raggiungimento degli obiettivi è effettuata annualmente dall'Azienda ULSS sulla base degli indicatori di processo e di risultato previamente definiti e comunicati alla AFT e al suo Referente. L'Azienda ULSS fornisce al Referente AFT un report, almeno trimestrale, sul livello di raggiungimento degli obiettivi concordati affinché il Referente possa condividerlo con i colleghi per le eventuali azioni correttive da intraprendere.

2.3 Obiettivi, standard e risorse di AFT

2.3.1 Standard di accessibilità

Le AFT garantiscono la capillarità e la prossimità dell'assistenza attraverso gli studi dei medici e le sedi di riferimento dell'AFT. Pertanto la copertura complessiva diurna, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 prefestivi infrasettimanali, viene assicurata da parte della AFT attraverso il coordinamento delle aperture degli studi medici operanti o meno nelle sedi di riferimento dell'AFT, preservando ed estendendo la presenza capillare degli studi medici sul territorio regionale.

Può essere prevista una accessibilità organizzata basata su due differenti standard:

- sedi di riferimento che garantiscano un'accessibilità organizzata pari a h12 (dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 prefestivi infrasettimanali) per cui è previsto un compenso annuale pari a 13,15 euro/assistito qualora il singolo medico concorra al suddetto standard per almeno 4h/settimana presso la sede stessa. Nel caso in cui la sede di riferimento coincida con una Casa della Comunità hub il compenso è pari a 15,00 euro/assistito in ragione di quanto più sotto esplicitato e l'utilizzo dei locali presso la Casa della Comunità hub è a titolo gratuito per il medico;

bebe6426

- sedi di riferimento che garantiscano un'accessibilità organizzata pari a h8 (entro la fascia dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 prefestivi infrasettimanali) per cui è previsto un compenso annuale pari a 10,10 euro/assistito qualora il singolo medico concorra al suddetto standard per almeno 3h/settimana presso la sede stessa. Se, in particolari situazioni relative alle aree montane, ai piccoli Comuni e alle zone a bassa densità abitativa e concordate con l'Azienda ULSS, il medico mantiene anche lo/gli studio/i periferico/i il compenso è incrementato di 1,90 euro/assistito, ciò al fine di preservare la capillarità della presenza medica.

Per accessibilità organizzata h12 e h8 si intende la presenza fisica coordinata dei medici dell'AFT aderenti rispettivamente allo standard h12 o h8 presso le sedi di riferimento indicate per dodici o otto ore giornaliere, dal lunedì al venerdì e prefestivi infrasettimanali così come sopra specificato.

Qualora la sede di riferimento dell'AFT sia collocata presso una Casa della Comunità hub e lo standard di accessibilità organizzata sia h12, l'attività ambulatoriale dovrà essere accessibile, oltre agli assistiti afferenti a quella AFT, a chiunque ne abbia necessità per prestazioni cliniche non differibili e concorre alla garanzia della presenza medica di cui al DM n.77/2022. In questo caso la sede di AFT che garantisce l'accesso sia ai cittadini dell'AFT che a tutti i cittadini deve prevedere, per i cittadini non afferenti alla AFT, un accesso libero previo contatto telefonico con la Centrale Operativa 116117 o orientato tramite il Punto Unico di Accesso (PUA). Si precisa che l'accesso di assistiti di altre AFT collegate funzionalmente con la Casa della Comunità hub può avvenire soltanto qualora gli assistiti non abbiano ricevuto risposta da parte della AFT a cui afferiscono e pertanto detta condizione deve configurarsi come eccezionale e dovrà essere oggetto di specifico monitoraggio da parte della Azienda ULSS.
Qualora la sede di riferimento dell'AFT non sia collocata presso una Casa della Comunità hub, l'attività ambulatoriale potrà essere accessibile solo agli assistiti afferenti a quella AFT per prestazioni cliniche non differibili. Anche in questo caso l'accesso è regolamentato sulla scorta di quanto specificato nella Carta dei Servizi della AFT stessa.
Resta confermato che l'assistito debba sempre accedere prioritariamente al proprio medico curante secondo le modalità indicate nella Carta dei Servizi.
Spetta al Referente di AFT, coadiuvato dal Distretto sociosanitario di afferenza, l'organizzazione della turnistica per le necessarie coperture orarie diurne (dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 dei prefestivi infrasettimanali) dell'AFT nel suo complesso, in raccordo con il coordinatore aziendale della Casa della Comunità hub.
Si ribadisce che tutti i medici componenti l'AFT sono tenuti a concorrere alla copertura sopraindicata della AFT nel suo complesso, contribuendo in maniera diversificata a seconda della propria organizzazione.

L'adesione agli standard di accessibilità organizzata sopra definiti da parte del medico avviene su base volontaria. Ciascun medico può aderire ad un solo standard di accessibilità organizzata presso

bebe6426

una sola sede della propria AFT di afferenza. Qualora il medico non aderisca a nessuno degli standard di accessibilità organizzata precedenti ma operi presso uno o più studi singolarmente, resta fermo il rispetto degli obblighi convenzionali individuali di apertura e di accessibilità.
L'adesione allo standard di accessibilità organizzata può avvenire anche in corso d'anno, previa verifica della presenza dei requisiti organizzativi della sede di riferimento individuata. L'adesione o il recesso dallo standard di accessibilità organizzata non determinano modificazioni dell'afferenza del medico alla AFT né del rapporto convenzionale individuale, del rapporto fiduciario con i propri assistiti e dell'autonomia e responsabilità professionale del singolo medico.
Il recesso dallo standard di accessibilità organizzata o la modifica dello stesso da parte del medico deve essere comunicato al Referente di AFT e al Distretto sociosanitario di afferenza con un preavviso di almeno 60 giorni.

I compensi di cui sopra sostituiscono le indennità previste per l'appartenenza alle forme associative pregresse. Si precisa inoltre che tali indennità saranno corrisposte a tutti i medici con incarico a tempo indeterminato, temporaneo e determinato sulla base dei criteri sopra definiti.

Nella sede di riferimento collocata all'interno della Casa della Comunità hub dovrà essere garantita anche l'attività di presa in carico dei pazienti cronici e fragili di tutta l'AFT secondo il modello descritto nel presente AIR. Analogamente nelle altre sedi di riferimento, oltre all'attività di assistenza primaria ordinaria per i propri pazienti, potrà essere garantita la presa in carico organizzata dei cronici e dei fragili della AFT secondo il modello e gli standard a seguito definiti, qualora le sedi stesse siano opportunamente attrezzate ed organizzate. L'eventuale utilizzo degli strumenti di telemedicina avviene nell'ambito di percorsi organizzativi definiti, con disponibilità delle necessarie dotazioni tecnologiche e del relativo supporto organizzativo.
Lo standard di presenza medica 12h previsto da DM n.77/2022 nella Casa della Comunità hub potrà essere garantito anche completando la copertura oraria attraverso incarichi di assistenza primaria ad attività oraria o attraverso l'assolvimento del debito orario da parte del medico a ruolo unico assegnato alla medesima AFT così come definito nei successivi paragrafi 3.1, 3.5 e 3.6.
L'attività della Casa della Comunità hub andrà organizzata in modo flessibile prevedendo, quindi, sia la gestione dei bisogni acuti sia cronici.

2.3.2 Presa in carico della cronicità e della fragilità

Il modello per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili nell'ambito dell'assistenza primaria necessita di un contesto organizzativo adeguato, con personale infermieristico ed amministrativo formato e dedicato, processi standardizzati e audit periodici, follow-up programmati, disponibilità di strumentazione diagnostica, collegamenti e collaborazione con la specialistica ambulatoriale e con altre figure professionali, piattaforme digitali di interfaccia con gli assistiti.
L'equipe di base per assicurare la presa in carico della cronicità è composta dal medico di assistenza primaria che mantiene la responsabilità clinica complessiva, occupandosi della diagnosi, della

bebe6426

gestione delle transizioni e della pianificazione della cura, e dall'infermiere che svolge un ruolo cruciale nella valutazione infermieristica, nell'educazione di paziente e caregiver, nella educazione all'aderenza terapeutica, nel monitoraggio dei parametri clinici e nel follow-up programmato.
Per gli aspetti organizzativi è necessario altresì un supporto di tipo amministrativo, con collaboratori di studio formati.

2.3.2.1 Attività nelle sedi di riferimento

Le Case della Comunità hub rappresentando prioritariamente le sedi di riferimento delle AFT, operano in continuità con le AFT ed assicurano in particolare la gestione del paziente cronico e fragile, anche con chiamata attiva, con presenza di equipe multiprofessionali e multidisciplinari (UCCP) ed adeguata dotazione di strumentazione diagnostica.
Le Case della Comunità hub rappresentano le sedi in cui effettuare tutte le attività volte a garantire un accesso ed una risposta coordinata ai bisogni della comunità e la necessità di continuità dell'assistenza all'interno dei diversi programmi e percorsi di prevenzione e cura. Rappresentano punti di coordinamento dei servizi rivolti alla popolazione fragile ed affetta da cronicità secondo modelli proattivi e di iniziativa, anche finalizzati all'intervento precoce e/o di tipo preventivo, al fine di mantenere le capacità e l'autonomia della persona, prevedendo la disponibilità di una diagnostica più complessa, percorsi multidisciplinari e una gestione efficace delle transizioni critiche, integrandosi strettamente con il lavoro del MMG.
Le Case della Comunità hub costituiscono un complemento essenziale al lavoro del MMG, fornendo strumenti e competenze, quali specialisti, psicologi, fisioterapisti, nutrizionisti, ecc., che amplificano la capacità di presa in carico territoriale.
In questa visione le Case della Comunità hub sono anche sedi di UCCP ed operano in continuità con le AFT della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale interna/professionisti, che vi afferiscono, grazie alla composizione multiprofessionale ed alla capacità di rispondere in modo efficace ai bisogni di salute complessi.
A seconda della specificità dei contesti, le forme associative pregresse composte da più medici che svolgono la propria attività in una stessa struttura fisica, potranno costituire sedi di riferimento delle AFT, comunque collegate funzionalmente con la propria Casa della Comunità hub. Anche in dette sedi potrà essere garantita la gestione del paziente cronico e fragile, qualora adeguatamente organizzate ed attrezzate.
Alcune attività continueranno ad essere svolte anche direttamente nello studio del MMG, opportunamente organizzato, quali le visite periodiche programmate, il monitoraggio clinico e terapeutico, la stratificazione del rischio, le valutazioni funzionali e cognitive, l'educazione di paziente e del caregiver e l'utilizzo di strumenti diagnostici POC quali HbA1c, INR e test rapidi, ecc.

