

Art. 1 – AMBITI DI APPLICAZIONE

Il presente Accordo Integrativo Regionale regola, ai sensi dell'ACN vigente e in coerenza con l'Atto di programmazione regionale approvato con DGR n. 1216 del 11 dicembre 2025 e tutta la normativa di riferimento vigente il rapporto di lavoro convenzionato libero professionale tra i medici del ruolo unico di assistenza primaria e le Aziende Sanitarie Locali della Regione Lazio, per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria sul territorio regionale
- Ridefinizione delle funzioni del Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria in seguito alla entrata in vigore dell'ACN triennio 2022-2024 recepito con Atto di Intesa Rep. N.1/CSR del 15 Gennaio 2026
- Ridefinizione dell'attività a ciclo orario dei Medici del Ruolo Unico in funzione della nascita delle nuove Strutture Territoriali definite dal DM77
- Definizione di obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale e regionale
- Valorizzazione della medicina d'iniziativa e della presa in carico del paziente cronico tramite il raggiungimento di obiettivi

L'Accordo dispone l'attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, introdotte dall'art. 1 del D.L. 158/2012 e disciplinate dall'art. 29 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente. La loro realizzazione rappresenta un passaggio cruciale per l'evoluzione dell'intero sistema territoriale, al fine di consolidare il rapporto tra la Medicina Generale e la Salute Territoriale, soprattutto in funzione della figura del Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria.

Il presente AIR pone le basi per l'integrazione funzionale e/o strutturale dell'attività dei medici del ruolo unico di assistenza primaria con le funzioni previste dal PNRR, dal DM del 23 Maggio 2022 n°77 e della Deliberazione 11 dicembre 2025, n. 1216 Approvazione del "Modello Organizzativo Regionale per lo Sviluppo e implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali", quali le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e il NEA116117, nonché per l'aggiornamento del modello di presa in carico dell'assistenza domiciliare (ADP – ADI – Cure Domiciliari Palliative di Base e UCA), in coerenza con quanto stabilito dall'ACN attualmente in vigore.

Con la sottoscrizione del presente Accordo sono abrogate e sostituite, per le materie qui disciplinate, le disposizioni degli AIR precedenti; permangono quelle non espressamente sostituite dal presente AIR, fermo restando l'applicazione delle clausole dell'ACN vigente che restano prevalenti in caso di difformità.

Art. 2 - RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE

1. Ai sensi dell'articolo 32 comma 1 dell'ACN vigente, considerato che l'assetto organizzativo dell'assistenza primaria e l'attuazione del ruolo unico stabilisce nuovi parametri ed un diverso criterio di determinazione del rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio ed abitanti residenti, si stabilisce che in Regione Lazio, a decorrere dall'entrata in vigore del presente AIR, la

rilevazione delle carenze di medico del ruolo unico di assistenza primaria avviene, a cura dell'Azienda, con applicazione del seguente rapporto

- un medico ogni 1.200 residenti o frazione di 1200 superiore al 50% calcolato come previsto dall'allegato 7 dell'ACN vigente;
- correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5.000 residenti;
- eventuali correttivi relativi alla densità della popolazione sono demandati ad Accordi Aziendali.

2. Il numero dei medici a ruolo unico di assistenza primaria, da considerare ai sensi dell'allegato 7 lettera C del vigente ACN per il calcolo delle carenze, corrisponde al totale dei medici convenzionati al 1° gennaio dell'anno di rilevazione. Da tale numero devono essere esclusi i medici che hanno comunicato il recesso, i medici che abbiano già compiuto il 70° anno di età e coloro che compiranno il 70° anno di età entro il 31 Dicembre dell'anno di rilevazione, anche qualora abbiano manifestato la disponibilità a mantenere l'incarico in deroga. È inoltre specificato che i medici che abbiano raggiunto o raggiungano il 70° anno possono proseguire l'attività esclusivamente in regime di deroga. Tale deroga decade automaticamente al termine della procedura di assegnazione della zona carente originata, attestato all'apertura dello studio del vincitore.

3. La AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno/carenza assistenziale a scelta e su base oraria (ACN art.32, comma 3).

4. Per la determinazione del rapporto medici/residenti nel Comune di Roma, comprendente più Aziende, si fa riferimento alla popolazione complessiva residente nel Comune. Atteso che la AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale a scelta e su base oraria, le ASL che insistono nel territorio del Comune di Roma, ai fini della valutazione della carenza assistenziale e l'individuazione degli incarichi vacanti, effettuano un'analisi di maggiore dettaglio a livello Aziendale, Distrettuale (Municipio) e sub-distrettuale (AFT) sulla base dei parametri numerici derivanti dal rapporto ottimale, al fine di garantire un'equa distribuzione dell'assistenza e l'uniformità dell'accesso alle cure sull'intero territorio

5. In caso di carenza assistenziale, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti, come previsto dall'articolo 34 dell'ACN del 15 Gennaio 2026 le Aziende individuano le carenze di ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'ACN vigente, applicando i parametri di cui all'articolo 2 comma 1 del presente Accordo e, previa approvazione del Comitato aziendale, adottano atto formale di determinazione delle stesse e di avvio delle procedure previste dall'articolo 31 comma 3, e articolo 32 comma 8 (completamento dell'incarico) e 9 (mobilità intraziendale) dell'ACN vigente per la partecipazione all'assegnazione degli incarichi, in via prioritaria e su base volontaria, dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o a rapporto orario. L'accettazione del completamento comporta il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria ai sensi del vigente Accordo.

A conclusione delle assegnazioni effettuate in applicazione delle disposizioni dell'ACN sopra citate, le Aziende rilevano nuovamente e approvano le carenze sentito il Comitato Aziendale, e

trasmettono alla Regione ai fini della pubblicazione per l'assegnazione degli incarichi ai sensi dell'articolo 34 del vigente ACN. Contestualmente, sentito il Comitato Aziendale, l'ASL trasmette l'eventuale indicazione dei Comuni, Municipi o AFT in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, come previsto dall'Art 34 comma 2 dell'ACN vigente. Tale indicazione può essere trasmessa unicamente in occasione della predisposizione del bando e non può essere definita o modificata successivamente né all'atto del conferimento dell'incarico.

Art3 – SCELTA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Come definito dall'articolo 39 dell'ACN la libera scelta del medico, nel rispetto del numero massimo di assistiti, è di norma collegata alla residenza e compatibile con l'organizzazione sanitaria di riferimento del territorio. La scelta per i cittadini residenti è a tempo indeterminato, salvo revoca.

1. Ai sensi della suddetta norma la regola generale prevede:

- La scelta del medico avviene nel Comune di residenza dell'assistito o nell'ambito territoriale.
- Nell'ambito dell'Azienda, il cittadino sceglie il medico tra quelli operanti nel Comune di residenza o nei Comuni afferenti al medesimo ambito; può, tuttavia, scegliere un medico iscritto in elenchi diversi da quello di residenza, previa accettazione da parte del medico interessato. Le Aziende comunicano ai medici l'elenco degli assistiti in carico con i necessari aggiornamenti.
- Nei Comuni in cui operano più Aziende sanitarie, l'ambito di scelta coincide con una frazione del Comune.

2. Comune di Roma

- A) Nel Comune di Roma, su cui insistono più Aziende Sanitarie, l'ambito territoriale di riferimento è rappresentato dalla AFT di competenza e dal Municipio coincidente con il Distretto.
- B) Per i nuovi assistiti o per i cittadini che effettuano il cambio del medico, si applicano i seguenti criteri e modalità.

La scelta del medico avviene secondo le seguenti priorità:

- AFT di residenza o nel Distretto di residenza;
- All'interno della ASL di residenza, senza necessità di accettazione preventiva da parte del medico;
- In altra ASL del Comune di Roma, previa accettazione del medico prescelto e autorizzazione.

I pazienti già in carico ai Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta mantengono il rapporto fiduciario con il proprio medico, nel rispetto delle indicazioni, delle disposizioni e della normativa previste dall'ACN vigente

3. Scelta in deroga territoriale

- È possibile esclusivamente nei Comuni limitrofi appartenenti ad altre ASL;

4. Motivazioni ammesse per la deroga territoriale:

- Prosecuzione del rapporto fiduciario.
- Scelta obbligata del medico in situazioni di carenza assistenziale o zone disagiate.
- Scelta motivata da vicinanza geografica o migliore viabilità verso un ambito limitrofo.
- Scelta giustificata da motivi personali documentati (es. presa in carico da un caregiver, lavoro, etc.)
- Pazienti non trasportabili

Qualora un assistito sia certificato come non trasportabile e/o vulnerabile, è consentita la scelta del medico più vicino al domicilio, in deroga ai limiti del massimale, previa accettazione da parte del medico, nel rispetto della normativa vigente.

Le scelte in deroga territoriale hanno luogo previa accettazione del medico prescelto e autorizzazione del Comitato Aziendale.

REQUISITI DEGLI STUDI

Lo studio professionale del medico iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di continuità dell'assistenza nell'ambito della AFT, deve garantire l'apertura agli aventi diritto nella fascia oraria compresa tra le ore 8,00 e le ore 20,00, secondo quanto previsto dall'art. 35, comma 5 e 9, dell'ACN vigente.

Per i medici che svolgono attività assistenziale in più di uno studio ubicato in comuni diversi o in differenti frazioni dello stesso comune nello stesso ambito territoriale, l'orario minimo complessivo di apertura deve essere assicurato nel rispetto dei parametri previsti in relazione al numero totale degli assistiti in carico, fermo restando che la distribuzione delle ore tra i diversi studi può essere articolata in modo flessibile e proporzionato al numero di pazienti afferenti a ciascuna sede ambulatoriale e alle caratteristiche territoriali e organizzative del contesto di riferimento.

In tali casi, non sussiste l'obbligo di garantire l'apertura per cinque giorni settimanali su ciascun singolo studio, purché sia assicurata complessivamente un'adeguata accessibilità assistenziale per la popolazione assistita.

Rispetto alle caratteristiche di apertura degli studi medici:

1) Lo studio professionale privato del medico del ruolo unico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta è presidio del Servizio Sanitario Nazionale che concorre al perseguimento degli obiettivi di salute del medesimo Servizio nei confronti del cittadino mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate. Lo stesso è utilizzabile, previo accordo tra i medici, in ottemperanza a quanto previsto dall'art.35 comma 1 A.C.N., in coordinamento ed in accordo tra i soggetti coinvolti, da altri medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta o ad attività oraria, per le attività ordinarie di assistenza primaria.

2) Il medico a ciclo di scelta garantisce la presenza nello studio professionale nei giorni feriali come previsto dall'Art. 35 comma 5 dell'A.C.N.

3) Le visite nello studio medico sono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione, salvo diversa valutazione del medico

4) il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta è contattabile durante l'orario di studio mediante numero di telefono dedicato. Relativamente al rapporto con i propri assistiti al di fuori dell'orario di studio il medico non è tenuto ad usare email, programmi di messaggistica istantanea tipo whatsapp ecc. ed altre applicazioni fermo restando che l'attività di continuità dell'assistenza viene garantita attraverso la possibilità dell'accesso all'AFT di riferimento così come tramite contatto al NEA116117.

5) Per i medici con più di uno studio professionale, l'orario di cui al comma precedente è frazionato tra gli studi secondo le esigenze organizzative del professionista.

6) Lo studio del medico convenzionato deve essere dotato degli spazi, degli arredi e delle attrezzature necessarie per l'esercizio dell'attività di assistenza primaria, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione conformi alla legislazione e ai regolamenti vigenti, di strumenti di comunicazione con gli assistiti, di strumenti informatici idonei.

7) Gli spazi di cui al comma precedente sono adibiti esclusivamente ad uso di studio medico per lo svolgimento dell'attività convenzionale, al di fuori della quale è possibile utilizzarli per altre attività sanitarie e possono essere anche inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente dedicati.