2.3.2.2 Dotazione strumentale

Le apparecchiature di diagnostica di primo livello (es. elettrocardiografo, spirometro, retinografo, ecc.), sulla scorta di quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 29 luglio 2022, sono

bebe6426

collocate prioritariamente nelle Case della Comunità hub e, in subordine, nelle altre sedi di riferimento delle AFT. I servizi presenti nelle sedi di riferimento delle AFT potranno essere diversificati ma comunque dovranno essere a beneficio di tutti gli assistiti dell'AFT.
I medici appartenenti all'AFT dovranno essere collegati tra loro e con una Casa della Comunità hub, attraverso la condivisione di strumenti e di sistemi applicativi informatici che permettano lo scambio di informazioni allo scopo di diagnosi e cura.
Le Aziende ULSS si impegnano ad individuare e garantire i collegamenti funzionali tra la Casa della Comunità hub ed i medici delle AFT corrispondenti, ivi compresi quelli che operano in ambulatori dislocati al fine di contemperare le esigenze di capillarità e di prossimità, garantendo una risposta flessibile a seconda dei diversi contesti geografici, delle percorrenze e della densità abitativa.
Dal momento che il presente AIR assume un connotato innovativo richiedendo una riorganizzazione complessiva dell'assistenza territoriale e preso atto che allo stato attuale non è completato l'iter di acquisizione delle dotazioni strumentali ai sensi del Decreto sopracitato, si ritiene di rinviare la definizione delle modalità erogative delle prestazioni di diagnostica di primo livello ad un successivo accordo al fine di consolidare l'organizzazione e valutare al meglio le esigenze locali e delle singole AFT.

2.3.2.3 Percorsi di primo livello

A supporto del presente modello assumono particolare rilievo le attività multidisciplinari e multiprofessionali, valorizzando il teleconsulto e l'audit clinico, intesi come strumenti fondamentali per la gestione integrata della cronicità e per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza erogata. La complessità dei bisogni richiede, infatti, competenze multidisciplinari e quindi lo specialista rappresenta l'interlocutore privilegiato per il MMG, valorizzando il ruolo delle UCCP.
Con l'intento di ricollocare in maniera appropriata una parte della domanda di specialistica oggi canalizzata verso il CUP in percorsi territoriali di monitoraggio, screening e stratificazione del rischio, si prevedono le seguenti attività:

- il MMG identifica il paziente eleggibile tra i propri assistiti cronici e fragili e lo invia alla Casa della Comunità hub o alla sede di riferimento dell'AFT più prossima ed idonea in termini di dotazione strumentale e personale mediante la compilazione di una scheda di invio informatizzata;
- le eventuali visite o prestazioni di diagnostica (es. ECG, spirometria, retinografia, ecc.) saranno eseguite dal personale operante presso la Casa della Comunità hub o presso la sede di riferimento della AFT indicata sulla scorta di agende interne;
- lo specialista interviene preferibilmente a distanza per telerefertazione o teleconsulto asincrono e la visita tradizionale viene riservata ai casi che presentano reale necessità clinica;
- l'esito della prestazione viene restituito al medico del paziente, garantendo tracciabilità e sicurezza del dato all'interno della stessa piattaforma di telemedicina e tramite FSE 2.0.

Il suddetto percorso non è volto ad aggiungere nuove agende specialistiche a CUP, quanto piuttosto a costruire un filtro territoriale, definendo un percorso di assistenza primaria in senso proprio.

bebe6426

Il percorso è configurato come attività territoriale di presa in carico, monitoraggio e screening della cronicità e della fragilità, gestita dall'équipe multiprofessionale della Casa della Comunità hub o altra sede di riferimento della AFT e non come accesso diretto a visita specialistica ambulatoriale, rendendo di fatto concreta l'attività della UCCP. Solo in presenza di alterazioni clinicamente significative viene attivato il successivo accesso specialistico ordinario.
Suddetta attività può avvalersi delle potenzialità dell'apposita piattaforma regionale/aziendale di telemedicina identificando ed organizzando a livello aziendale gli standard di risposta a seconda della casistica interessata (es. risposta ad un teleconsulto entro 72 ore dalla richiesta effettuata dal medico, ecc.).

2.3.2.4 Obiettivi e target

L'attuazione del presente modello di presa in carico della cronicità e della fragilità richiede un piano di sviluppo graduale, realistico e sostenuto nel tempo, da svilupparsi nell'arco del triennio 2027-2029 con raggiungimento progressivo del target di beneficiari per ciascuna AFT così come a seguito declinato:

- primo anno: rilevazione della prevalenza delle singole patologie nella popolazione di afferenza e applicazione del PPDTA del diabete di tipo 2 ed obesità, della BPCO e dello scompenso cardiaco supportata da correlata formazione, con arruolamento del 25% della prevalenza, garantendo il mantenimento qualora il target sia già stato raggiunto;
- secondo anno: applicazione del PPDTA del diabete di tipo 2 ed obesità, della BPCO e dello scompenso cardiaco con arruolamento del 40% della prevalenza, garantendo il mantenimento qualora il target sia già stato raggiunto;
- terzo anno: applicazione del PPDTA del diabete di tipo 2 ed obesità, della BPCO e dello scompenso cardiaco con arruolamento del 60% della prevalenza garantendo il mantenimento qualora il target sia già stato raggiunto.

La prevalenza viene calcolata dalla Regione per ogni AFT al 1 gennaio di ogni anno.

Nel corso del triennio sarà, inoltre, attuato il progetto fragilità che prevede le seguenti azioni:

- stratificazione della popolazione fragile da parte di ciascun MMG sulla base di algoritmi validati in letteratura e già integrati nei gestionali in uso ai MMG;
- selezione dei soggetti fragili con valutazione specifica dei bisogni, tra cui l'eventuale attivazione di percorsi di domiciliarità;
- eventuale invio della coorte selezionata alla Casa della Comunità hub di riferimento prioritariamente o, in subordine, alla sede di riferimento di AFT più prossima qualora adeguatamente organizzata per le attività conseguenti (es. visita con nutrizionista, fisioterapista, psicologo, ecc.). L'invio non richiede impegnativa ma avverrà sulla scorta di agende interne alla Casa della Comunità hub o alla sede di riferimento di AFT individuata e gestite dal personale amministrativo su indicazione del medico.

bebe6426

Rappresentano, pertanto, obiettivi da concordarsi in sede di delegazione trattante aziendale ai sensi dell'art. 15 comma 4 dell'ACN, da declinarsi per ciascuna AFT tenendo conto della situazione corrente:

a) Obiettivi sulla gestione della cronicità e fragilità

Rispetto dei PPDTA prevalenti – indicatori di processo (es. percentuale di diabetici che effettuano la HbA1c ogni sei mesi; tasso di accesso alla specialistica ambulatoriale in pazienti con esenzione per diabete, aderenza alla terapia medica dei pazienti con BPCO) e indicatori di esito (es. percentuale di pazienti diabetici con colesterolo LDL in target).

Presa in carico della fragilità (es. numero di pazienti valutati secondo l'algoritmo per l'individuazione del profilo di fragilità, numero di pazienti fragili presi in carico con percorso della Casa della Comunità hub, ecc.).

b) Obiettivi di appropriatezza

Valutazione della copertura assistenziale dell'AFT (es. numero di accessi in Casa della Comunità per bisogni non differibili di pazienti appartenenti ad altra AFT nella fascia 8.00-20.00 dei giorni feriali).

Valutazione accessi al Pronto Soccorso (es. proporzione di pazienti che accedono al PS con bisogni semplici ossia che non richiedono consulenze specialistiche o esami diagnostici, da valutarsi nella fascia oraria dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì, ecc.).

Spesa farmaceutica procapite pesata, consumo di antibiotici negli adulti (es. DDD antibiotici erogate (ATC J01) su popolazione con età superiore ai 14 anni x 365 anno di riferimento), consumo di farmaci sentinella/traccianti (es. rapporto tra consumo di inibitori di pompa in DDD e popolazione residente per fasce di età), revisione della terapia negli assisiti over 75anni in politerapia.

Prescrizioni di visite e diagnostica (escluse prestazioni di laboratorio e fisioterapia) per assistito rispetto al valore della mediana aziendale dell'anno precedente, valutando separatamente le prestazioni cosiddette "suggerite" (contrassegnate con S).

c) Obiettivi di prevenzione

Copertura vaccinazione antiinfluenzale, pneumococcica e herpes zoster.

Aderenza ad uno o più screening oncologici.

Gli obiettivi di cui sopra con i relativi indicatori e valori soglia saranno concordati a livello aziendale in considerazione delle situazioni di partenza di ciascuna AFT e potranno prevedere target progressivi di raggiungimento parziale o totale nell'arco del triennio.

2.3.2.5 Budget di AFT

A decorrere dal 1/1/2027 la quota di compenso variabile, derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico (c.d. "Fondo del governo clinico"), di cui all'art. 47, comma 2, lett. B, I), dell'ACN, pari complessivamente ad euro 6,64 annui per assistito

bebe6426

(composto da euro 4,74 e euro 1,90), è destinata all'attuazione del modello di presa in carico dei cronici e fragili da parte dell'AFT.
L'ammontare del Fondo di cui all'art. 47, quota B, I), dell'ACN vigente è determinato annualmente da ciascuna Azienda ULSS con riferimento alla data del 15 gennaio di ciascun anno ed è costituito moltiplicando il valore unitario pari a euro 6,64 per la somma degli assistiti in carico, a tale data, ai medici afferenti alla medesima AFT nonché degli assistiti privi di medico afferenti al bacino della AFT stessa.
Confluiscono inoltre nel budget di AFT anche euro 1,32 anno per assistito di cui all'art. 47, quota B, IV), dell'ACN vigente, oltre alle quote a) e b) dei cosiddetti patti aziendali (ex AIR 2005) pari a euro 4,45/assistito/anno.

Il compenso complessivo annuale disponibile per premiare il raggiungimento degli obiettivi assomma a euro 12,41 assistito in carico. Detto emolumento viene così ripartito:

a) Obiettivi sulla gestione della cronicità e fragilità pari a 40% (pari a euro 4,964/assistito in carico),
b) Obiettivi di appropriatezza pari a 40% (pari a euro 4,964 /assistito in carico),
c) Obiettivi di prevenzione a 20% (pari a euro 2,482/assistito in carico).

Pertanto, nell'ambito degli obiettivi prioritari previsti dal presente AIR ciascuna Azienda ULSS, definisce il proprio Accordo Attuativo Aziendale, individuando indicatori e valori soglia degli obiettivi da assegnare alle singole AFT, entro ottobre dell'anno precedente alla attuazione degli obiettivi annuali. In prima applicazione del presente AIR (ossia per il primo anno) gli obiettivi decorrono dalla data della loro definizione e comunque dovranno essere definiti entro il 30 giugno.
Per promuovere il lavoro di equipe e la collaborazione tra MMG all'interno della AFT, gli incentivi dovuti per il raggiungimento degli obiettivi dovranno essere collegati per il 70% alla valutazione del risultato individuale del singolo medico e per il rimanente 30% al risultato complessivo ottenuto dall'AFT di appartenenza riferito ad ogni singolo obiettivo. Tuttavia il 30% relativo al raggiungimento degli obiettivi da parte dell'AFT nel suo complesso spetta soltanto a quei medici che abbiano raggiunto gli obiettivi individualmente.
I suddetti incentivi saranno liquidati in due tranche: un acconto pari al 40% in corso d'anno e il saldo pari al 60% entro il 30 giugno dell'anno successivo in esito alla valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi stessi. Ogni Azienda ULSS provvede al monitoraggio degli obiettivi tramite il calcolo degli indicatori e la messa a disposizione della necessaria reportistica ai Referenti di AFT.

2.3.3 Standard di personale

La garanzia degli standard di accessibilità organizzata e l'attuazione del modello di presa in carico della cronicità e della fragilità richiedono il seguente standard di personale amministrativo e infermieristico da assegnarsi alla AFT e attribuito a ciascun MMG in rapporto ai propri assistiti in

bebe6426

carico, da acquisirsi secondo un piano progressivo nell'arco del triennio 2027-2029, al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi indicati nel presente AIR.

2.3.3.1 Collaboratori di studio

Per garantire le seguenti attività di supporto:

- accoglimento delle richieste nella fascia dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 del prefestivo infrasettimanale, secondo l'articolazione oraria indicata nella specifica Carta dei Servizi,
- presenza fisica di almeno un operatore presso la sede di riferimento per la durata dello standard di accessibilità adottato (h12 o h8); per il medico singolo: prestazione del servizio per le ore settimanali previste,
- registrazione degli appuntamenti in agende dedicate,
- attività front office di informazione all'utente,
- supporto alla prescrizione ed alla tenuta della scheda individuale informatizzata,
- chiamata attiva per applicazione PPDTA e progetto fragilità,
- gestione delle prenotazioni a CUP e in agende dedicate su indicazione del medico,

lo standard di riferimento a regime per tutta l'AFT è così declinato:

a) standard per medico singolo o per accessibilità organizzata h8:
   8h/settimana/fino al massimale di 1.200;
   14h/settimana/ dai 1.200 ai 1.500 di massimale;
   17h/settimana/ oltre i 1.500 di massimale;
   per un importo di 10,00 euro/assistito in carico/anno corrisposto mensilmente,
b) standard per accessibilità organizzata h12:
   16h/settimana/fino al massimale di 1.200;
   20h/settimana/ dai 1.200 ai 1.500 di massimale;
   24h/settimana/ oltre i 1.500 di massimale;
   per un importo di 15,00 euro/assistito in carico/anno corrisposto mensilmente.

2.3.3.2 Personale infermieristico

L'infermiere svolge un ruolo cruciale nella valutazione infermieristica, nell'educazione del paziente e del caregiver, nel monitoraggio dei parametri clinici e nel follow-up programmato, nonché nel supporto all'erogazione di specifiche prestazioni (es. medicazioni).

Per garantire le seguenti attività:

- collaborazione alla presa in carico dei pazienti secondo i PPDTA e progetto fragilità,
- attività professionali ambulatoriali, di consulenza e di educazione sanitaria e terapeutica (es. counseling, rilevazione parametri, esecuzione esami strumentali, ecc.),
- attività di front office sanitario (anche telefonico), gestione della documentazione e dei materiali sanitari,

bebe6426

- gestione domiciliare pazienti cronici e fragili (esclusi i pazienti in ADI),
- attivazione ore di "ambulatorio della cronicità" presso gli studi periferici (tale organizzazione è consentita solo per particolari contesti orografici e su espressa autorizzazione dell'Azienda ULSS),

lo standard di riferimento a regime per tutta l'AFT è così declinato:

a) standard per ogni medico:
   4h/settimana/fino al massimale di 1.200;
   7h/settimana/ dai 1.200 ai 1.500 di massimale;
   8h/settimana/ oltre i 1.500 di massimale;
   per un importo di 6,00 euro/assistito in carico/anno corrisposto mensilmente.

Esclusivamente con riferimento all'adesione allo standard di accessibilità organizzata h12 è possibile per il medico richiedere la seguente combinazione:
standard per accessibilità organizzata h12 – personale amministrativo:
   14h/settimana/fino al massimale di 1.200;
   17h/settimana/ dai 1.200 ai 1.500 di massimale;
   21h/settimana/ oltre i 1.500 di massimale;
   per un importo di 13,00 euro/assistito in carico/anno corrisposto mensilmente.
standard – personale infermieristico:
   5h/settimana/fino al massimale di 1.200;
   9h/settimana/ dai 1.200 ai 1.500 di massimale;
   11h/settimana/ oltre i 1.500 di massimale;
   per un importo di 8,00 euro/assistito in carico/anno corrisposto mensilmente.

Le indennità di cui sopra saranno riconosciute a seguito di presentazione del contratto di assunzione o della documentazione attestante l'acquisizione del servizio, con decorrenza dal mese di inizio del contratto purchè la documentazione sia presentata entro il 15 del mese successivo alla sottoscrizione dello stesso, fatta salva decorrenza successiva stabilita nello stesso.
La disponibilità di personale amministrativo ed infermieristico per ciascuna AFT andrà valutata tenendo conto anche della presenza amministrativa ed infermieristica presso le Case della Comunità hub o delle risorse direttamente messe a disposizione dalle Aziende ULSS qualora espressamente finalizzate all'attività della AFT.
Più precisamente il personale della Casa della Comunità hub destinato esclusivamente alle funzioni proprie della AFT concorre al computo degli standard di AFT, di cui al presente AIR, previo assenso da parte dei medici interessati. In tal caso ne consegue che il personale, sia esso direttamente afferente al singolo medico che all'Azienda ULSS, concorrerà al computo dello standard sopra definito ed opererà nell'ambito dei servizi dedicati alla accessibilità ed alla presa in carico della cronicità e della fragilità della AFT secondo quanto previsto nel presente AIR.

bebe6426

Il Referente di AFT dovrà assicurare l'ottimizzazione della gestione delle risorse assegnate alla AFT nel loro complesso, essendo queste ultime a beneficio di tutti gli assistiti della AFT.

2.3.4 Risorse della Comunità

Per la piena realizzazione del presente modello diventa essenziale l'integrazione con le risorse della Comunità locale favorendo un'interfaccia tra il lavoro dei professionisti sanitari e tutte le attività non sanitarie rilevanti nella produzione e promozione della salute e nell'assistenza (es. terzo settore, gruppi di auto aiuto, palestre della salute e piscine, gruppi di cammino, iniziative mirate alla promozione di stili di vita salutari, amministrazioni comunali e servizi sociali).
Per questo motivo le AFT collaboreranno alla promozione delle attività nella Comunità.
Le Aziende ULSS si impegnano, direttamente o tramite i Comuni o gli Ambiti Territoriali Sociali, ad agevolare l'individuazione di sedi di riferimento su richiesta dei medici per il tramite del Referente di AFT.