8) Relativamente alla funzione di collaboratore di studio l'Art. 29 comma 5 dell'ACN dispone che: "La AFT è priva di personalità giuridica. I medici partecipanti possono avvalersi, sia per l'acquisizione sia per la gestione dei relativi fattori produttivi, del supporto di società di servizi e/o cooperative, a condizione che ciascun Medico stipuli un autonomo contratto con la società o cooperativa di riferimento.

9) In linea con quanto previsto dal DM n. 77/2022, agli studi medici ubicati presso le CdC non si applicano le limitazioni previste dell'art. 35, comma 4 dell'ACN. I medici RUAP a ciclo di scelta con

studi nelle CDC si possono avvalere di un proprio collaboratore di studio e/o infermiere per l'espletamento dell'attività.

10) La sede dello studio medico può essere utilizzata per la presa in carico e gestione dei casi complessi anche in collaborazione con le équipe multiprofessionali.

Art. 4 – MASSIMALE

Il massimale di 1.500 assistiti in carico potrà essere incrementato fino a un massimo del 20% anche con scelte di cui all'articolo 39 del vigente ACN, commi 4, 5, 6 e 7 e con scelte definitive in caso di comprovate esigenze. In ogni caso, il numero complessivo degli assistiti non potrà superare il limite massimo di 1.800 unità.

Ai fini dell'attribuzione delle ore di attività del Ruolo Unico farà fede il numero complessivo degli assistiti. Superati i 1500 assistiti i medici potranno continuare l'attività a ciclo orario solo su base volontaria

Per i medici già titolari di doppio incarico prima dell'applicazione dell'ACN del 4 aprile 2024 si applica l'articolo 38 comma 7. In caso di superamento del limite di 650 assistiti il medico potrà richiedere l'applicazione dell'articolo 3, comma 5-ter del D.L. 10 maggio 2023 n. 51, scegliendo di bloccare il massimale a 1000 pazienti e 24 ore. In questa fattispecie, nel calcolo del limite, non vengono calcolati le scelte definite all'articolo 39 del vigente ACN, commi 4, 5, 6 e 7.

Art.5 – ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE

In coerenza con il modello organizzativo delle AFT, nonché in attuazione del DM 77:

1. I medici del ruolo unico di assistenza primaria (ivi incluso i MRUAP con incarico a tempo determinato) operano all'interno del nuovo assetto definito dall'attuale ACN e aderiscono, ove possibile e consentito anche in cooperazione applicativa con i propri sistemi gestionali, ai sistemi informativi regionali e nazionali, condizioni necessarie per l'accesso e il mantenimento della convenzione, in coerenza con quanto recepito con DCA 161 del 19 maggio 2017
2. La Regione Lazio, ai sensi della normativa vigente, tramite DGR n1216 del 11 dicembre 2025 ha programmato l'istituzione delle AFT e delle forme multiprofessionali, garantendo equità di accesso e collegamento funzionale tramite sistemi informatici e informativi adeguati. Le UCP attualmente in essere e gli studi professionali della medicina generale si inseriscono nelle nuove AFT come presidi di prossimità, semplici e integrati, del Servizio Sanitario Regionale.

3. La popolazione di riferimento dell'AFT non supera di norma i 30.000 abitanti in carico ai Medici del ruolo unico a ciclo di scelta. Per specifiche e motivate esigenze organizzative, quali l'elevata densità abitativa o la significativa dispersione territoriale, previa approvazione Aziendale e comunicazione alla Regione, tale parametro può essere oggetto di deroga, fermo restando un limite minimo di 7.000 e massimo di 45.000 abitanti.
4. Le AFT operano con autonomia gestionale, nel rispetto dei fabbisogni e delle specificità territoriali, in coerenza con l'applicazione del modello teorico regionale, in linea con il relativo assetto organizzativo previsto e con la normativa vigente; il Referente di AFT svolge una funzione di coordinamento e raccordo istituzionale, rappresentando l'AFT nei rapporti con l'Azienda sanitaria tramite il Distretto e garantendo l'integrazione funzionale con la programmazione aziendale e territoriale.

Art. 6- CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)

1. Le caratteristiche delle AFT sono descritte nell'Art. 29 dell'ACN vigente e dal Modello Organizzativo delle AFT, che ne definiscono anche i compiti e le funzioni.
2. Nella Regione Lazio le AFT sono istituite in coerenza con l'Atto di programmazione regionale approvato con DGR n. 1216 del 11 dicembre 2025 e tutta la normativa di riferimento vigente; esse costituiscono forme organizzative monoprofessionali a cui appartengono i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, sia a ciclo di scelta sia ad attività oraria, convenzionati ai sensi dell'ACN 2026.
3. L'ambito territoriale di attività del Medico a ruolo unico coincide, di norma, con il territorio della AFT, al fine di garantire una maggiore omogeneità del bacino di utenza e di agevolare la rilevazione e l'assegnazione delle carenze, come previsto dall'art. 32, comma 3, dell'ACN.
4. I medici del ruolo unico di assistenza a ciclo di scelta afferiscono alle AFT in ragione dell'ubicazione dello studio principale. In caso di presenza, alla data di entrata in vigore del presente AIR, di studi secondari ubicati in una AFT diversa da quella di riferimento dello studio principale, gli stessi possono continuare ad operare, ma il medico potrà acquisire nuove scelte solamente di residenti nei comuni, o municipi per Roma, facenti parte dell'Azienda in cui è ubicato lo studio principale. Eventuali deroghe sono disciplinate dall'Art. 3 del presente Accordo Integrativo. Il quadro programmatico di cui al presente articolo dovrà compiersi in un lasso di tempo pari a due anni.
5. Il medico già titolare di un incarico a ciclo di scelta, prima dell'applicazione dell'ACN 2024, che abbia un secondo o ulteriori studi ricadenti nella medesima Azienda (o, per il Comune di Roma, anche in più aziende insistenti sullo stesso), ha la facoltà di continuare ad acquisire nuove scelte anche presso tali sedi, oltre che nello Studio principale nel rispetto della normativa vigente.

6. L'apertura di un secondo studio professionale da parte del medico del Ruolo Unico è consentita dalla normativa vigente, purché avvenga nel rispetto delle disposizioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) con approvazione del Comitato Aziendale. In particolare, i commi 7 e 9 dell'articolo 33 stabiliscono le modalità procedurali e le condizioni che regolano tale possibilità. L'ambito territoriale di riferimento per l'attività del medico è generalmente quello dell'AFT di appartenenza. Tuttavia, nel caso dell'apertura di un secondo studio professionale, tale ambito può essere esteso fino al livello Aziendale nel Comune di Roma Capitale.
7. Come previsto dall'art. 29, comma 11, dell'ACN vigente e dal programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti l'AFT è correlata ai risultati conseguiti. Le modalità di attribuzione di tali componenti variabili sono disciplinate dall'Art. 14 del presente Accordo Integrativo

Art. 7 – CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

Le AFT, in collaborazione con le Strutture del DM77, garantiscono la continuità della presa in carico dei pazienti per l'intera giornata e per tutti i sette giorni della settimana, attraverso le attività a ciclo di scelta e a quota oraria dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, secondo le modalità organizzative concordate all'interno delle AFT e in conformità al modello organizzativo previsto per le stesse

1. Definizione della continuità dell'assistenza in relazione alle tipologie di personale coinvolto e alle funzioni assistenziali e organizzative esistenti:

a) Medico del Ruolo Unico a ciclo di scelta

- Svolge attività dal lunedì al venerdì in AFT per gli assistiti della propria AFT (ore 8-20)
- Opera presso le Case della Comunità (CdC), nelle sedi Aziendali o nelle sedi individuate in accordo con l'Azienda
- Il singolo medico dovrà garantire 3 ore settimanali per l'AFT, necessarie alla copertura della garanzia del servizio, al di fuori dell'orario di apertura del proprio studio

Le ore saranno determinate in base ai bisogni complessivi individuati dai Comitati Aziendali, in particolar modo per le AFT con un numero inferiore a 20 medici operanti. In tali casi, le ore non coperte dalle 3 ore garantite dai singoli medici saranno assicurate attraverso la presenza medica presso la CdC di riferimento, al fine di mantenere gli standard di erogazione precedentemente garantiti.

L'organizzazione è in carico al referente dell'AFT e deve essere comunicata al Direttore di Distretto di Riferimento

b) Medico di ruolo unico a quota oraria

Svolge attività tutti i giorni, compresa la notte, il sabato e la domenica in quota oraria:

- per la Casa di Comunità e presso strutture aziendali a cui afferisce l'AFT, per altre funzioni del DM77, e per la Continuità dell'Assistenza.

2. Attività diurna AFT e modalità di accesso

- Durante le ore diurne (lunedì – venerdì), l'attività AFT è svolta in favore degli assistiti dei medici appartenenti alla stessa forma associativa presso la sede indicata.
- Fino al raggiungimento di 400 assistiti, il medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP) di nuova nomina non è tenuto a svolgere le 3 ore di attività nell'AFT; tali ore rientrano infatti nel monte complessivo di 38 ore a quota oraria e vengono assolte attraverso la presenza medica o lo svolgimento di altre funzioni previste dall'accordo.

3. Presenza medica diurna CdC, funzioni DM 77 e Strutture Aziendali

- Durante le ore diurne (lunedì – venerdì), l'attività di Presenza Medica è svolta in favore di tutta la popolazione;
- Il Medico svolge l'attività in quota oraria presso le sole strutture aziendali;
- Qualora non sia presente il medico incaricato di garantire la presenza medica presso la CdC o altra struttura, né risulti disponibile il medico reperibile, i pazienti che non afferiscano alla AFT in servizio presso la CdC, potranno comunque accedere ai servizi della AFT, con prestazioni occasionali secondo quanto previsto dall'art. 46 co. 4 dell'ACN, anche se i pazienti risultano iscritti al SSR. La liquidazione delle competenze avviene a seguito di rendicontazione mensile, effettuata il mese successivo alla prestazione.

4. Organizzazione del sabato e della domenica e festivi e organizzazione notturni

Nei giorni di sabato, domenica e festivi, nella fascia diurna, e nelle ore notturne l'assistenza territoriale presso le Case della Comunità (CdC) è garantita mediante attività medica svolta a quota oraria, secondo la programmazione distrettuale e aziendale.

Qualora presso una medesima Casa della Comunità operino più Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), sono previste due postazioni mediche in attività a quota oraria, così articolate:

- a) una postazione di presenza medica ambulatoriale, finalizzata all'erogazione delle prestazioni sanitarie per la popolazione che accede alla struttura;
- b) una postazione di continuità assistenziale, finalizzata alla gestione delle richieste di assistenza territoriale, comprensiva degli eventuali accessi domiciliari.

Nel caso in cui nel medesimo distretto siano presenti più Case della Comunità, il numero delle postazioni di continuità assistenziale attivate è definito dall'Azienda sanitaria competente, in

coerenza con la programmazione distrettuale, gli standard organizzativi previsti dal DM 77/2022 e le disposizioni del vigente ACN.

Qualora presso una Casa della Comunità sia operativa una sola AFT, le funzioni di presenza medica ambulatoriale e di continuità assistenziale sono assicurate dalla medesima AFT mediante medici operanti in attività a quota oraria, secondo la programmazione definita a livello distrettuale.

L'accesso del cittadino avviene mediante invio del NEA 116117, da parte dei Medici del Ruolo unico di assistenza primaria e PLS, fermo restando l'accesso in autopresentazione almeno nella CdC distrettuale di riferimento come definito dall'Art. 6.1 delle "LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTIVITÀ ORARIA DA RENDERE DA PARTE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA NELLE CASE DELLA COMUNITÀ" conferenza stato regioni 5/117/CR05a/C7.

Nelle ore notturne l'accesso presso la Casa della Comunità avviene di norma previo triage e conseguente comunicazione telefonica da parte della centrale NEA116117. In questa struttura dovrà essere garantita la presenza di un team multiprofessionale dedicato (almeno due medici, IFeC o infermieri di altro ruolo) e di adeguate misure di sicurezza. In mancanza di tali requisiti la postazione notturna non potrà essere attivata per l'accesso in autopresentazione.