2.4 UCCP e Coordinatore di UCCP

Nel presente modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale le Case della Comunità hub rappresentano anche le sedi di UCCP ed operano in continuità con le AFT della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale interna/professionisti, che vi afferiscono, grazie alla composizione multiprofessionale ed alla capacità di rispondere in modo efficace ai bisogni di salute complessi.
La UCCP si avvale, secondo i bisogni, di MMG, pediatri, specialisti, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi, nutrizionisti, farmacisti, ostetriche, tecnici della riabilitazione, siano essi dipendenti e/o convenzionati; assicura l'assistenza integrata ai pazienti cronici e complessi, programma le attività con il Distretto sociosanitario e promuove audit, formazione e ricerca.
Fermo restando quanto direttamente disciplinato dall'ACN, qualora l'Azienda ULSS individui il Coordinatore di UCCP tra uno dei MMG, si applica quanto previsto dall'art. 10 dell'ACN vigente.
In ogni caso il Coordinatore di UCCP è individuato dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS previo avviso pubblico e valutazione comparativa dei curricula. Ha un incarico di durata triennale eventualmente rinnovabile secondo i criteri previsti nell'avviso stesso.
Al Coordinatore di UCCP spetta la quota aggiuntiva annua di compenso pari a 0,14 euro per assistito computato al 31/12 dell'anno precedente sulla base del numero di assistiti di ciascuna UCCP, i cui oneri sono finanziati in ciascuna Azienda ULSS attraverso la quota assegnata ai sensi dell'art. 47, comma 2 lett. B punto II dell'ACN.
Il 70% del compenso viene corrisposto in quota fissa mensile per l'espletamento delle specifiche funzioni dettagliate nell'avviso e il restante 30% in quota variabile, legata al grado di realizzazione degli obiettivi annuali declinati da ciascuna Azienda ULSS per ogni specifica UCCP.

bebe6426

Qualora l'Azienda ULSS decida di non individuare il Coordinatore dell'UCCP tra uno dei MMG, le risorse relative al compenso rimangono a disposizione della quota assegnata ai sensi dell'art. 47 comma 2 lett. B punto II dell'ACN per la copertura della remunerazione dei Referenti di AFT e degli standard di AFT.
Il ruolo di Coordinatore di UCCP non è compatibile con il ruolo di Referente AFT.

3. ATTIVITÀ A QUOTA ORARIA

L'attività a quota oraria è programmata a livello distrettuale, nell'ambito delle AFT, in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione, alle caratteristiche demografiche e territoriali, alla presenza delle strutture della rete territoriale ed alle esigenze organizzative individuate dalla programmazione aziendale.
Essa si articola nelle seguenti tipologie:

a) ambulatorio diurno feriale presso le Case della Comunità;
b) servizio di Continuità Assistenziale;
c) servizio di Continuità Assistenziale Diurna (CAD).
d) supporto medico all'attività della Centrale Operativa 116117.

L'organizzazione è improntata ai principi di prossimità, continuità ed equa distribuzione dei carichi di lavoro, salvaguardando prioritariamente il rapporto funzionale del medico con la propria AFT e con la Casa della Comunità di riferimento.
Presso ogni Azienda ULSS i dati relativi all'attività svolta nei diversi setting (volumi, modalità di accesso, carichi assistenziali, criticità organizzative) sono oggetto di esame, con cadenza almeno semestrale, in sede di Comitato Aziendale, ai fini di individuare azioni di miglioramento.

3.1 Ambulatorio diurno feriale presso le Case della Comunità

L'ambulatorio diurno feriale è finalizzato in primis a valutare e gestire le problematiche prioritarie e non differibili, su segnalazione della Centrale Operativa 116117 ovvero mediante accesso diretto previamente orientato dal PUA del bacino di riferimento della Casa della Comunità.
Assicura, infatti, previo contatto con la Centrale Operativa 116117 o previo specifico orientamento da parte del PUA, la risposta ai bisogni sanitari prioritari e non differibili insorti al di fuori dell'orario di attività del medico curante o dello standard di accessibilità cui questi fa riferimento, concorrendo alla copertura prevista dal DM n.77/2022. Assicura pertanto la risposta a bisogni prioritari e non differibili a tutti gli assistiti del bacino di popolazione afferente alla Casa della Comunità, ivi compresi i cittadini temporaneamente presenti e non residenti. L'ambulatorio diurno feriale non eroga assistenza primaria ordinaria agli assistibili privi di scelta che sono opportunamente in carico alla CAD, ma ne garantisce le prestazioni non differibili.

bebe6426

Più in dettaglio il medico:

- valuta e gestisce le problematiche prioritarie e non differibili, su segnalazione della Centrale Operativa 116117 ovvero mediante accesso diretto previamente orientato dal PUA;
- provvede tempestivamente al ricontatto dell'assistito e, ove la problematica non sia gestibile a distanza e non richieda l'intervento del 118 o l'accesso al Pronto Soccorso, dispone la valutazione ambulatoriale presso la Casa della Comunità ovvero il rinvio al medico curante;
- assume la responsabilità professionale della gestione del caso a decorrere dalla effettiva presa in carico della richiesta; restano in capo alla Centrale Operativa 116117 o dal PUA per quanto di competenza la raccolta delle informazioni, la classificazione e l'attribuzione della priorità.

Il medico ha facoltà di esprimere, per ciascuna richiesta, un giudizio sull'appropriatezza della priorità attribuita e dell'indirizzamento. Le segnalazioni di inappropriatezza concorrono al miglioramento del sistema di filtro e vengono discusse periodicamente in sede di comitato aziendale ai fini del miglioramento del sistema.
Nell'attività non sono comprese le prestazioni domiciliari e le constatazioni di decesso, che afferiscono ad altre articolazioni dell'attività oraria.

L'ambulatorio diurno feriale integra, inoltre, l'assistenza fiduciaria del MMG mediante percorsi dedicati alla presa in carico della cronicità ed è diretto a tutti gli assistiti delle AFT collegate funzionalmente alla Casa della Comunità hub. Il medico partecipa ai PPDTA, al monitoraggio dei PAI e dei Piano Riabilitativo Individuale (PRI), alle riunioni di équipe multiprofessionale, alla valutazione dei casi complessi e agli audit; utilizza la diagnostica di primo livello disponibile, secondo le competenze possedute e previa specifica formazione ove richiesta; collabora con l'infermiere di famiglia e la Centrale Operativa Territoriale nella presa in carico dei pazienti cronici, fragili e dimessi; partecipa alle campagne vaccinali e alle attività di medicina di iniziativa. Le funzioni svolte non devono determinare duplicazioni rispetto a quanto già garantito dal medico curante e, ove clinicamente pertinente, producono un esito accessibile a quest'ultimo.

L'ambulatorio diurno feriale è attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 20.00, per turni di durata non inferiore a quattro ore; restano escluse le fasce di competenza della Continuità Assistenziale.
All'ambulatorio diurno feriale si applicano i principi e le misure di sicurezza previsti per il servizio di Continuità Assistenziale come previsti al successivo paragrafo 3.2.

Qualora la Casa della Comunità hub non sia già coperta con uno standard di accessibilità organizzata e quindi debba essere attivato l'ambulatorio diurno feriale, tra i medici che svolgono attività oraria diurna presso la Casa della Comunità è individuato un coordinatore dell'attività oraria diurna, eletto a maggioranza dagli stessi. Al Coordinatore dell'attività oraria diurna spetta l'articolazione dei turni in raccordo con il Distretto sociosanitario e sentiti i medici interessati, assicurando un'equa distribuzione. La sostituzione dei medici assenti è assicurata prioritariamente dai medici delle AFT

bebe6426

afferenti alla medesima Casa della Comunità che svolgono o possono svolgere attività aggiuntiva oraria nella struttura e, in subordine, dagli altri medici che svolgono attività oraria nell'Azienda ULSS. Al Coordinatore spetta un compenso pari a euro 400,00 mensili.
Il ruolo di Coordinatore dell'attività oraria diurna non è compatibile con il ruolo di Referente di AFT.

3.2 Servizio di Continuità Assistenziale

Il servizio di Continuità Assistenziale (CA) è parte integrante della Casa della Comunità e garantisce la risposta ai bisogni sanitari non differibili della popolazione nelle fasce orarie non coperte dall'attività fiduciaria del MMG e del PLS, e precisamente:

- nelle giornate feriali, dalle ore 20.00 alle ore 8.00 del giorno successivo;
- il sabato e festivi, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e nei giorni prefestivi infrasettimanali dalle ore 12.00 alle ore 20.00 e nella successiva fascia notturna;
- in particolari giornate secondo necessità espresse dall'Azienda ULSS.

La determinazione dell'organico assume quale parametro di riferimento il rapporto di un medico ogni 6.500 abitanti, tenuto conto in particolare delle caratteristiche orografiche del territorio, della dispersione abitativa, dei tempi di percorrenza e dei volumi di attività.
Le sedi del servizio sono collocate prioritariamente all'interno delle Case della Comunità hub; il mantenimento di sedi esterne deve essere motivato da specifiche esigenze assistenziali o territoriali, con particolare riferimento alle aree montane, rurali o disagiate.
Nella fascia oraria compresa tra le ore 24.00 e le ore 8.00 del giorno successivo, la Centrale Operativa 116117 costituisce la modalità ordinaria ed esclusiva di attivazione del servizio e non è consentito l'accesso diretto alle sedi, fatte salve le situazioni in cui l'assistito si trovi già presso la sede in condizioni tali da richiedere un'immediata valutazione sanitaria.
Il medico decide autonomamente, sulla base del quadro clinico, se gestire la richiesta mediante consulenza telefonica, valutazione ambulatoriale, visita domiciliare o attivazione del 118; ha facoltà di segnalare le criticità rilevate nell'attività di filtro e risponde della gestione sanitaria della richiesta a decorrere dalla sua effettiva presa in carico.
L'attività è organizzata in turni di dodici ore consecutive, assicurando un'equa distribuzione dei turni diurni, notturni, prefestivi e festivi tra i medici interessati. Per la copertura delle assenze improvvise è organizzato, con cadenza mensile e secondo criteri di equa rotazione, un sistema di reperibilità: il medico reperibile assicura la propria raggiungibilità telefonica da un'ora prima a mezz'ora dopo l'inizio del turno e, in caso di attivazione, raggiunge la sede entro un'ora. Per ogni turno di reperibilità della Continuità Assistenziale spetta un compenso di euro 36,15/ora, anche se il medico non viene chiamato. Se viene chiamato, le ore svolte sono pagate al compenso orario della sede. Il compenso di reperibilità spetta anche per i turni svolti nelle festività di particolare rilevanza come di seguito esplicitato.

bebe6426

Per le ore di attività effettivamente svolte nelle festività di particolare rilevanza e nelle relative fasce di seguito indicate è riconosciuta la maggiorazione di euro 10,33/ora. L'indennità si aggiunge al compenso orario e spetta anche al medico che sostituisce o che è chiamato dalla reperibilità.

Festività di particolare rilevanza	**Fascia oraria**
1 e 6 gennaio, 25 aprile, 1 maggio, 2 giugno, 15 agosto, 4 ottobre, 1 novembre, 8 dicembre	8.00–20.00
Domenica di Pasqua	8.00–24.00
Lunedì dell'Angelo	0.00–20.00
24 dicembre	20.00–24.00
25 dicembre	0.00–24.00
26 dicembre	0.00–20.00
31 dicembre	20.00–8.00 del 1 gennaio

Per ciascuna sede è individuato un Coordinatore di CA, eletto a maggioranza tra i medici che vi svolgono stabilmente attività. Il Coordinatore si impegna a:

- mantenere i rapporti tecnico organizzativi con i Direttori di distretto anche segnalando le criticità organizzative, strutturali e di sicurezza;
- segnalare la necessità di farmaci/presidi (anche per l'effettuazione delle PPIP), dell'attrezzatura e del materiale di consumo della sede di CA;
- predisporre la turnistica e gestisce le assenze e le sostituzioni con comunicazione all'Azienda ULSS in tempo utile per la loro pubblicazione;
- curare l'inserimento dei medici di nuova assegnazione, istruendo anche sulle procedure esistenti e sulla compilazione di registri di attività;
- partecipare alle attività di audit, raccogliendo proposte e suggerimenti dai medici di CA.

Le sue funzioni hanno natura organizzativa e non determinano sovraordinazione gerarchica nei confronti degli altri medici, né limitazione della loro autonomia professionale.

È previsto un compenso così articolato:

- per i medici che coordinano fino a 5 medici il compenso forfetario mensile è pari a euro 100,00
- per i medici che coordinano da 6 a 10 medici il compenso forfetario mensile è pari a euro 150,00
- per i medici che coordinano più di 10 medici il compenso forfetario mensile è pari a euro 200,00.

Eventuali integrazioni economiche potranno essere oggetto di specifica contrattazione aziendale.

Il compenso spetta all'eventuale sostituto per il periodo in cui esercita la funzione.

bebe6426

Le sedi dovranno essere munite di dispositivi o di altre modalità atte a garantire la sicurezza degli operatori ai sensi del D.lgs. 81/2008.

Si conferma la gratuità del servizio di CA reso nei confronti dei residenti nella Regione Veneto e ai domiciliati con scelta del medico nella Regione Veneto.

3.3 Servizio di Continuità Assistenziale diurna

Il servizio di Continuità Assistenziale diurna (CAD) costituisce una misura di carattere emergenziale e temporaneo, finalizzata ad assicurare l'assistenza primaria ai cittadini assistibili privi di medico curante, nelle more della copertura degli ambiti carenti o del ripristino dell'assistenza fiduciaria. Il medico incaricato assicura nei confronti della popolazione affidata le funzioni proprie del MMG a ciclo di scelta.
Il monte ore settimanale di attività ambulatoriale, domiciliare, telefonica, ecc. è determinato nella misura di un'ora ogni 40 assistibili privi di scelta medica afferenti alla AFT di riferimento, fatta salva la possibilità di adeguamento sentito il Comitato Aziendale, ed è ricalcolato con cadenza trimestrale.
Qualora il servizio sia collocato in una Casa della Comunità hub in cui opera l'ambulatorio diurno feriale, i due servizi mantengono distinte finalità, popolazione di riferimento e modalità di accesso, e lo svolgimento dell'uno non costituisce presupposto né obbligo per lo svolgimento dell'altro.
Le modalità organizzative dell'attività sono demandate a livello aziendale.

3.4 Supporto medico all'attività della Centrale Operativa 116117

Il medico operante presso la Centrale Operativa 116117 assicura il supporto clinico agli operatori nella valutazione delle richieste che necessitano di approfondimento medico, effettua la valutazione telefonica dell'assistito, ne orienta la richiesta verso il servizio territoriale appropriato, attiva il 118 in presenza di condizioni di possibile urgenza e partecipa alle attività di audit, monitoraggio e formazione.
L'attività può essere svolta presso la sede della Centrale Operativa 116117, da remoto o presso le Case della Comunità hub, purché il medico sia, per l'intera durata del turno, dedicato e immediatamente disponibile.

3.5 Pacchetti di attività a quota oraria

Al fine di assicurare una programmazione trasparente ed equilibrata, il fabbisogno orario è organizzato mediante pacchetti di attività, intesi come insiemi definiti di ore settimanali riferiti a una

bebe6426

specifica attività o sede (pacchetti omogenei) ovvero a una combinazione programmata di più attività tra loro compatibili (pacchetti misti). I pacchetti si applicano tanto alle ore dovute nell'ambito del debito orario quanto alle ore assunte su base volontaria e sono articolati in frazioni funzionali, di norma pari a quattro o sei ore settimanali, tra loro combinabili. Ciascun pacchetto indica la tipologia di attività, la sede di svolgimento, la AFT e la Casa della Comunità di riferimento e, nel caso di pacchetto misto, le ore attribuite a ciascuna tipologia.

I pacchetti sono definiti in raccordo con i Referenti di AFT e con i Coordinatori di CA e i Coordinatori dell'attività oraria diurna, rimodulabili con cadenza almeno trimestrale.

Il medico a ruolo unico con debito orario garantisce presso la Casa della Comunità almeno 12 ore settimanali del proprio debito orario (o frazioni dello stesso qualora il debito sia inferiore, ma non meno di 4 ore settimanali), nel limite del fabbisogno individuato dal Distretto sociosanitario e fino ad un massimo di 38 ore settimanali. Per il restante debito orario esprime le proprie preferenze e può manifestare, contestualmente o separatamente, la disponibilità ad assumere ulteriori ore su base volontaria.

Nell'assegnazione dei pacchetti si tiene conto del fabbisogno dell'Azienda ULSS e, nell'ordine, delle preferenze espresse dal medico, dell'appartenenza alla AFT e alla Casa della Comunità di riferimento, della prossimità territoriale, della continuità dell'attività già svolta nel medesimo setting, degli eventuali requisiti professionali e dell'equa distribuzione dei carichi. L'assegnazione ad attività situate al di fuori del proprio ambito avviene in via subordinata, ove necessaria alla copertura dei servizi ovvero su disponibilità del medico. In caso di concorrenza di più richieste per le medesime ore, l'assegnazione avviene con lo stesso ordine di priorità previsto al paragrafo 3.6.

Attività	**Compenso orario**
Ambulatori diurni feriale presso le Case della Comunità (rif. paragrafo 3.1)	euro 25,10 + euro 0,26+ euro 13,62 + euro 11,02 su obiettivi
Attività di CA presso le sedi collocate entro la Casa della Comunità (rif. paragrafo 3.2)	euro 25,10 + euro 0,26+ euro 13,62 + euro 1,14 su obiettivi
Attività di CA presso le sedi non collocate entro la Casa della Comunità (rif. paragrafo 3.2)	euro 25,10 + euro 0,26 + euro 1,14 su obiettivi
Attività di CAD (rif. paragrafo 3.3)	euro 25,10 + euro 14,90
Attività presso la Centrale Operativa 116117 (rif. paragrafo 3.4)	euro 25,10 + euro 14,90

Gli incrementi di cui alla tabella precedente sono riconosciuti a fronte di progettualità e attività aggiuntive rispetto all'ACN, definite negli Accordi Attuativi Aziendali.

bebe6426

I compensi sono riconosciuti a tutti i medici che svolgono le medesime attività a quota oraria, siano essi titolari di incarico a tempo indeterminato o determinato.
Nei casi previsti, qualora l'Azienda ULSS non fornisca l'automezzo di servizio, al medico spetta l'equivalente di un litro di benzina verde per ogni ora di turno e la copertura assicurativa dell'auto a carico dell'Azienda ai sensi dell'art. 47 comma 8 dell'ACN vigente.

3.6 Copertura del fabbisogno orario nelle Case della Comunità

Al fine di assicurare la piena funzionalità delle Case della Comunità, fatto salvo tutto quanto definito al paragrafo 2.3 relativamente agli standard di AFT, l'eventuale fabbisogno orario residuo è coperto secondo il seguente ordine:

a) debito orario dovuto dai medici del ruolo unico, con precedenza ai medici delle AFT afferenti alla Casa della Comunità interessata;
b) medici del ruolo unico con incarico a tempo indeterminato conferito dal 1/01/2025, disponibili ad effettuare ore aggiuntive rispetto al proprio debito orario;
c) acquisizione di disponibilità volontarie allo svolgimento di almeno quattro ore aggiuntive da parte di medici titolari di incarichi ad attività oraria. L'adesione è revocabile con un preavviso di almeno 60 giorni;
d) acquisizione di disponibilità volontarie allo svolgimento di almeno quattro ore aggiuntive da parte di medici titolari di incarichi a ciclo di scelta. L'adesione è revocabile con un preavviso di almeno 60 giorni;
e) acquisizione di disponibilità volontarie allo svolgimento di almeno quattro ore aggiuntive da parte di medici a tempo determinato sia a ciclo di scelta che ad attività oraria;
f) il conferimento di incarichi a tempo determinato a quota oraria per 6, 12, 24, 38 ore/settimanali ai sensi dell'art. 37 dell'ACN vigente;
g) qualora permanga un fabbisogno residuo, mediante l'applicazione dell'art. 31, comma 6, dell'ACN vigente: la ripartizione tra i medici a ciclo di scelta interessati è affidata al Referente di AFT in accordo con il Distretto sociosanitario, entro il limite di sei ore settimanali per medico, secondo criteri di territorialità, proporzionalità ed equa distribuzione.