6. Organizzazione prefestivi infrasettimanali

- Nei giorni prefestivi infrasettimanali, le AFT svolgeranno attività diurna dalle 8:00 alle 14:00.
- La presenza medica nelle Case della Comunità rimane garantita secondo gli standard previsti a partire dalle 14:00, il personale medico effettuerà la presa in carico dei pazienti in quota oraria, assicurando continuità assistenziale secondo quanto previsto.

7. I medici a ciclo di scelta potranno accedere, su base volontaria, alla quota oraria qualora ciò si renda necessario per soddisfare il fabbisogno orario connesso alle attività previste dal DM 77 e alla Continuità Assistenziale; in tali casi essi saranno assimilati ai medici RUAP, senza passaggio al ruolo unico, con remunerazione come art 47 comma 3 lett. a, b, c

Quadro sinottico

Giorno/Fascia	Orario	Sede	Funzione	ex MMG	Ex CA	MRUAP	Tipologia Personale
Lun - Ven	08:00-20:00	AFT (Studi MMG o CdC)	Assistenza ai propri assistiti				Personale a ciclo di scelta
Lun - Ven	08:00-20:00	Case della Comunità o DM77	Presenza medica diurna				Personale a quota oraria
Sab - Dom - Festivi	08:00-20:00	Case della Comunità	Presenza medica diurna				Personale a quota oraria
Sab - Dom - Festivi	08:00-20:00	Case della Comunità o Domiciliare	Continuità assistenziale				Personale a quota oraria
Notte (compreso Fest e Prefest)	20:00-08:00	Case della Comunità	Presenza medica notturna				Personale a quota oraria
Notte (compreso Fest e Prefest)	20:00-08:00	Case della Comunità o Domiciliare	Continuità assistenziale				Personale a quota oraria
Prefestivi	08:00-14:00	AFT	Assistenza ai propri assistiti				Personale a ciclo di scelta
Prefestivi	08:00-20:00	CdC	Presenza medica diurna				Personale a quota oraria
Prefestivi	14:00-20:00	CdC	Continuità assistenziale				Personale a quota oraria

8. Zone periferiche e disagiate

Per le aree disagiate e periferiche a bassa densità abitativa e/o a bassa densità di offerta assistenziale di medicina generale si propone un modello organizzativo ibrido che integri AFT e presenza medica, nel rispetto dei seguenti requisiti:

- l'AFT deve essere collocata all'interno della Casa della Comunità o in un'altra sede prevista dalla programmazione aziendale;
- il medico garantisce un numero di 3 ore di attività in AFT in quota capitaria;
- Eventuali ore aggiuntive, qualora il medico dia la propria disponibilità, saranno svolte come presenza medica presso la Casa della Comunità di riferimento o in un'altra sede prevista dalla programmazione aziendale, con il relativo riconoscimento della quota oraria.

Qualora il medico aderisca a tale modalità, durante le ore di attività in AFT assicura altresì la funzione di presenza medica. Nel caso in cui acceda un paziente non rientrante nelle fattispecie della AFT (assistiti dai medici componenti l'AFT) né nei criteri della presenza medica (paziente del SSR), la prestazione è remunerata secondo quanto previsto dall'art. 46 comma 4 dell'ACN.

Al fine di garantire la migliore accessibilità all'assistenza nei territori più disagiati della Regione, i medici afferenti alla AFT, in condivisione con le Aziende, potranno individuare due o più sedi di riferimento, coordinate nelle modalità e negli orari di apertura, al fine di assicurare la copertura assistenziale dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e una più efficace presa in carico continuativa della popolazione.

Art.8 - LA SEDE DI RIFERIMENTO DELL'AFT

La sede di riferimento della AFT è individuata dai medici in accordo con i Comitati Aziendali. La sede potrà essere individuata all'interno delle Case della Comunità o di altre strutture aziendali; in alternativa, potranno essere individuate una o più sedi di AFT, previo accordo e comunicazione presentata e approvata dai Comitati Aziendali, in conformità a quanto previsto dall'art. 29, commi 4 e 12, del vigente ACN, garantendo una sede di riferimento.

Potranno quindi essere indicate come sedi di riferimento:

- a) Casa della Comunità hub o spoke;
- b) Strutture aziendali;
- c) Strutture proposte dai medici componenti l'AFT, in accordo con il Distretto rispondente ai requisiti previsti dalle norme vigenti, con adeguamento e aggiornamento della normativa regionale in funzione delle nuove forme associative.

Al fine di garantire la migliore accessibilità all'assistenza nei territori della Regione, nelle aree periferiche, rurali o disagiate, nonché nei contesti urbano metropolitani particolarmente distanti dalle Case della Comunità o da altre strutture aziendali di riferimento, i medici afferenti alla AFT, in accordo con i Comitati Aziendali, possono individuare due o più sedi assistenziali di riferimento.

Le sedi individuate operano in modo coordinato per quanto riguarda le modalità organizzative e gli orari di apertura, assicurando una copertura assistenziale complessiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

A tal fine, gli studi medici afferenti alla medesima AFT organizzano l'apertura in modo alternato e complementare, prevedendo che alcuni studi garantiscano l'attività assistenziale nelle ore della mattina e altri nelle ore del pomeriggio, così da assicurare la continuità dell'assistenza territoriale nell'ambito delle AFT per l'intero arco della giornata.

Ciascun medico è tenuto a garantire almeno 3 (tre) ore settimanali di attività al di fuori dell'orario ordinario di apertura dello studio; tale obbligo non si applica ai medici che esercitano la propria attività su tre comuni o frazioni di comuni, articolandola su tre studi distinti.

Tale organizzazione è finalizzata a favorire una maggiore accessibilità dei cittadini ai servizi di assistenza primaria e una più efficace presa in carico della popolazione.

1. LE AFT ESTERNE COME PRESIDI DI PROSSIMITÀ' DELLA NUOVA ASSISTENZA TERRITORIALE

Il nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR), in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale del 15 gennaio 2026 e del DM n. 77/2022, consolida un modello di assistenza territoriale fondato su reti integrate, prossimità delle cure e presa in carico proattiva dei cittadini. In questo quadro, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) rappresentano l'architettura organizzativa, chiamata a operare in modo coordinato, continuativo e orientato agli obiettivi di salute della popolazione. All'interno di tale assetto, un ruolo strategico è attribuito alle sedi di AFT collocate al di fuori delle Case della Comunità (CdC) o delle strutture aziendali. Queste sedi, spesso coincidenti con studi professionali singoli o aggregati, soprattutto nelle aree periferiche, rurali, disagiate o in contesti urbani metropolitani particolarmente distanti dalle CdC e strutture aziendali potenzialmente di riferimento, sono riconosciute come presidi di prossimità del Servizio Sanitario Regionale e dell'organizzazione dell'assistenza territoriale.

2. I PRESIDI DI PROSSIMITÀ: PROSSIMITÀ, EQUITÀ E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

I presidi di prossimità, delle sedi AFT esterne, così come specificato nell'art. 5 comma 2 e ulteriormente descritto nell'art 8 comma 2, consentono di preservare e rafforzare la capillarità del sistema delle cure primarie, garantendo equità di accesso e continuità assistenziale anche nei contesti a maggiore dispersione geografica o con fragilità demografiche. In particolare, le AFT a sede unica, quelle situate in aree periferiche o in zone disagiate, assumono una funzione essenziale di primo contatto tra cittadino e Servizio Sanitario Regionale. In coerenza con i compiti assegnati alle AFT, tali sedi concorrono alla presa in carico dei pazienti, alla gestione delle cronicità, alla riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e alla realizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali condivisi, operando in integrazione funzionale con le CdC hub e spoke, le UCCP/Equipe e l'intera rete dei servizi territoriali.

3. DOTAZIONE DI PRIMO LIVELLO PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

Per rendere effettivo questo ruolo, le sedi AFT esterne alle CdC o alle strutture aziendali saranno progressivamente dotate di attrezzature di diagnostica e valutazione clinica di primo livello.

Tali strumenti – come ad esempio elettrocardiografi, spirometri, ecografi portatili e soluzioni di telemedicina, (piccola diagnostica di laboratorio (tamponi, dosaggio proteina C reattiva, emoglobina glicata ecc), – rappresentano un supporto fondamentale alla pratica clinica quotidiana e consentono una risposta tempestiva e appropriata ai bisogni di salute dei cittadini. Nel rispetto dei Percorsi Preventivi Diagnostico Terapeutici (PPDTA) definiti a livello regionale e aziendale, tale dotazione concorre altresì alla partecipazione attiva ai piani regionali e nazionali di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, anche alla luce degli aggiornamenti scientifici e tecnologici che interverranno nell'ambito della ricerca.

La disponibilità di diagnostica di primo livello nelle sedi di prossimità rafforza la capacità della medicina generale di operare secondo un approccio proattivo, favorendo la diagnosi precoce, il monitoraggio delle patologie croniche e l'integrazione con gli specialisti, nel rispetto dei Percorsi Preventivi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PPDTA) definiti a livello regionale e aziendale. Il coinvolgimento dei medici di medicina generale e il ruolo del medico di medicina generale all'interno degli specifici PPDTA sarà oggetto di successivi accordi ad hoc per quanto attiene alla diagnostica di I livello e all'utilizzo della suddetta strumentazione.

4. DALLA FUNZIONE SATELLITE AL RUOLO DI SPOKE DELLA RETE

Il modello delineato dall'AIR non è statico, ma evolutivo a partire dalle forme già presenti nella rete di offerta territoriale della medicina generale, identificate come unità del Servizio Sanitario Regionale. Le sedi AFT inizialmente configurate come strutture di prossimità potrebbero, nel tempo, assumere un ruolo più strutturato all'interno della rete territoriale. Qualora tali sedi rispettino i criteri previsti dai requisiti di autorizzazione e accreditamento stabiliti dalla normativa vigente, esse potranno evolvere da strutture satellite a strutture spoke della rete territoriale.

Questa possibilità rappresenta un importante incentivo allo sviluppo organizzativo e qualitativo delle sedi territoriali, promuovendo standard assistenziali omogenei e favorendo un utilizzo più efficiente delle risorse. La trasformazione in struttura spoke consente inoltre un'integrazione più stretta con le Case della Comunità, rafforzando la rete dei servizi e migliorando la governance clinica e organizzativa dell'assistenza primaria.

Art. 9 - IL REFERENTE DI AFT

1. Il Referente di AFT esercita le proprie funzioni ai sensi dell'art. 30 dell'ACN vigente, così come integrato dal presente Accordo Regionale, dal Regolamento di AFT di cui all'art. 29, comma 12, dell'ACN e dal Modello Organizzativo delle AFT.
2. Tutti i medici componenti l'AFT designano, secondo le modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'art. 29, comma 12, un Referente e un suo sostituto.
3. Il Referente di AFT è eletto da tutti i medici componenti l'AFT mediante elezione a maggioranza dei voti, valida con la partecipazione di almeno il 50%+1 dei componenti. I medici proposti devono essere disponibili a ricoprire tale incarico, garantendone la continuità per tutto il periodo di svolgimento della funzione.

L'incarico di Referente di AFT ha durata triennale e può essere rinnovato, fatto salvo quanto previsto dall'art. 30, comma 7, dell'ACN. Possono candidarsi i medici a ruolo unico di assistenza primaria dell'AFT a tempo indeterminato.

4. In caso di dimissioni o decadenza del Referente, si procede a una nuova elezione. Il Referente eletto subentra nell'incarico, che manterrà fino alla scadenza naturale del mandato ordinario. Qualora, nel corso del periodo di validità dell'incarico, uno o più medici maturino il diritto al collocamento in quiescenza, al momento dell'effettivo pensionamento si procederà all'attribuzione dell'incarico al sostituto, con contestuale nomina di un nuovo sostituto.
5. Il sostituto del referente di AFT è individuato con le medesime modalità del titolare. Il sostituto assume le funzioni del Referente titolare in caso di assenza o impedimento di quest'ultimo per un periodo superiore a un mese consecutivo; l'indennità è corrisposta al sostituto a decorrere dal secondo mese di assenza del titolare
6. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale.

a. Decadenza del referente

Il referente, oltre ai casi previsti dall'ACN 2024 decade:

- su richiesta del 50% +1 dei medici dell'AFT
- per mancato conseguimento degli obiettivi organizzativi e/o ottemperanza ai compiti previsti dall'art. 30 dell'ACN/2024 e dal presente AIR, per due anni consecutivi
- Per il mancato raggiungimento degli obiettivi dell'AFT, come specificato nel presente atto

La decadenza dovrà essere deliberata dal Direttore Generale dell'Azienda previo parere del Comitato Aziendale.

b. Compiti del Referente

Il referente di AFT svolge i compiti previsti dall'art. 30 dell'ACN/2026 avendo anche a riferimento quanto descritto nel modello organizzativo delle AFT:

Coordinamento organizzativo e assistenziale

- Coordina l'attività assistenziale dell'AFT secondo l'Art. 30, c. 3
- Indice, organizza, conduce e coordina le riunioni almeno trimestrali (organizzative e cliniche), redigendo e inviando i verbali al Direttore del Distretto e al Direttore Generale.
- Coordina le attività di gestione della cronicità, della diagnostica di primo livello e altre progettualità dell'AFT.
- Coordina l'istituzione e il mantenimento del nuovo modello di associazione di AFT.
- I membri delle AFT, per il tramite del proprio referente, in collaborazione con il Distretto nominano un rappresentante incaricato di partecipare alle attività dell'UCAD (Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali), al fine di garantire il raccordo funzionale tra il livello organizzativo territoriale e quello distrettuale.

Relazioni istituzionali e collaborazione

- Si coordina con le AFT della Pediatria e della Specialistica ambulatoriale.
- Si coordina con il Direttore di Distretto per le progettualità.

- Collabora con l'Azienda nella diffusione delle informazioni, iniziative formative e organizzative.
- Collabora alla gestione della piattaforma di interfaccia tra i gestionali e al mantenimento della rete AFT

c. Remunerazione del Referente dell'AFT

Al Referente di AFT è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni svolte e ai risultati conseguiti. L'onere della remunerazione è finanziato con risorse provenienti dal fondo di cui all'art. 47, comma 2, lettera B, punto II. Il compenso tiene conto sia delle responsabilità organizzative sia del raggiungimento degli obiettivi definiti a livello regionale.

Gli obiettivi specifici del Referente sono:

- Partecipa almeno all'80% degli incontri di monitoraggio con cadenza almeno trimestrale, promossi rispettivamente dal Direttore di Distretto e dal coordinatore UCCP;
- Raggiungimento dei singoli obiettivi di governo clinico da parte di almeno il 75% dei membri dell'AFT, con la quota variabile del compenso distribuita tra i macro-obiettivi di cui allegato 1.

Se il mancato raggiungimento del target dell'AFT è causato dalla totale e comprovata negligenza di uno o più singoli medici componenti la stessa, che hanno rifiutato di partecipare agli audit, l'AFT si riserva di escluderli dalla ripartizione delle quote aggiuntive oltre a segnalare il problema al Comitato Aziendale.

Coordinatore della Quota Oraria di Distretto

1. È istituita la figura del Coordinatore dell'attività a quota oraria di Distretto, con funzioni di supporto organizzativo e gestionale nell'ambito dell'assistenza primaria.
2. Il Coordinatore opera a livello distrettuale in raccordo con i referenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e con la Direzione Distrettuale, al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e l'ottimizzazione dell'attività a quota oraria dei medici. In particolare, il Coordinatore supporta l'attività dei referenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).
3. Il Coordinatore è individuato tra i medici del ruolo unico di assistenza primaria che svolgono attività a quota oraria, a tempo determinato o indeterminato, secondo modalità definite a livello aziendale. Possono candidarsi i medici con incarico avente durata residua non inferiore a sei mesi.
4. L'incarico ha natura organizzativa e ha una durata triennale, non modificando il rapporto convenzionale in essere. Al Coordinatore è riconosciuto un compenso annuo definito dagli accordi vigenti.

Art. 10 - ATTIVITÀ ORARIA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

In coerenza con gli art. 32 e 44 del vigente ACN e le linee di indirizzo della conferenza stato regione 5/117/CR05a/C7 "LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTIVITÀ ORARIA DA RENDERE DA PARTE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA NELLE CASE DELLA COMUNITÀ":

- Presenza Medica nelle Case della Comunità e negli Ospedali di Comunità
- Continuità Assistenziale e Centrale NEA116117, identificando le modalità convenzionali tra le Aziende Sanitarie della Regione Lazio
- Attività legate all'implementazione del DM77 .

Deve essere garantito uno standard minimo di presenza pari a 1 medico ogni 25.000 abitanti nelle fasce orarie diurne e 1 medico ogni 50.000 abitanti nelle fasce orarie notturne. Tali standard potranno essere oggetto di rimodulazione, in relazione alla densità abitativa del territorio e alle specifiche caratteristiche orogeografiche dell'area di riferimento, in accordo con il Comitato Regionale.

Presenza Medica

Il medico del ruolo unico di assistenza primaria opererà nelle Case della Comunità come presenza medica continuativa, garantendo l'accessibilità ai cittadini secondo quanto previsto dal modello organizzativo hub & spoke. In particolare, le CdC Hub assicureranno un'apertura h12, 7 giorni su 7, e almeno una CdC Hub h 24 per Distretto con presenza medica costante e assistenza infermieristica per almeno 12 ore al giorno, raccomandando fortemente la presenza infermieristica h24 nella stessa. Le CdC Spoke, invece, garantiranno la presenza medica e infermieristica per almeno 12 ore al giorno, dal lunedì al sabato. Tale assetto organizzativo consente di assicurare una presa in carico continua, diffusa e uniforme sul territorio, in coerenza con le disposizioni del DM 77/2022 e delle Linee di indirizzo regionali e AGENAS.

Inoltre, i medici del ruolo unico di assistenza primaria possono svolgere attività di presenza medica all'interno degli Ospedali di Comunità (OdC) secondo quanto previsto DM77, garantendo la presa in carico clinica dei pazienti ricoverati, il raccordo con i professionisti sanitari e sociosanitari coinvolti e la continuità assistenziale durante tutto il percorso di cura.

Durante l'attività di presenza medica saranno garantite le seguenti prestazioni:

- Gestione ferite superficiali che non necessitano di sutura, medicazioni, rimozione punti di sutura
- sindromi influenzali, infiammazione delle vie respiratorie
- controllo della pressione
- punture d'insetto senza reazioni sistemiche, rash cutaneo, orticaria, dermatiti superficiali, verruche, micosi, foruncoli, eritema solare, malattie esantematiche, ustioni di primo grado
- malattie gastroenterologiche, stipsi cronica, emorroidi
- disturbi urologici
- congiuntiviti, patologie delle palpebre e degli occhi
- sintomi osteo-muscolari non traumatici
- otiti, riniti, faringo-tonsilliti, stomatiti, gengiviti, afte

- infezioni vie urinarie, colica renale addominale
- prestazioni pediatriche solo per bambini al di sopra dei sei anni

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Emergenza ostetrica e ginecologica, ortopedica, chirurgica
- Grandi traumi e trauma cranico
- Patologie neurologiche acute
- Patologie psichiatriche
- Dolore toracico
- Deambulazione non autonoma
- Pazienti domiciliari

I medici presenti nelle CdC nei giorni feriali effettuano esclusivamente prestazioni indifferibili che non riguarderanno ripetizioni di prescrizioni farmaceutiche o di prestazioni sanitarie in orario di presenza del medico titolare della scelta fiduciaria, per ridurre al minimo inapproprietezze prescrittive.

Continuità Assistenziale

I medici del ruolo unico di assistenza primaria a quota oraria svolgono la loro attività anche per la continuità assistenziale. In particolare, essi assicureranno il servizio nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 8:00 del mattino successivo, nonché la copertura h24 nei giorni festivi e prefestivi, secondo la programmazione definita a livello aziendale e distrettuale. Inoltre, i medici del ruolo unico di assistenza primaria possono svolgere la loro attività anche presso la Centrale Operativa del Numero Europeo Armonizzato (NEA 116117), contribuendo alla gestione delle richieste di assistenza sanitaria non urgente e al raccordo con la rete territoriale dei servizi, inclusi le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e i servizi di continuità assistenziale. A tal fine, si suggerisce alle Aziende sanitarie di localizzare le attività di continuità assistenziale preferibilmente all'interno delle CdC Hub, lasciando tuttavia libera applicazione organizzativa in base alle esigenze dei diversi contesti territoriali. Questa funzione, complementare alle attività cliniche sul territorio, rafforza la capacità del sistema di garantire un'assistenza di prossimità tempestiva, integrata ed equa per tutti i cittadini. È contemplata la funzione in reperibilità ai sensi dell'art. 21 del corrente AIR, la cui retribuzione è pari a 50,00 euro, comprensivi degli oneri, corrispondenti a 1 ora e 30 e determinati in funzione della tariffa a quota oraria art. 47 ACN. Tale periodo è da intendersi articolato in 1 ora antecedente l'inizio del turno definito di 12 ore e 30 minuti successivi all'inizio dello stesso.

In base all'art 44 c.13, l'Azienda assegna le sedi di attività e predispone, su base distrettuale, i turni di servizio, in collaborazione con i referenti di AFT, sentiti i medici interessati. I turni di servizio sono assegnati sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati.

Il medico in servizio attivo deve essere presente fino all'arrivo del medico che subentra. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio, che sono trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario. Nei casi di attività oraria diurna feriale resa dal medico impossibilitato a prolungare il turno, in quanto tenuto all'apertura del proprio studio in orario seguente al servizio, si applicano le procedure di cui al comma 6 dell'art.44 del vigente ACN.

Attività Distrettuali e implementazione del DM77

Oltre alle funzioni di presenza nelle Case della Comunità, nella continuità assistenziale, nelle Centrali Operative NEA 116117 e negli Ospedali di Comunità, i medici del ruolo unico di assistenza primaria potranno essere coinvolti in ulteriori attività aziendali e distrettuali. Tra queste attività rientrano la presa in carico delle patologie croniche e della multicronicità, il supporto alla domiciliarità delle cure per i pazienti fragili, la promozione degli screening e delle campagne vaccinali, l'utilizzo della telemedicina e del teleconsulto in raccordo con gli specialisti, nonché la partecipazione a percorsi di prevenzione, educazione sanitaria e promozione di corretti stili di vita.

La programmazione di tali attività verrà definito a livello aziendale, e più nello specifico a livello distrettuale, sulla base dei bisogni assistenziali e organizzativi locali e delle priorità individuate nel rispetto all'art 44 commi 12, 15 e 16 del vigente ACN e all'art47 comma 8.

Art. 11 - PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DELLE ATTIVITA' ORARIE

Le attività a quota oraria, organizzate e gestite a livello di Distretto e delle singole Aziende e nell'ambito delle AFT, sono svolte dai Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (ACN 2024), dai Medici già incaricati a ciclo di scelta e ad attività oraria che aderiscono al Ruolo Unico o che aderiscono su base volontaria (ACN 2026) senza che questo comporti il passaggio al Ruolo Unico, dai Medici del Ruolo Unico a ciclo orario definiti dai precedenti Accordi Collettivi Nazionali. I medici del ruolo unico di assistenza primaria opereranno, insieme ai medici del ruolo unico a quota oraria, in maniera prioritaria:

1. In base all'art. 44 dell'ACN vigente, per soddisfare i fabbisogni di presenza medica e attività di continuità assistenziale diurna e notturna, festiva e feriale presso le Case della Comunità;
2. presenza medica negli Ospedali di Comunità;
3. Unità di Continuità Assistenziale (UCA);
4. attività presso il servizio NEA 116117;
5. Equipe multidisciplinari;
6. Telemedicina e Cure Palliative di Base;
7. Ulteriori funzioni obbligatorie o facoltative definite dal DM 77 o Servizi Distrettuali (es. Ambulatorio Protesica, Ambulatorio STP), ubicati presso la Casa della Comunità, ovvero all'interno dello stesso edificio o in strutture contigue ricomprese nel medesimo perimetro strutturale, che prevedano l'impiego del medico e risultino compatibili con le funzioni della medicina generale previste dagli Accordi Collettivi Nazionali.