La partecipazione volontaria dei medici già titolari di incarico a tempo indeterminato a ciclo di scelta o ad attività oraria non determina il passaggio al ruolo unico; per i medici ad attività oraria, le ore volontariamente assunte si intendono aggiuntive rispetto all'incarico ordinario.
Nell'ambito di ciascuna categoria hanno priorità i medici appartenenti alle AFT collegate funzionalmente alla Casa della Comunità interessata; a parità di categoria e di appartenenza territoriale, prevale l'anzianità complessiva di convenzionamento nell'Azienda ULSS interessata.

bebe6426

Al fine di garantire un'equa distribuzione delle opportunità, ulteriori ore sono attribuite al medesimo medico soltanto dopo che ciascun avente diritto, di pari o superiore priorità, abbia ricevuto una prima assegnazione.
L'attribuzione delle ore volontarie non modifica il debito orario ordinario del medico.

3.7 Assistenza nelle località turistiche

Nelle località turistiche individuate dall'Azienda ULSS e limitatamente ai periodi stagionali, qualora l'attività non sia già garantita adeguatamente nella Casa della Comunità di riferimento, l'assistenza sanitaria di base ai non residenti nella località interessata è affidata prioritariamente, su base volontaria, ai medici ad attività oraria e, in subordine, ai medici a ciclo di scelta operanti nelle località interessate.
Al medico ad attività oraria spetta il compenso orario pari a 40,00 euro, oltre al riconoscimento di eventuali compensi previsti ex Accordi vigenti per le PPIP.
Al medico che espleta il servizio, sia ad attività oraria che a ciclo di scelta, spetta l'80% delle tariffe a carico del turista. Le tariffe sono così definite: 25,00 euro per la visita ambulatoriale, 40,00 euro per la visita domiciliare, 5,00 euro per atti medici ripetitivi.

4. RAPPORTO CONVENZIONALE

4.1 Medici a ruolo unico con incarico conferito dopo il 1/01/2025

A partire dall'anno 2025 tutti i nuovi incarichi (a tempo indeterminato e temporanei) sono assegnati a ruolo unico, con obbligo per il medico di svolgere un numero di ore di attività commisurate al numero di scelte per un massimo di 38 ore di debito settimanali fino a 400 scelte, a decrescere progressivamente secondo quanto previsto dall'art. 38 comma 1 dell'ACN vigente.
La quantificazione del debito orario viene assegnata dal Distretto sociosanitario di afferenza al medico entro i tre mesi successivi alla data di apertura dell'ambulatorio per l'attività di scelta e comunicato al rispettivo Referente di AFT. Il debito orario è svolto di norma nel territorio della AFT di appartenenza ovvero nelle AFT collegate funzionalmente alla medesima Casa della Comunità, in conformità a quanto stabilito nel paragrafo 3.5.
Ai fini dell'adeguamento del debito orario si applicano le seguenti disposizioni:

- la verifica del numero degli assistiti in carico è effettuata con cadenza trimestrale, al giorno 15 del mese di interesse;
- il passaggio alla nuova fascia decorre dal primo giorno del secondo mese successivo alla rilevazione;

bebe6426

- in caso di nuovo incarico, l'attività oraria decorre dal primo giorno del mese successivo all'apertura dello studio, salvo diversa volontà del medico di anticiparne l'avvio;
- in presenza di variazioni significative del numero degli assistiti intervenute nell'arco di un mese, tali da determinare il passaggio a una diversa fascia, il Distretto sociosanitario procede, su istanza del medico, a una verifica straordinaria, con eventuale modifica del debito orario dal mese successivo;
- ai fini della determinazione del debito orario sono computate tutte le scelte in carico, comprese quelle in deroga e quelle acquisite per effetto dell'innalzamento del massimale; il raggiungimento di 1.500 assistiti complessivi determina l'azzeramento del debito orario, fatta salva la facoltà del medico di aderire volontariamente alle attività a quota oraria.

L'assolvimento del debito orario avviene mediante i pacchetti di attività di cui al paragrafo 3.5 compatibilmente con le esigenze assistenziali e organizzative e delle preferenze espresse dal medico.

L'attività oraria svolta dai medici è coordinata funzionalmente e organizzativamente a livello distrettuale, sentiti i rispettivi Referenti di AFT, al fine di favorire l'accesso omogeneo ai servizi da parte della cittadinanza.
I turni sono assegnati sulla base del principio dell'equità distributiva tra tutti i medici incaricati.

4.2 Medici ad attività oraria con incarico conferito prima del 1/01/2025

I medici titolari di incarico ad attività oraria conferito entro il 31/12/2024 conservano l'incarico in essere, il relativo orario settimanale e la facoltà di estensione oraria fino ad un massimo di 38 ore/settimanali. Detti medici svolgono prioritariamente la propria attività nel servizio di CA; è tuttavia fatta salva la facoltà di aderire volontariamente ad ulteriori pacchetti di attività così come disciplinati nel paragrafo 3.5.

4.3 Rapporto ottimale e carenza assistenziale

In considerazione del fatto che l'assetto organizzativo dell'assistenza primaria e l'attuazione del ruolo unico di assistenza primaria 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, le parti concordano di applicare il parametro di un medico ogni 1.400 residenti o frazione di 1.400 superiore al 50%, calcolato secondo quanto previsto dall'Allegato 7 dell'ACN vigente, prevedendo la possibilità di valutare progressivamente l'impatto che la nuova modulazione tra le attività a ciclo di scelta e attività oraria comporta sul modello organizzativo previsto dal presente AIR.
Le pubblicazioni delle zone carenti saranno gestite differenziando il fabbisogno a copertura del ciclo di scelta dal fabbisogno ad attività oraria.

bebe6426

4.4 Zone disagiate

Le zone disagiate sono individuate dall'Azienda ULSS previo parere del Comitato Aziendale e comunicate alla struttura regionale competente; esse non possono superare un terzo delle sedi attive al 31 dicembre dell'anno precedente, fatta eccezione per le sedi di CA delle province di Belluno e Rovigo, in ragione delle relative caratteristiche oro geografiche.
Ai sensi dell'art. 47 comma 2 lett. E dell'ACN vigente, viene riconosciuta un'indennità pari a 6,20 euro/assistito della zona/anno ai medici che hanno lo studio principale o periferico in zona disagiata. Per le zone dichiarate disagiatissime al compenso di cui sopra si aggiunge la quota forfetaria annua di euro 7.746,85 divisibile in dodicesimi.
Le Aziende ULSS possono individuare come "temporaneamente" disagiate le zone carenti per le quali non sia stato possibile assegnare un incarico provvisorio per carenza di medici disponibili da almeno due anni. Ai medici che accettano l'incarico provvisorio in tali zone viene corrisposta un'indennità temporanea pari a 6,20 euro/assistito/anno fino all'inserimento di un nuovo medico a tempo indeterminato.
Relativamente all'attività a quota oraria nelle zone dichiarate disagiate il compenso orario aggiuntivo è fissato a 14,90 euro/ora. Tale importo si somma alla quota oraria ordinaria prevista dall'art. 47, comma 3, lettera A dell'ACN vigente, comunque nel limite complessivo di 40,00 euro/ora.
I medici a ruolo unico con debito orario operanti in zone disagiate e disagiatissime possono, a domanda, autolimitare l'attività a quota oraria con una garanzia minima di sei ore, dal momento che gestiscono più studi ed effettuano visite domiciliari in località a lunga percorrenza.

4.5 Concessione degli studi medici

Al fine di supportare l'attività assistenziale dei medici nelle AFT e garantire la capillarità degli studi, le Aziende ULSS possono mettere a disposizione eventuali studi medici di proprietà aziendale, prevedendo un ristoro delle spese da parte del medico interessato.
Qualora il medico mantenga o apra il proprio studio periferico, l'utilizzo della sede di riferimento di AFT messa a disposizione dall'Azienda ULSS, nella fattispecie presso la Casa della Comunità hub o altra sede aziendale, sarà a titolo gratuito previa autorizzazione aziendale. Qualora il medico trasferisca tutta la propria attività presso la sede di riferimento della AFT concorderà con l'Azienda ULSS un equo canone di utilizzo dei locali.
Nel caso in cui la sede di riferimento in cui opera il medico non coincida con una Casa della Comunità hub ma sia comunque di proprietà dell'Azienda ULSS, l'utilizzo dei locali è a titolo gratuito per il medico che si impegni a svolgere un minimo di quattro ore/settimana aggiuntive presso la Casa della Comunità hub collegata funzionalmente alla AFT. Nessun ulteriore compenso è dovuto al medico stesso per lo svolgimento delle suddette ore.



4.6 Supporti e tutele alla genitorialità

Nell'ottica di garantire massima tutela e sostegno ai medici sono riconosciute, per quanto compatibili con il rapporto convenzionale con il SSN e con la normativa vigente, tutte le tutele in materia di genitorialità e accudimento previste dall'ordinamento.
I medici in gravidanza o che si trovino nelle condizioni di cui all'art. 22 comma 3 dell'ACN vigente, ivi compresi i medici padri o affidatari di minori per un massimo di dodici mesi dalla nascita, dall'adozione o dall'affido, possono chiedere di lavorare al 60% in ambulatorio e l'altro 40% al proprio domicilio con modalità di reperibilità domiciliare e con eventuale utilizzo di strumenti di telemedicina, previa attivazione delle funzionalità tecnico-organizzative previste a livello aziendale sull'apposita piattaforma regionale. Le modalità di accesso/contatto devono essere rese note agli assistiti.
I medici in stato di gravidanza, fin dall'inizio della stessa, e in allattamento fino al settimo mese, nell'ambito delle attività a quota oraria possono chiedere di essere ricollocati in funzioni nelle quali non siano esposti a rischio biologico/infettivo, privilegiando le attività a supporto del Centrale Operativa 116117 o l'utilizzo di strumenti di telemedicina.