L'organizzazione della quota oraria deve garantire, per quanto possibile, il principio di equità nell'assegnazione tra i medici, la riduzione della frammentazione delle ore mediante il ricorso preferenziale a turni di 6 o 12 ore, nonché la limitazione delle variazioni di funzione, al fine di assicurare la continuità delle attività assegnate, salvo diversa richiesta del medico.

In coerenza con l'art 37 del ACN 2026, espletate le procedure di cui all'art 32 dello stesso, qualora in un ambito territoriale permanga una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte o le ore disponibili, in attesa del conferimento di incarichi del ruolo unico

di assistenza primaria ai sensi dell'articolo 33, l'Azienda può conferire incarichi a tempo determinato per l'attività a ciclo di scelta e/o per l'attività oraria utilizzando la graduatoria di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6. Con riferimento a ciascuna delle lettere b), c), d) ed e) della citata graduatoria si interpellano prioritariamente i medici residenti nell'ambito carente, poi nell'Azienda, quindi nella Regione ed infine fuori Regione. Tale incarico a tempo determinato ha durata fino a dodici mesi, cessa alla data di scadenza o di inserimento del medico titolare.

Art. 12 – MASSIMALE ASSISTENZIALE, CALCOLO QUOTA ORARIA E SUE LIMITAZIONI

Art.38 e Art.44 ACN 2024

L'attività a quota oraria dell'art. 10 del presente Accordo Integrativo è gestita e organizzata a livello di Distretto/ASL in collaborazione con il Referente AFT mediante il budget orario a disposizione in relazione al personale, secondo le procedure previste dall'ACN vigente:

L'attività oraria, dell'art. 10 comma 1 del presente accordo, viene assegnata come di seguito riportato:

- Medico del ruolo unico di assistenza primaria secondo il seguente schema, definito dall'art. 38, comma 1, dell'ACN 2024:
 - fino a 400 assistiti: 38 ore;
 - da 401 a 1.000 assistiti: 24 ore;
 - da 1.001 a 1.200 assistiti: 12 ore;
 - da 1.201 a 1.500 assistiti: 6 ore.

- Medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo orario (ex continuità assistenziale):
 - 24 ore settimanali

- Medico del ruolo unico di assistenza primaria già titolare di doppio incarico ad attività oraria ed a ciclo di scelta all'entrata in vigore del presente Accordo:
 - 24 ore, fino a 650 assistiti;
 - 12 ore, da 651 fino a 1.120 assistiti

Per i medici già titolari di doppio incarico prima dell'applicazione dell'ACN del 4 aprile 2024 si applica l'articolo 38 comma 7. In caso di superamento del limite di 650 assistiti il medico potrà richiedere l'applicazione dell'articolo 3, comma 5-ter del D.L. 10 maggio 2023 n. 51, scegliendo di bloccare il massimale a 1000 pazienti e 24 ore. In questa fattispecie, nel calcolo del limite, non vengono calcolati le scelte definite all'articolo 39 del vigente ACN, commi 4, 5, 6 e 7.

Art. 13 - DISCIPLINA DELL'ATTIVITÀ ORARIA

L'attività oraria rappresenta un servizio sanitario rivolto all'intera popolazione del territorio, con particolare attenzione ai cittadini appartenenti al Distretto e alla Casa di Comunità di riferimento.

La gestione del servizio è organizzata e coordinata, sotto il profilo funzionale e operativo, a livello di Distrettuale.

a. Definizione dell'Attività Oraria

Ai fini dell'applicazione del presente accordo, l'attività oraria svolta dai medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria si articola come attività Oraria PNRR, prevista nell'ambito delle misure del PNRR e del D.M. 77/2022.

b. Attività Oraria PNRR (PNRR / D.M. 77)

Compenso orario base di € 25,10 ACN del 15 gennaio 2026, definito a livello nazionale;
Maggiorazione di € **13,62** per ogni ora di servizio connessa alle attività previste dal PNRR e dal D.M. 77/2022 (Presenza Medica o Continuità Assistenziale in CdC, Strutture Aziendali e Ospedale di Comunità, UCA, etc.)

La quota AFT, così come definita dall'ACN 2025 all'art. 47, punto 3.D, prevede un importo di 0,36 euro/ora al raggiungimento degli obiettivi comuni dell'AFT; tale quota sarà declinata in termini di percentuale e di obiettivi sia nella quota AFT sia nella quota del Referente.

Tali integrazioni sono riconosciute anche ai medici del ruolo unico operanti in strutture aziendali non ubicate presso le Case di Comunità hub o spoke, Ospedali di Comunità o strutture aziendali purché dotate di caratteristiche strutturali, strumentali e organizzative assimilabili. Il riconoscimento è subordinato a specifica richiesta del Referente di AFT, da valutarsi in sede aziendale nel rispetto della programmazione regionale.

Ogni Azienda, in coordinamento con il Distretto e in collaborazione con i Coordinatori delle AFT, è responsabile dell'implementazione di un sistema di monitoraggio continuo, con la possibilità di introdurre tempestivamente gli eventuali correttivi necessari.

La modulazione tra l'attività oraria e quella a ciclo di scelta viene definita dall'Azienda, entro tre mesi, in conformità all'art. 38, comma 1, dell'ACN 2026.

Nella pianificazione e organizzazione delle attività a quota oraria, il Coordinatore dovrà tenere conto dell'attività ambulatoriale svolta dai medici Ruolo unico di assistenza primaria, al fine di garantire un'efficiente integrazione tra i diversi ambiti operativi.

Ai medici Ruolo unico di assistenza primaria è attribuita priorità nell'assegnazione delle attività orarie diurne, sia nei giorni feriali che festivi, con l'obiettivo di favorire una programmazione che assicuri un adeguato equilibrio tra impegni professionali e momenti di recupero psicofisico. Gli MRUAP possono essere, a richiesta, esentati dall'attività oraria diurna del giorno successivo alla avvenuta attività oraria notturna fino alle ore 14:00.

In assenza di ulteriori linee di indirizzo o disposizioni normative nazionali, per gli assistiti non iscritti al Servizio Sanitario Regionale si applicano le disposizioni previste dall'art. 46, comma 3, dell'ACN 2026. Per quanto riguarda le attività di cui all'articolo 13 comma B. "Attività Oraria PNRR (PNRR / D.M. 77) del presente AIR, per i residenti nel Lazio o domiciliati iscritti a un medico RUAP, non trova

applicazione il suddetto articolo 46 comma 3 dell'ACN 2026., salvo diverse o successive indicazioni normative.

Art. 14 – Garanzia del Riposo Compensativo e Divieto di Turnazione

In applicazione della Direttiva Europea 2003/88/CE, è auspicabile che il Medico del Ruolo Unico (MRUAP) che svolge attività oraria notturna (Continuità Assistenziale o NEA 116117) non presti attività convenzionale nei successivi 11 break orari consecutivi dal termine del turno.

Il medico ha diritto di rifiutare la prestazione richiesta in violazione del riposo, senza che tale rifiuto possa costituire interruzione di pubblico servizio, inadempimento contrattuale o essere oggetto di sanzione disciplinare.

La copertura dello studio a ciclo di scelta del medico in riposo smontante dalla notte è garantita dall'AFT di afferenza.

ART 15 - TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

QUOTA DEL FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

In conformità a quanto previsto dall'articolo 47 lettera D dell'ACN 2026, è istituito il Fondo dei Fattori Produttivi, quale strumento di riferimento per la gestione e l'integrazione delle risorse destinate al finanziamento delle attività del Ruolo Unico di Assistenza Primaria all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali.

Alla costituzione delle AFT, si istituisce il Fondo dei Fattori Produttivi in ciascuna Azienda così come previsto dall'articolo 47 comma 2 lettera D dell'ACN 15 gennaio 2026. Tale Fondo è costituito dal Fondo di cui all'articolo 46 dell'ACN del 23 marzo 2005, dal Fondo Indennità di Collaboratore di Studio istituito con Delibera n. 1156/2002, nonché dallo stanziamento Regionale utilizzato per il finanziamento delle Unità di Cure Primarie (UCP), al fine di unificare e razionalizzare i finanziamenti del nuovo modello organizzativo territoriale delle AFT.

Tale fondo sarà rimodulato in funzione delle risorse disponibili e dell'effettivo numero di assistiti in carico ai medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria. In particolare, le risorse attribuite saranno proporzionalmente ridotte in caso di diminuzione del carico assistenziale, al fine di garantire un utilizzo equo e sostenibile delle risorse disponibili.

Con il presente accordo, la quota relativa alle forme associative è ridefinita come quota AFT, applicabile sia ai nuovi medici del ruolo unico sia ai medici già appartenenti al ruolo unico a ciclo di scelta. A decorrere dalla data di entrata in vigore dell'AIR 2026, non sarà più possibile aderire alle precedenti forme associative (gruppo, rete o associazione) e la forma organizzativa UCP, le quali sono da considerarsi superate e sostituite dal nuovo modello di Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT).

Per i medici del ruolo unico incaricati ai sensi dell'ACN 2024 a seguito dell'applicazione dell'AIR, è riconosciuta una quota associativa AFT pari a 8,60 euro per assistito. Tale quota può essere integrata:

a) con una quota per il collaboratore di studio pari a 3,50 euro per assistito, fino al raggiungimento di una quota complessiva di 12,10 euro per assistito;

o

b) con una quota per il personale infermieristico pari a 4,00 euro per assistito, fino al raggiungimento di una quota complessiva di 12,60 euro per assistito.

Le quote integrative di cui alle lettere a) e b) sono riconosciute a condizione che siano rispettati e certificati gli standard organizzativi previsti dai punti successivi.

Per i medici già in servizio sono mantenute le quote economiche già riconosciute per le forme associative e organizzative pregresse (gruppo, rete, associazione, UCP), a condizione che siano garantiti e certificati gli standard organizzativi precedentemente assicurati. Tali standard si intendono soddisfatti attraverso la partecipazione dei medici alla nuova forma organizzativa rappresentata dall'AFT.

La quota già riconosciuta a titolo di UCP è ricondotta alla quota associativa AFT. Al fine di garantire uniformità di trattamento, a tutti i medici già in servizio è riconosciuta la quota associativa AFT pari a 8,60 euro per assistito.

Qualora l'ammontare complessivo delle quote associative in godimento non raggiunga tale importo, è prevista un'integrazione fino al raggiungimento della quota di 8,60 euro per assistito.

In ogni caso, la quota complessiva, comprensiva di tutte le voci afferenti al fondo dei fattori produttivi, è definita pari a 12,10 o 12,60 euro per assistito/anno fino a successivi ulteriori Accordi.

Nella quota AFT assistito/anno non è compresa la quota Informatica, la quale sarà disciplinata nella sezione apposita ma sono ricomprese quote associative e quota accoglienza e prossimità.

Si rappresenta, inoltre, che la determinazione del fondo dei fattori produttivi, per come sopra definito, ad oggi garantisce la totalità degli assistiti.

QUOTE ASSOCIATIVE

Ai medici che aderiscono alle forme associative previste dai precedenti accordi (in rete, in gruppo, in associazione semplice o complessa) e che, in base agli accordi regionali e aziendali vigenti alla data di sottoscrizione del presente accordo, percepiscono un compenso specifico per tale adesione, tale indennità — in conformità a quanto disposto dalla nota finale n. 10 dell'ACN 2026 — continuerà ad essere corrisposta nella stessa misura economica a decorrere dalla data di pubblicazione del presente atto.

Tutte le forme organizzative precedentemente istituite si integreranno progressivamente nelle forme associative costituende, individuate nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), secondo il modello organizzativo e di erogazione definito a livello regionale, con il superamento e la cessazione dei precedenti modelli assistenziali. Tale transizione avverrà in coerenza con la programmazione aziendale e nel rispetto delle disposizioni previste dagli accordi regionali e nazionali vigenti.

Ai medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria delle AFT e che non risultano titolari di precedenti forme associative o compensi pregressi, sarà riconosciuta una quota pari a 8,60€ per assistito/anno.

QUOTA ACCOGLIENZA E PROSSIMITA' (Collaborazione di Studio e Infermiere)

Per i medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria già inseriti in precedenti forme associative e che dispongono di collaboratori di studio o personale infermieristico sulla base dei precedenti accordi, restano confermate le modalità e le quote economiche già in essere.

Per i nuovi medici del Ruolo Unico e per coloro che, pur avendo un contratto pregresso, non dispongono ancora di collaboratore di studio o infermiere, si applicano le seguenti disposizioni:

- Collaboratore di studio: è riconosciuta una quota annua di € 3,50 per assistito, a condizione che il collaboratore garantisca un impegno minimo di:
 - b. 10 ore settimanali per i medici con oltre 1.000 assistiti;
 - c. 5 ore settimanali per i medici fino a 1.000 assistiti.
- Infermiere: è riconosciuta una quota annua di € 4,00 per assistito, qualora l'infermiere assicuri un impegno minimo di:
 - 8 ore settimanali per i medici con oltre 1.000 assistiti;
 - 4 ore settimanali per i medici fino a 1.000 assistiti.

Nel caso in cui l'infermiere sia condiviso tra più medici, è prevista una quota annua di € 2,00 per assistito per ciascun medico, a condizione che il professionista garantisca complessivamente almeno 8 ore settimanali di attività.

FLUSSI INFORMATIVI E ADEMPIMENTI INFORMATICI

Tra gli adempimenti informatici a carico degli MMG assumono carattere rilevante: l'alimentazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, l'invio della ricetta dematerializzata e l'inoltro dei dati necessari all'alimentazione del flusso NSIS dedicato all'assistenza primaria (SIAP).

Per quanto concerne l'alimentazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, la necessità di tale adempimento deriva dalle indicazioni di legge e dei decreti interministeriali: il DL 179/2012 e ss.mm.ii. in primis individua tra i soggetti tenuti ad alimentare il Fascicolo tutti gli esercenti le professioni sanitarie che prendono in cura l'assistito, sia nell'ambito del SSN sia al di fuori. Successivamente, il decreto interministeriale del 7 settembre 2023 e ss.mm.ii. ribadisce tale obbligo e dettaglia ulteriormente gli adempimenti relativi all'alimentazione del Fascicolo con il Profilo Sanitario Sintetico (PSS), la cui compilazione e aggiornamento sono espressamente attribuiti al MMG per i propri assistiti e riguardo al quale il decreto 7 giugno 2025 definisce le indicazioni attuative sui

contenuti informativi dello stesso, indicando per ciascun contenuto informazioni utili alla sua compilazione.

Lo stesso ACN richiama tra gli obblighi disciplinati dalla normativa nazionale il Fascicolo Sanitario Elettronico, sia in termini di debito informativo, sia in termini di utilizzo in consultazione -compresa la correlata attività di gestione del consenso, quale strumento utile per garantire la continuità dell'assistenza e la presa in carico.

In conformità con il principio di sussidiarietà e cooperazione istituzionale, l'adempimento di tale obbligo da parte del Medico del Ruolo Unico è supportato, in base al principio di reciprocità informatica, dalla Regione Lazio che garantisce a tutte le strutture sanitarie pubbliche (Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari, IRCCS) e tutte le strutture private accreditate e convenzionate la possibilità di alimentare tempestivamente e sistematicamente il FSE con i verbali di pronto soccorso, le lettere di dimissione, i referti specialistici e i flussi di diagnostica di loro competenza, al fine di facilitare l'alimentazione del Profilo Sanitario Sintetico (Patient Summary) o dei percorsi di presa in carico da parte dell'MMG.

Si precisa che, nell'ambito di tale attività, Regione Lazio si fa carico della quota per la formazione degli MMG ai fini della corretta compilazione del PSS e del corretto utilizzo del Fascicolo, contrattualizzando direttamente con i fornitori degli applicativi.

Con riferimento alla normativa in materia di tessera sanitaria e di ricetta elettronica, l'invio della ricetta dematerializzata a carico degli MMG, fino ad ora effettuato tramite colloquio diretto con il Sistema di Accoglienza Centrale (SAC), dovrà essere veicolato per il tramite del Sistema di Accoglienza Regionale (SAR). In questo caso gli adeguamenti dei sistemi informatici utilizzati dagli MMG sono a carico di Regione Lazio, che provvederà a contrattualizzare direttamente con i fornitori degli applicativi per le necessarie modifiche.

Tra gli adempimenti informatici si inserisce anche il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Primaria (SIAP), introdotto nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e istituito con Decreto del Ministero della Salute del 4 agosto 2025, di cui la Regione Lazio ha preso atto con Deliberazione della Giunta Regionale n. 835 del 25 settembre 2025.

Il SIAP costituisce uno dei nuovi debiti informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) ed è finalizzato alla rilevazione, trasmissione e monitoraggio delle attività e delle prestazioni erogate nell'ambito delle cure primarie.

A decorrere dal 1° gennaio 2027, tale flusso assume carattere obbligatorio secondo le modalità e i tracciati definiti a livello nazionale e regionale.

In quanto debito informativo NSIS, l'alimentazione del flusso SIAP costituisce obbligo per i soggetti erogatori, i quali sono tenuti ad assicurare la disponibilità e l'adeguatezza dei propri sistemi informativi ai requisiti tecnici e organizzativi disciplinati dalla normativa vigente che prevede la trasmissione a Regione di dati pseudonimizzati, che la Regione provvederà a trasmettere al Ministero della Salute.

INDENNITÀ INFORMATICA

La quota informatica non è ricompresa nell'importo complessivo di 12,10 euro per assistito, ma costituisce una voce autonoma e aggiuntiva, riconosciuta separatamente rispetto alle altre componenti della quota.

Per i medici già titolari di precedenti accordi e per i nuovi medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, l'indennità informatica resta confermata nella misura attualmente riconosciuta, pari a € 100,00 mensili.

QUOTA VARIABILE

È prevista una quota annua variabile destinata al finanziamento di programmi specifici di attività orientati al governo clinico, pari a € 3,08 per assistito/anno, ripartita in base agli obiettivi raggiunti e nel rispetto dei livelli programmati di spesa.

Tale quota è incrementata di € 1,66 per assistito/anno a decorrere dal 1° ottobre 2022 e di ulteriori € 1,90 per assistito/anno dal 1° gennaio 2021, con finalità di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici.

Il fondo complessivo destinato alla quota variabile ammonta a € 6,64 per assistito/anno. Tali obiettivi sono definiti annualmente nell'ambito di appositi tavoli di contrattazione. Gli stessi possono essere oggetto di variazioni, in funzione delle esigenze aziendali, nell'ambito dei tavoli previsti a livello aziendale, limitatamente alla modifica degli indicatori e non delle quote assegnate, previa comunicazione e accettazione da parte degli organi regionali competenti. L'importo complessivo sarà ripartito sulla base dei seguenti parametri e obiettivi di attività, articolati in tre principali aree di intervento:

- adesione agli screening;
- miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (con particolare attenzione a diabete mellito, BPCO, scompenso, cardiopatia ischemica, insufficienza renale cronica ed altre eventualmente ritenute di interesse per la rilevanza epidemiologica o per la programmazione regionale, quali le forme precoci di demenza);
- appropriatezza prescrittiva farmacologica e specialistica

MEDICINA D'INIZIATIVA

Nell'ambito delle politiche di governo clinico e in coerenza con il quadro strategico di evoluzione del Servizio Sanitario Regionale, la Regione Lazio promuove lo sviluppo di un modello di medicina di iniziativa orientato al superamento di un approccio esclusivamente reattivo e alla costruzione di un sistema proattivo, capace di intercettare precocemente i bisogni di salute della popolazione, promuovere la prevenzione e garantire una presa in carico strutturata e continuativa degli assistiti, avvalendosi delle risorse economiche derivanti dal residuo di cui all'art. 47, punto B dell'ACN, integrate da fondi specifici definiti annualmente nell'ambito della programmazione regionale e aziendale.

In particolare, nel contesto della programmazione regionale e in relazione al disavanzo 2025, la Regione Lazio individua quale strumento prioritario per l'impiego di tali risorse il progetto di presa

in carico digitale (di seguito, il progetto), rivolto sia agli assistiti apparentemente sani sia ai pazienti cronici, con l'obiettivo di rafforzare la medicina di iniziativa su base territoriale, valorizzare il ruolo delle cure primarie attraverso modelli organizzativi innovativi e digitali, potenziare le azioni di prevenzione, migliorare la gestione della cronicità e rendere più efficaci e personalizzati gli interventi assistenziali, in un'ottica di sanità proattiva, integrata e sostenibile.

Il quadro normativo e contrattuale di riferimento per tale progetto è rappresentato dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2024, confermato e rafforzato dall'ACN 2026, e dai successivi provvedimenti attuativi, che prevedono esplicitamente la possibilità di reimpiegare le risorse non utilizzate per il governo clinico del paziente – con riferimento alla quota AFT (ciclo di scelta e ciclo orario) e alla quota variabile del referente AFT – per la realizzazione di specifici programmi di presa in carico, coerenti con gli obiettivi di sanità di iniziativa, prevenzione e gestione della cronicità.

In tale ambito, il modello di medicina di iniziativa messo a punto prevede la presa in carico dell'assistito anche grazie a una piattaforma tecnologica accessibile ai cittadini tramite App dedicata ai professionisti sanitari tramite un'interfaccia riservata, con profili, visualizzazioni e funzionalità differenziate in base alla tipologia di utente.

Il progetto è articolato su due principali direttrici:

- presa in carico del cittadino apparentemente sano, finalizzata al monitoraggio proattivo dello stato di salute, alla prevenzione primaria e alla promozione di corretti stili di vita;
- presa in carico e monitoraggio del paziente cronico, attraverso percorsi assistenziali strutturati, continuativi e basati sull'uso sistematico dei dati clinici e di contesto.

Nell'ambito del progetto è prevista, tra l'altro, da parte dei Medici di Medicina Generale, l'erogazione delle seguenti prestazioni.

Prestazioni dedicate ai cittadini apparentemente sani

Nell'ambito del progetto è prevista, da parte dei Medici di Medicina Generale, l'erogazione delle seguenti prestazioni dedicate ai cittadini apparentemente sani, a partire dal 1° gennaio 2027 e subordinatamente alla predisposizione e all'attivazione di un sistema di rendicontazione delle attività. La valorizzazione e la corresponsione degli importi avverranno su base trimestrale, con riferimento al trimestre precedente, per ciascun medico e limitatamente ai propri assistiti.

Prestazione di ingaggio erogabile una tantum:

Servizio di base di promozione e orientamento e di assistenza guidata: € 26,80.

I MMG rappresenteranno canali iniziali di contatto, supporto e arruolamento, in grado di favorire l'ingresso degli assistiti nella Piattaforma e promuoverne il coinvolgimento.

Il MMG individuerà gli assistiti a cui proporre il servizio, sulla base dei seguenti criteri individuati dalle Società Medico Scientifiche e relativi alla fase pilota:

- inclusione di assistiti con età compresa tra i 18 e i 74 anni;
- esclusione di assistiti con almeno una patologia cronica o una patologia progressiva rilevante;
- esclusione di assistiti che assumano regolarmente farmaci correlati alle patologie croniche (diabete, bpc, scompenso);
- esclusione di assistiti in stato di gravidanza o che abbiano partorito nei sei mesi precedenti.

Il MMG presenterà il servizio, avvalendosi di eventuale materiale di comunicazione fornito da Regione Lazio, illustrandone le caratteristiche, il funzionamento e i benefici.

Qualora l'assistito manifesti la volontà di aderire, il MMG lo supporterà nel download e nella registrazione guidata dell'App.