In caso di gravidanza (sospensione totale dal servizio), qualora il medico non riesca a trovare un sostituto, l'Azienda ULSS può assicurare l'assistenza ai pazienti mediante il servizio di CAD di cui al paragrafo 3.3. I pazienti restano in carico al medico titolare, al quale si applicano le decurtazioni previste per l'ordinaria sostituzione dall'articolo 36 dell'ACN.
Per il medico a ruolo unico con scelte e debito orario la sospensione parziale di cui all'art. 22 dell'ACN può essere garantita solo attraverso l'attività a ciclo di scelta o solo garantendo il debito orario. Nel secondo caso rimane a carico del medico il compenso del sostituto per l'attività a ciclo di scelta.

4.7 Formazione continua (ECM)

La riorganizzazione dell'assistenza primaria ed il modello organizzativo definito dal presente AIR richiedono un investimento costante e strutturato nello sviluppo professionale del medico. Le competenze necessarie per gestire la cronicità, la fragilità, le transizioni critiche e le cure palliative primarie evolvono nel tempo e devono essere sostenute da programmi di formazione continua e audit periodici.
La formazione deve avvalersi di metodologie didattiche innovative ed avanzate, quali la formazione sul campo, le simulazioni cliniche, la didattica digitale, la formazione blended e i laboratori di competenze relazionali. La relazione di cura rimane una competenza clinica fondamentale, che deve essere insegnata, praticata e costantemente aggiornata.

bebe6426

L'audit periodico rappresenta, inoltre, uno strumento prezioso per valutare la qualità dei percorsi di cura, identificare criticità, aggiornare protocolli, fare emergere bisogni formativi e monitorare gli esiti clinici. Esso costituisce un motore di apprendimento e di evoluzione professionale.

Nella Regione Veneto la formazione continua, prevista ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con la medicina generale, è organizzata e gestita dalla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica (FSSP). Nell'ambito della stessa FSSP, la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale ha assunto nel corso degli anni un carattere istituzionale: si ritiene pertanto opportuno un coinvolgimento diretto ed attivo della Scuola anche nella formazione continua di tutti i medici, a supporto della definizione di percorsi formativi derivati dagli audit, sostenendo le competenze digitali e tecnologiche, formando alla gestione della cronicità e della fragilità ed aggiornando le competenze relazionali.
In quest'ottica entro il 31 marzo di ogni anno, la FSSP pubblicherà sul proprio sito gli eventi ECM previsti nell'anno a favore dei MMG, individuati sulla base dei fabbisogni formativi espressi dal Comitato regionale per la medicina generale su proposta della Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale e coerenti con gli atti di programmazione regionali e con i contenuti del presente AIR. Per tali percorsi formativi sarà previsto il coinvolgimento degli MMG come docenti.
Nella definizione del piano formativo dovrà essere data priorità ai seguenti temi:

- competenze manageriali e di coordinamento al fine di supportare e valorizzare il ruolo di Referente di AFT e di Coordinatore di UCCP;
- competenze di lavoro in team multiprofessionali al fine di attuare le UCCP;
- sviluppo di competenze sulla gestione dei pazienti cronici e fragili, con formazione specifica relativamente all'applicazione dei PPDTA ed al modello organizzativo di presa in carico definito nel presente AIR;
- competenze specifiche per l'utilizzo delle apparecchiature per la diagnostica di primo livello;
- utilizzo della telemedicina con particolare riferimento alla televisita, teleconsulto e telemonitoraggio.

Ferme restando le indicazioni di cui all'art. 26 dell'ACN vigente, il debito formativo annuale può essere soddisfatto per almeno il 50% con la partecipazione ad iniziative promosse dalla Regione o comprese nel piano per la formazione continua della FSSP.
La frequenza della formazione obbligatoria, compresa quella prevista dal presente AIR per l'utilizzo della strumentazione diagnostica di primo livello e della telemedicina, rientra tra i compiti retribuiti e dà diritto alla sostituzione del medico in formazione a carico dell'Azienda ULSS o all'attivazione del servizio di continuità assistenziale nel caso di partecipazione allo stesso evento formativo di più medici operanti nel medesimo ambito.
Al fine di facilitare la fruizione dei percorsi formativi e di valorizzare le peculiarità locali, le Case della Comunità possono rappresentare poli formativi sul campo ospitando laboratori e spazi di didattica.

bebe6426

4.8 Connessioni informative e innovazione digitale

Nel nuovo contesto organizzativo di AFT i medici devono essere 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.
Inoltre a fronte dei seguenti impegni:

- compilazione del Patient Summary;
- alimentazione del SIAP istituito con DM del 4/08/2025;
- alimentazione del flusso ACN che consente, tra l'altro, di rendicontare l'attività evitando l'uso del cartaceo;
- alimentazione del flusso regionale delle vaccinazioni

viene riconosciuta l'indennità forfettaria mensile pari a 230,00 euro/mese.

5. FONDO FATTORI PRODUTTIVI

Ai sensi dell'art. 47, comma 2, lett. D dell'ACN vigente il Fondo dei fattori produttivi è istituito da ciascuna Azienda ULSS e ricomprende le seguenti voci:
A. compensi per attività associativa;
B. indennità per la funzione informativo-informatica;
C. indennità collaboratore di studio e personale infermieristico.
Nello specifico il Fondo è istituito con le risorse dell'art. 47, comma 2, lett. D, punti I) e II), dell'ACN, ed è composto:

dalle quote nazionali:

ex indennità di forma associativa pari a 2,58 euro/assistito per associazione, 4,70 euro/assistito per la rete e 7,00 euro/assistito per ex forme associative (medicine di gruppo e medicine di gruppo integrate);

ex indennità informatica 77,47 euro/mese;

ex indennità di personale pari a 3,50 euro/assistito per collaboratore di studio e 4,00 euro assistito per personale infermieristico;

dalle quote aggiuntive regionali:

ex indennità di forma associativa pari a 3,10 euro/assistito per ex forme associative (medicine di gruppo e medicine di gruppo integrate);

ex indennità informatica 152,53 euro/mese;

ex indennità di personale pari a 2,00 euro/assistito per collaboratore di studio con massimale a 1.800 e rimborsi per le forme associative pregresse (medicine di gruppo integrate) al netto della parte nazionale compresi gli oneri a carico delle Aziende ULSS.

bebe6426

Il Fondo è finalizzato:

- a salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che percepiscono gli incentivi e le indennità sopraindicate (A, B, C), purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e coerente con l'assetto assistenziale basato sulle AFT previsto dal presente AIR;
- in caso di cessazione del rapporto convenzionale dei titolari, a incentivare le attività dei nuovi medici che entrano nelle AFT e a finanziare il nuovo modello organizzativo regionale basato su AFT così come previsto dal presente AIR.

In prima applicazione il Fondo è istituito annualmente ed è integrato anche con risorse regionali ivi compreso lo stanziamento annuale dell'art. 1 comma 274 della Legge 30 dicembre 2021 n.234, comprensiva della quota Enpam a carico Azienda, per il finanziamento del modello organizzativo regionale riferito alla nuova organizzazione di AFT ivi compresa l'attività in Casa della Comunità.
Le risorse che residuano sul Fondo dopo gli utilizzi precedentemente descritti sono impiegate, indipendentemente dalla loro iniziale destinazione, per il riconoscimento delle indennità di accessibilità organizzata, di personale di studio e infermieristico, di indennità di informatizzazione secondo quanto stabilito dal presente AIR.
Al termine dell'esercizio le eventuali risorse regionali che residuano vanno ad integrare il Fondo dell'anno successivo.

6. RAPPRESENTANZA E PARTECIPAZIONE

6.1 Comitato Regionale/Aziendale

Ai sensi dell'art. 11 e dell'art. 12 dell'ACN vigente, si integrano le seguenti disposizioni.
Gli incontri del Comitato regionale/aziendale si tengono in presenza, fatte salve condizioni contingibili o emergenziali che richiedano la necessità di attivare modalità di partecipazione da remoto.
La componente sindacale del Comitato regionale è costituita dal rappresentante legale pro tempore di ciascuna Organizzazione Sindacale in possesso dei requisiti di cui all'art. 11, comma 1 dell'ACN, o suo delegato da accreditarsi presso la Regione prima di ogni incontro. I componenti di parte pubblica del Comitato regionale, titolari e sostituti, sono individuati nel provvedimento istitutivo del Comitato in numero pari al totale dei rappresentanti di parte sindacale.
La componente di parte sindacale del Comitato aziendale è costituita da un rappresentante di ciascuna Organizzazione Sindacale, in possesso dei requisiti di cui all'art. 12, comma 1 dell'ACN, indicato dal rappresentante legale pro tempore, o suo delegato (da accreditarsi presso l'Azienda ULSS prima di ogni incontro). I componenti di parte pubblica del Comitato aziendale, titolari e sostituti, sono individuati nel provvedimento istitutivo del Comitato in numero pari al totale dei rappresentanti di parte sindacale.

bebe6426

Per la particolarità delle materie inserite nell'ordine del giorno delle riunioni del Comitato, le parti possono, di volta in volta invitare altri soggetti in qualità di uditori esperti del settore (massimo uno per sigla sindacale). Gli uditori non possono, in alcun caso: ricevere attestato di partecipazione alla seduta, percepire alcun compenso o rimborso, esercitare il diritto di voto.
Il Presidente, o suo delegato, provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente almeno due volte l'anno e in ogni caso ogniqualvolta le parti ne ravvedano la necessità.
I Comitati vanno convocati con un preavviso di almeno 10 giorni, salvo situazioni d'urgenza.
Contestualmente alla convocazione, la parte pubblica trasmette alla parte sindacale l'eventuale materiale necessario alla discussione degli argomenti all'ordine del giorno.