Successivamente, offrirà supporto nella configurazione dell'App e nel primo accesso e utilizzo (es. nella compilazione di questionari).

Sarà messo a disposizione dei MMG un canale di supporto; in caso di necessità, i MMG potranno inviare una e-mail all'indirizzo dedicato per segnalare criticità, formulare proposte migliorative o rappresentare esigenze degli assistiti.

Nell'ottica di valorizzare l'intero ecosistema degli strumenti digitali che contribuiscono alla presa in carico globale dell'assistito, l'erogazione del "Servizio di base di promozione, orientamento e assistenza guidata" costituisce un'occasione per promuovere l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico. Il compenso sarà pertanto corrisposto esclusivamente per gli assistiti che, contestualmente all'iscrizione all'App relativa al progetto di medicina di iniziativa, rilascino il consenso alla consultazione dei propri dati nel FSE.

Ferma restando la centralità del MMG quale punto di riferimento privilegiato per l'arruolamento e il supporto all'adesione, i cittadini potranno altresì registrarsi autonomamente tramite l'App o avvalersi degli ulteriori punti di contatto previsti dal progetto.

Tale servizio comprende:

- informazione sull'iniziativa;
- distribuzione di materiale informativo;
- supporto al download dell'App;
- registrazione guidata in App;
- supporto alla configurazione dell'App;
- supporto all'accesso e primo utilizzo (es. compilazione dei questionari);
- supporto all'assistito nel rilascio del consenso alla consultazione dei dati del Fascicolo Sanitario Elettronico, ovvero raccolta e registrazione del medesimo consenso a cura del medico.

Prestazioni sanitarie

Con frequenza annuale l'App invita l'assistito a rilevare ed inserire specifici parametri clinici (colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, glicemia, trigliceridi, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, BMI) per la definizione del profilo utente.

Per la rilevazione di tali parametri, l'assistito, ove lo ritenga opportuno, potrà rivolgersi al proprio MMG.

Le rilevazioni effettuate presso il MMG saranno erogate senza oneri a carico dell'assistito.

Il MMG eseguirà le prestazioni richieste secondo le procedure previste dalla normativa vigente in materia.

Qualora necessario, il MMG supporterà l'assistito nell'inserimento dei valori delle misurazioni in App.

L'assistito potrà in ogni caso rivolgersi alla struttura o al punto di erogazione di proprio gradimento — quali laboratori di analisi o altri servizi accreditati — per effettuare le rilevazioni, ovvero avvalersi degli ulteriori canali previsti dal progetto.

Prestazioni eseguibili con periodicità annuale che prevedono remunerazione

- 90.14.3 – Colesterolo totale: € 1,20.
- 90.14.1 – Colesterolo HDL: € 1,80.
- 90.43.2 – Trigliceridi: € 1,10.
- 90.16.3 – Creatinina (non associabile a 90.16.4): € 1,10.
- 90.27.1 – Glucosio (non associabile a Osmolarità 90.34.8 e a glucosio dosaggio seriale dopo carico 90.26.5): € 1,00.

Prestazioni eseguibili con periodicità annuale già ricomprese nella pratica clinica ordinaria:

- Pressione arteriosa e frequenza cardiaca.
- Indice di massa corporea (BMI).

Le suddette attività, ancorché rilevate ai fini del percorso di presa in carico, rientrano nelle prestazioni cliniche già ordinariamente garantite dal Medico di Medicina Generale nell'ambito della visita standard dell'assistito e sono pertanto incluse nei livelli assistenziali correnti, senza oneri aggiuntivi.

Quota di fidelizzazione annuale:

Quota di controllo clinico annuale per gli anni successivi: €6,00.

Tale quota, è riconosciuta in occasione della rivalutazione annuale, contestualmente all'erogazione delle prestazioni previste con cadenza annuale, la cui esecuzione presuppone la permanenza dell'assistito tra gli iscritti all'App.

Il progetto è rivolto agli assistiti apparentemente sani di età compresa tra i 18 e i 74 anni, al fine di valutarne efficacia, sostenibilità e impatto organizzativo, nonché di testarne usabilità e accettabilità

da parte degli assistiti e dei professionisti, raccogliendo evidenze sul miglioramento degli esiti di salute.

Sviluppo progressivo del modello di medicina di iniziativa

Il modello sarà progressivamente esteso anche alla presa in carico dei cittadini con patologie croniche, con priorità per le condizioni a maggiore prevalenza. A tal fine, la fase pilota dedicata alla cronicità avrà avvio con il PDTA relativo al BPCO, fermo restando che la patologia di avvio potrà essere ridefinita sulla base delle specifiche priorità programmatiche regionali.

La fase pilota dedicata alla cronicità avrà inizio a partire dal 1° gennaio 2027 e avrà una durata stimata di quattro mesi, fermo restando che tale termine potrà essere ridefinito sulla base dei risultati emersi nel corso della sperimentazione. Al termine della fase pilota, si procederà con l'introduzione graduale di ulteriori patologie. Tale estensione avverrà in coerenza con gli obiettivi di rafforzamento dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77 e con i principi di equità di accesso ai LEA su tutto il territorio regionale.

In tale prospettiva evolutiva, il progetto si svilupperà anche attraverso una più chiara definizione del ruolo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) all'interno dei Percorsi Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PPDTA), rafforzando l'integrazione multiprofessionale e la continuità assistenziale.

Integrazione dei percorsi diagnostico-assistenziali

Nel quadro della gestione proattiva della cronicità, nei PDTA regionali sono stati individuati specifici esami e prestazioni clinico-diagnostiche funzionali alla presa in carico del paziente cronico, articolati in:

- esami di inquadramento iniziale, finalizzati all'ingresso del paziente nel percorso assistenziale;
- esami di monitoraggio periodico, destinati al follow-up routinario e alla valutazione dell'aderenza terapeutica e dell'evoluzione clinica.

L'integrazione di tali percorsi all'interno dell'applicazione ha l'obiettivo di supportare il medico nella pianificazione temporale delle prestazioni, offrendo uno strumento operativo che faciliti il rispetto delle scadenze previste dai PDTA e contribuisca alla continuità assistenziale nel tempo.

I relativi criteri di appropriatezza e la periodicità dei controlli sono definiti negli appositi PDTA di riferimento.

Nell'ambito del progetto è prevista, da parte dei Medici di Medicina Generale, l'erogazione delle seguenti prestazioni dedicate ai cittadini con cronicità, a partire dal 1° gennaio 2027 e subordinatamente alla predisposizione e all'attivazione di un sistema di rendicontazione delle attività. La valorizzazione e la corresponsione degli importi avverranno su base trimestrale, con riferimento al trimestre precedente, per ciascun medico e limitatamente ai propri assistiti.

Prestazioni dedicate ai cittadini con cronicità

Prestazioni dedicate ai cittadini con cronicità

Prestazione di ingaggio erogabile una tantum:

Valutazione clinica finalizzata alla verifica dell'idoneità dell'assistito all'attivazione del percorso PDTA digitale all'interno dell'App, comprensiva di attività di orientamento e di assistenza guidata all'avvio del percorso: € 26,80.

I MMG rappresenteranno canali iniziali di contatto, supporto e arruolamento, in grado di favorire l'ingresso degli assistiti con cronicità nella Piattaforma e promuoverne il coinvolgimento.

Il MMG individuerà gli assistiti ai quali proporre il servizio, sulla base dei seguenti criteri di inclusione:

- età compresa tra i 18 e i 74 anni;
- presenza di una patologia cronica tra quelle per le quali è attivo un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) nell'ambito del progetto.

Individuato l'assistito potenzialmente eleggibile, il MMG procederà a una valutazione clinica preliminare, finalizzata alla verifica dell'idoneità dell'assistito all'attivazione del percorso PDTA digitale. Nell'ambito di tale valutazione, il MMG potrà, ove necessario, procedere alla prescrizione di eventuali esami o prestazioni sanitarie utili a completare il quadro clinico e a valutare l'effettiva idoneità dell'assistito al percorso PDTA.

A seguito della conferma dell'idoneità, il MMG proporrà all'assistito la partecipazione al progetto e presenterà il servizio, avvalendosi di eventuale materiale di comunicazione fornito da Regione Lazio, illustrandone le caratteristiche, il funzionamento e i benefici.

Qualora l'assistito manifesti la volontà di aderire, il MMG lo supporterà nel download dell'App e nella registrazione guidata. Successivamente, offrirà supporto nella configurazione dell'App e nel primo accesso e utilizzo delle funzionalità (es. compilazione dei questionari).

Sarà messo a disposizione dei MMG un canale di supporto dedicato; in caso di necessità, i MMG potranno inviare una e-mail all'indirizzo dedicato per segnalare criticità, formulare proposte migliorative o rappresentare specifiche esigenze degli assistiti.

Con l'avvio della fase progettuale specificamente dedicata agli utenti con cronicità, saranno definiti e comunicati i criteri di inclusione definitivi, anche ad integrazione di quelli sopra indicati, sulla base dell'evoluzione del modello e degli esiti della sperimentazione.

Nell'ottica di valorizzare l'intero ecosistema degli strumenti digitali che contribuiscono alla presa in carico globale dell'assistito, l'erogazione del "Servizio di base di promozione, orientamento e assistenza guidata" costituisce altresì un'occasione per promuovere l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico. Il compenso sarà pertanto corrisposto esclusivamente per gli assistiti che, contestualmente all'iscrizione all'App relativa al progetto di medicina di iniziativa, rilascino il consenso alla consultazione dei propri dati nel FSE.

Ferma restando la centralità del MMG quale punto di riferimento privilegiato per l'arruolamento e il supporto all'adesione, i cittadini potranno altresì rivolgersi ai medici specialisti di riferimento per l'ingresso nel progetto.

Tale servizio comprende:

- prescrizione, ove necessario, di eventuali esami o prestazioni sanitarie utili a valutare l'effettiva idoneità dell'assistito al percorso PDTA;
- valutazione clinica dell'assistito ai fini della verifica dell'idoneità all'attivazione del percorso PDTA;
- informazione sull'iniziativa;
- distribuzione di materiale informativo;
- supporto al download dell'App;
- registrazione guidata in App;
- supporto alla configurazione dell'App;
- supporto all'accesso e primo utilizzo (es. compilazione dei questionari);
- supporto all'assistito nel rilascio del consenso alla consultazione dei dati del Fascicolo Sanitario Elettronico, ovvero raccolta e registrazione del medesimo consenso a cura del medico.

Prestazioni erogabili secondo la frequenza specifica prevista dai PDTA

In coerenza con i principali PDTA relativi alle patologie croniche a maggiore prevalenza, sono stati individuati i seguenti set prestazionali.

Per l'effettuazione di tali prestazioni, l'assistito potrà altresì rivolgersi alla struttura o al punto di erogazione di proprio gradimento — quali laboratori di analisi o altri servizi accreditati.

1. PDTA Diabete mellito

- Microalbuminuria: € 4,11.
- Creatinina clearance: € 1,60.
- Emoglobina glicata (HbA1c): € 7,41 (indicativamente 2 controlli/anno).
- Oftalmoscopia – (prestazione prevista, in corso di definizione codice dedicato).

2. PDTA Scompenso cardiaco

- Elettrocardiogramma: € 11,60.
- Peptide natriuretico di tipo B (BNP o NT-proBNP): € 16,55.

3. PDTA Broncopneumopatia cronica ostruttiva – BPCO

- Spirometria semplice: € 24,00.

Valorizzazione annua dei percorsi di presa in carico

Per ciascun assistito cronico che raggiunga i target clinici di seguito indicati, è riconosciuta al MMG una quota annua aggiuntiva pari a € 6,00 per ciascun assistito preso in carico nel relativo percorso:

- pazienti diabetici con valori di HbA1c entro i target previsti nelle due misurazioni annuali (valutazione positiva con 2 controlli annui);

- pazienti affetti da BPCO sottoposti a spirometria periodica e aderenti alla terapia prescritta (almeno 08 confezioni annue);
- pazienti con scompenso cardiaco sottoposti a monitoraggio clinico periodico (effettuazione accertamenti clinici (Peptide natriuretico di tipo B (BNP o NT-proBNP) + 6 controlli del peso annuale.