La richiesta dei componenti di parte sindacale di inserire ulteriori punti all'ordine del giorno va comunicata alla Regione/Azienda ULSS con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi rispetto alla data dell'incontro. Tali punti saranno aggiunti in coda a quelli già indicati, fatte salve specifiche urgenze nella trattazione degli argomenti.

6.2 Partecipazione a Comitati e Commissioni

In attuazione dell'art. 17 dell'ACN, la spesa rimborsata dall'Azienda ULSS in caso di partecipazione dei medici a ciclo di scelta alle riunioni dei Comitati e delle Commissioni previsti dall'ACN, dall'AIR o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali, è quantificata euro 137,90 (ai sensi della Legge 30 luglio 2010 n. 122, art. 6, commi 3 e 20 e smi) per ciascuna seduta, corrisposta direttamente al medico a ciclo di scelta componente dei suddetti organismi collegiali dall'Azienda ULSS di iscrizione a titolo di "rimborso sostituzioni sindacali". Detta indennità viene corrisposta ai soli membri titolari o, nel caso di assenza, al loro sostituto.
Ai sensi dell'art. 17 dell'ACN vigente la partecipazione dei medici ad attività oraria è considerata attività di servizio.
A fronte dell'attuale contesto e della necessità di gestire al meglio l'ambito delle liste d'attesa e della spesa farmaceutica, in conformità a quanto previsto dall'art. 45, commi 8 e 9 dell'ACN, in ogni Azienda ULSS è costituito l'organismo per l'appropriatezza prescrittiva entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR.

7. CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO

Il presente AIR entra in vigore dalla data di pubblicazione nel B.U.R. della delibera della Giunta regionale di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti, e resta in vigore sino alla stipula di successivo AIR, salvo modifiche e/o integrazioni/variazioni concordate in ambito regionale e/o nazionale.

bebe6426

Per quanto non espressamente disciplinato nel presente AIR continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni dei previgenti Accordi.

NORMA FINALE 1

Gli emolumenti previsti nel presente AIR sono assoggettati ad ENPAM.

NORMA FINALE 2

Si ritiene di rinviare la definizione delle procedure di attivazione dell'assistenza domiciliare e relativa regolamentazione a successivi Accordi. Analogamente saranno oggetto di specifico Accordo l'assistenza presso le strutture intermedie e i Centri Servizi, le Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (PPIP) e la diagnostica di primo livello.

NORMA FINALE 3

Vista la caratteristica innovativa del presente AIR e l'impossibilità di prevedere puntualmente l'andamento della sua attuazione, con particolare riferimento alla adesione agli standard di accessibilità organizzata e al raggiungimento progressivo degli standard previsti per AFT, si conviene di attivare un monitoraggio semestrale aziendale dei costi effettivamente sostenuti. L'esito del monitoraggio dovrà essere trasmesso periodicamente alla Regione per le valutazioni conseguenti.

NORMA TRANSITORIA

Nelle more della messa a regime del modello di riorganizzazione dell'assistenza primaria previsto dal presente AIR, si stabilisce che la dotazione di personale amministrativo ed infermieristico già assegnata ai medici singoli o ai medici appartenenti alle forme associative pregresse, economicamente a carico dell'Azienda ULSS, sia prorogata con impegno di attivare dal 1/1/2027 la redistribuzione delle risorse all'interno della stessa AFT fino al pieno raggiungimento dello standard di AFT previsto dal presente AIR e con le modalità remunerative in esso previste.
Le pregresse forme associative, cosiddette medicine di gruppo integrate, dal 1/1/2027 al 31/3/2027 saranno automaticamente riconosciute come sedi di riferimento di AFT con standard di accessibilità h12, riconoscendo gli emolumenti previsti nel presente AIR, fatta salva la successiva volontà dei medici interessati ad aderire ad un diverso standard di accessibilità.

Il medico che all'entrata in vigore del presente AIR percepisce l'indennità per collaboratore di studio e/o infermieristico, pur garantendo uno standard inferiore a quanto previsto dal presente AIR, vedrà riconosciute le medesime indennità fino al pieno raggiungimento degli standard di cui al paragrafo 2.3.

Fino alla effettiva attivazione delle sedi di riferimento delle AFT e comunque non oltre il 31/03/2027 saranno riconosciute le indennità di forma associativa preesistente.

bebe6426

Allegato

SCHEMA DI REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO DELLE AFT

in attuazione di quanto previsto dall'articolo 29, comma 12 dell'ACN vigente

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito Regolamento definito nel Comitato aziendale sulla base di quanto stabilito dal presente AIR, da adottarsi non oltre 90 giorni dalla data di adozione del presente AIR. Il Regolamento entra in vigore dalla data della sua approvazione.

1. Identificazione dell'AFT

Il presente Regolamento disciplina l'organizzazione, il funzionamento e le modalità operative dell'AFT _____

Fanno parte dell'AFT tutti i medici con incarico a tempo indeterminato o temporaneo o a tempo determinato o di sostituzione convenzionati operanti nell'ambito territoriale di riferimento.

La Casa della Comunità hub di riferimento dell'AFT è _____

La/e sede/i di riferimento dell'AFT è/sono _____

L'adesione all'AFT è obbligatoria per tutti i MMG convenzionati nell'ambito territoriale, ai sensi delle disposizioni contrattuali e normative vigenti.

Il recesso dall'AFT da parte del singolo medico può avvenire esclusivamente per cessazione o trasferimento dell'attività professionale al di fuori del territorio di riferimento dell'AFT, secondo quanto definito dall'AIR.

2. Referente dell'AFT

L'AFT è coordinata dal/dalla dott./dott.ssa _____ Referente eletto dai medici appartenenti all'AFT, tra i componenti della stessa, secondo le modalità definite dall'AIR.

3. Modalità organizzative e operative

Le modalità organizzative e operative comuni, condivise dai componenti dell'AFT, sono le seguenti:

_____

_____

_____

4. Procedure di sostituzione e copertura delle assenze

Le procedure interne di sostituzione e copertura delle assenze, nel rispetto della normativa contrattuale vigente sono le seguenti:

_____

_____

_____

bebe6426

SCHEMA DI CARTA DEI SERVIZI DELL'AFT _____

Aggiornata al: _____

1. Chi siamo

L'AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) _____ riunisce i medici di medicina generale che operano nei Comuni di _____ e garantisce ai cittadini l'assistenza primaria in forma coordinata, nel rispetto del rapporto di fiducia con il proprio medico.

Referente di AFT

Nome e Cognome:

Recapito telefonico:

Indirizzo e-mail:

Riferimenti territoriali dell'AFT

Casa della Comunità hub di riferimento:

Indirizzo della Casa della Comunità hub:

Distretto sociosanitario:

2. I medici dell'AFT

Medico	Indirizzo studio	Telefono	E-mail	Sede di riferimento

(Ripetere per ciascun medico)

3. Sedi di riferimento e studi medici

Sede di riferimento:

Indirizzo:

Standard: ☐ H12 ☐ H8

Studi medici afferenti all'AFT:

(Ripetere la tabella per ciascuna sede di riferimento, ove presenti più sedi)

4. Orari di apertura

L'AFT garantisce, attraverso la rete delle sedi e degli studi, un riferimento per i propri assistiti dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 nei prefestivi infrasettimanali.

bebe6426

Sede/studio: _____

Giorno	Orario di apertura
Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Prefestivi infrasettimanali	

(ripetere per ciascuna sede e ciascuno studio)

5. Come accedere ai servizi

Il cittadino si rivolge prioritariamente al proprio medico, con le seguenti modalità:

- contatto telefonico: _____
- visite su appuntamento e modalità di prenotazione: _____
- accesso diretto senza appuntamento per i bisogni non differibili: _____
- richiesta di ricette ripetibili e certificati: _____
- richiesta di visite domiciliari: _____
- canali digitali e telemedicina (televisita, teleconsulto, posta elettronica, app): _____

In assenza del proprio medico l'assistito può rivolgersi a: _____

6. Servizi offerti

- presa in carico delle patologie croniche (diabete di tipo 2 e obesità, BPCO, scompenso cardiaco) secondo i percorsi diagnostico-terapeutici: _____
- prevenzione e vaccinazioni: _____
- prestazioni di particolare impegno professionale (PPIP): _____
- strumentazione diagnostica di primo livello disponibile presso ciascuna sede (es. ECG, spirometria, ecografia, holter pressorio, dermatoscopia): _____
- assistenza domiciliare programmata e integrata (ADP, ADI): _____
- altri servizi: _____

7. Personale di studio e infermieristico

Collaboratori di studio e infermieri presenti, con sedi e orari:

Giorno	Orario	Sede
Lunedì		
Martedì		

bebe6426

Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Prefestivi infrasettimanali	

8. Contatti al di fuori dagli orari dell'AFT

- Centrale Operativa 116117 per le cure mediche non urgenti: _____
- Servizio di Continuità Assistenziale: sede _____
- Emergenza sanitaria: 112 / 118, secondo quanto attivo nel territorio

9. Procedure operative per la Centrale Operativa 116117 al fine di garantire la copertura h 12 della AFT.

_____

_____

_____

10. Scelta e revoca del medico

All'interno dell'AFT la scelta del medico è libera. Per la scelta, la revoca o il cambio del medico ci si rivolge a: _____

11. Segnalazioni, reclami e suggerimenti

Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda ULSS: _____

Referente di AFT: _____

12. Trattamento dei dati personali

Riferimenti dell'informativa sul trattamento dei dati personali: _____

13. Aggiornamento e pubblicazione

La Carta dei Servizi è aggiornata a cura del Referente di AFT, è pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda ULSS ed è esposta presso le sedi e gli studi dell'AFT.

Data dell'ultimo aggiornamento: _____

14. Ulteriori informazioni

_____

bebe6426