L'integrazione sistematica di tali prestazioni all'interno dei percorsi assistenziali consentirà di rafforzare la presa in carico proattiva, migliorare il monitoraggio clinico e favorire una gestione più appropriata e continuativa delle principali patologie croniche ad elevato impatto epidemiologico.

Piattaforma per la rendicontazione delle attività

La Regione Lazio metterà a disposizione dei MMG una piattaforma finalizzata alla rendicontazione delle attività erogate nell'ambito del progetto.

La piattaforma rappresenterà uno strumento standard e centralizzato per la registrazione e la consultazione delle prestazioni erogate, consentendo ai MMG di accedere a informazioni riepilogative funzionali alle attività di verifica e di rendicontazione periodica delle prestazioni svolte.

Rendicontazione

La rendicontazione delle attività svolte dai MMG nell'ambito del progetto avverrà secondo modalità standardizzate, tracciabili e coerenti con il quadro normativo e contrattuale vigente, al fine di garantire trasparenza, verificabilità e correttezza amministrativo contabile.

Saranno oggetto di rendicontazione esclusivamente le prestazioni effettivamente erogate e riconducibili al perimetro del progetto.

Le modalità operative di rendicontazione, ivi inclusi gli strumenti utilizzabili, i contenuti informativi richiesti e le procedure di verifica e validazione, saranno definite con successivo e specifico provvedimento regionale.

Resta inteso che la responsabilità della correttezza, completezza e veridicità delle informazioni rendicontate sarà in capo al MMG, anche ai fini dei controlli amministrativi e contabili previsti dalla normativa vigente.

Idoneità dei locali e della strumentazione utilizzata per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Accordo sono erogate nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia di sicurezza, igiene e tutela della salute, nonché di quanto disposto dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni. Il Medico di Medicina Generale è responsabile del mantenimento dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici per tutta la durata dell'Accordo.

Le sedi operative per l'erogazione delle prestazioni previste dal progetto sono individuate nelle sedi AFT, opportunamente dotate di strumentazione di primo livello, in coerenza con un modello di assistenza territoriale orientato alla prossimità, all'integrazione professionale e alla medicina di iniziativa.

Formazione

La formazione dei MMG coinvolti nel progetto assumerà un ruolo di primaria importanza e rappresenterà un elemento imprescindibile per il corretto svolgimento delle attività previste. Tale formazione sarà specificamente rivolta alle funzioni che i MMG dovranno assolvere, in particolare riguarderà i servizi di promozione, orientamento e assistenza guidata degli utenti, in qualità di punti di contatto.

La formazione sarà erogata in modalità di formazione a distanza (FAD), sia sincrona sia asincrona, al fine di garantire flessibilità, ampia partecipazione e continuità dell'apprendimento.

Rilascio del referto o dell'attestato di esito

Il rilascio del referto o dell'attestato di esito delle prestazioni erogate avverrà nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente, dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'Art. 8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

QUOTA PAZIENTI CRONICI

Ai medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria sarà attribuita una quota pari a € 0,20 per ciascun paziente cronico/anno identificato sulla base del codice di esenzione per patologia o di specifica classificazione clinica o invalidità civile.

QUOTA REFERENTE AFT

La quota spettante al Referente AFT, derivante dalla quota annua finanziata con le risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010 quale incremento contrattuale, pari a euro 0,81 per assistito, al netto delle eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6 del medesimo Accordo e delle decurtazioni preventive previste per il finanziamento di cui all'articolo 10, comma 4, e all'articolo 30, comma 6, sarà determinata in rapporto all'impiego svolto e alla popolazione di riferimento.

Tale quota sarà articolata in una componente fissa e in una componente variabile: la componente fissa sarà calcolata sulla base della popolazione di riferimento, mentre la componente variabile sarà correlata agli elementi di impiego e agli indicatori definiti secondo le modalità stabilite in sede aziendale e regionale.

PAZIENTI AFFERENTI ALLA AFT	QUOTA FISSA MENSILE	TOTALE QUOTA FISSA	QUOTA VARIABILE A OBIETTIVI	TOTALE
meno di 10 mila	450,00 €	5.400,00 €	600,00 €	6.000,00 €
10 - 20 mila	700,00 €	8.400,00 €	1.200,00 €	9.600,00 €
più di 20 mila	1.000,00 €	12.000,00 €	2.400,00 €	14.400,00 €

QUOTA FISSA REFERENTE AFT

La quota fissa della remunerazione del Referente AFT, derivante dalle risorse di cui all'ACN 8 luglio 2010, sarà determinata sulla base della popolazione di riferimento assegnata all'AFT. Tale quota è finalizzata a remunerare in modo strutturale le funzioni connesse al ruolo di Referente AFT ed è riconosciuta in misura proporzionale al bacino di utenza di riferimento.

QUOTA VARIABILE AFT

La quota AFT e la quota del Referente AFT saranno erogate al raggiungimento degli obiettivi. In particolare:

- l'ACN 2026 prevede una quota AFT per singolo medico pari a 1,32 € per paziente;
- per i medici del ruolo unico a quota oraria è prevista una quota pari a 0,36 € per ora.
- quota variabile per il Referente AFT

Gli obiettivi relativi alla quota AFT e alla quota variabile AFT del referente sono definiti annualmente nell'ambito di appositi tavoli di contrattazione. Gli stessi possono essere oggetto di variazioni, in funzione delle esigenze aziendali, nell'ambito dei tavoli previsti a livello aziendale, limitatamente alla modifica degli indicatori e non delle quote assegnate, previa comunicazione e accettazione da parte degli organi regionali competenti.

La quota variabile è erogata secondo un meccanismo progressivo basato sul raggiungimento degli indicatori assegnati all'AFT, fino a un massimo di quattro indicatori complessivi.

In particolare:

- il 50% della quota è riconosciuto al raggiungimento di almeno un indicatore;
- il 75% della quota è riconosciuto al raggiungimento di almeno due indicatori;
- il 100% della quota è riconosciuto al raggiungimento di almeno tre indicatori su quattro.

La quota sarà erogata a fine anno, a seguito della validazione degli indicatori previsti, secondo le modalità e le tempistiche definite dai competenti organi aziendali e regionali.

QUOTA COORDINATORE DISTRETTUALE QUOTA ORARIA

È individuata la figura del Coordinatore distrettuale per l'attività a quota oraria, con funzioni di coordinamento organizzativo e supporto alla programmazione delle attività a livello distrettuale.

Al Referente distrettuale è riconosciuta una quota economica aggiuntiva pari a: € 400 mensili, corrispondenti a 4.800 euro annui.

Il compenso è erogato con cadenza mensile ed è correlato allo svolgimento delle funzioni assegnate, secondo le modalità definite dagli accordi attuativi aziendali.

QUOTA SERVIZI

È istituito un fondo dedicato alla Quota Servizi, destinato al sostegno e alla remunerazione delle attività territoriali e domiciliari del Ruolo Unico di Assistenza Primaria la cui entità viene definita annualmente dalla programmazione regionale, secondo quanto previsto dall'art. 47 comma 2 lettera c del vigente ACN, comprensivo di :

- attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Assistenza Domiciliare Programmata (ADP);
- attività svolte presso le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA);
- accessi domiciliari connessi alle Cure Palliative e alla gestione delle Ondate di Calore;
- attività relative alle PPIP (Prestazioni Aggiuntive di Particolare Impegno Professionale)

Accessi Domiciliari

Gli accessi domiciliari di qualunque tipologia sono retribuiti nella misura di € 18,90 per ciascun accesso. Si precisa che non è consentita la ripetizione di più accessi domiciliari nello stesso giorno per il medesimo assistito.

RSA

Nell'ambito delle funzioni assistenziali nella RSA, orientate alla presa in carico globale dell'ospite, alla continuità delle cure e alla gestione proattiva della cronicità, il medico è tenuto a garantire una presenza strutturata e programmata in struttura.

Nello specifico:

- a) Ciascun medico convenzionato può assistere complessivamente nella suddetta forma non più di 60 (sessanta) assistiti, di cui non più di 40 (quaranta) nella stessa struttura, fra tutti coloro che hanno effettuato la scelta in suo favore.
- b) Il medico di medicina generale, quando presente nella struttura, garantirà l'assistenza urgente anche ad altri ospiti che non hanno effettuato la scelta in suo favore, in caso di condizioni cliniche gravi e non differibili.
- c) L'orario di servizio e le modalità di assolvimento degli obblighi assistenziali, saranno concordate tra il MMG ed il medico dell'ASL sentito il responsabile di RSA.
- d) La presenza del MMG all'interno della struttura è così regolamentata:
 - Da 1 a 4 assistiti: 1 accesso al mese
 - Da 5 a 10 assistiti: 1 accesso ogni 15 gg
 - Da 11 a 20 assistiti: 1 accesso alla settimana
 - Da 21 a 30 assistiti: 2 accessi alla settimana
 - Da 31 a 40 assistiti: 3 accessi alla settimana
- e) Le visite sono finalizzate alla valutazione clinica periodica, all'aggiornamento del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), al monitoraggio delle terapie e alla gestione tempestiva di eventuali criticità, in un'ottica di integrazione multiprofessionale.
- f) Ai fini della retribuzione, le prestazioni devono essere rendicontate nei flussi informativi regionali e nazionali (es.NSIS, SIAP, Transitional Care, etc.) tramite cooperazione applicativa (mediante compilazione della scheda di valutazione prevista).

PREVENZIONE E VACCINAZIONI

Eventuali attività progettuali relative alla prevenzione individuale dei pazienti, incluse le campagne vaccinali e iniziative tese a garantire un accesso sempre più ampio alle vaccinazioni in linea con il life course approach , saranno disciplinate e affidate tramite specifici accordi annuali con l'Area Prevenzione e con le Aziende sanitarie.

Nelle more della definizione di ulteriori intese, restano validi gli accordi attualmente in essere; si lavorerà inoltre in maniera corale con l'Area Prevenzione e con le Aziende per implementare progressivamente le funzioni e ampliare l'offerta dei vaccini messi a disposizione dei medici.

ART 16 - DIRITTI SINDACALI, PARTECIPAZIONE A COMITATI E COMMISSIONI

Ai componenti di parte medica convenzionati per la medicina generale presenti nei Comitati e Commissioni dell'ACN e da normative Nazionali, Regionali, Aziendali e Distrettuali, è corrisposto, per ciascuna seduta, un rimborso forfettario onnicomprensivo di € 120,00 lordi. Tale onere è a carico dell'Azienda di iscrizione del medico partecipante.

Hanno diritto al rimborso, nella misura sopra prevista, i medici di Medicina generale, componenti effettivi e supplenti solo in caso di assenza del titolare, che partecipano a:

- Comitato regionale di cui all'articolo 12 ACN 15 gennaio 2026
- Comitati aziendali di cui all'articolo 13 ACN 15 gennaio 2026
- Gruppi di lavoro regionali previsti dai presenti accordi e/o deliberati dalla Regione e Gruppi di lavoro aziendali o distrettuali deliberati dalle AA.SS.LL. in merito
- Ufficio di Coordinamento dell'attività distrettuale (indennità spettante al membro di diritto individuato dall'Azienda e ai 2 membri eletti)
- Commissione per l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse prevista al comma B dell'art. 17 del presente accordo (verificare il nuovo tipo di capd)
- Tutte le altre Commissioni, Gruppi di lavoro o Tavoli Tecnici deliberati dalla Giunta Regionale o dall'Assessorato e necessari all'attuazione di quanto previsto dal presente accordo e dall'ACN

I rimborsi di cui al presente articolo sono a carico dell'Azienda nell'ambito della quale opera il singolo medico, salvo la possibilità di rivalsa delle stesse per Commissioni deliberate da Aziende Ospedaliere o altre.

I rimborsi sono riconosciuti al medico nei tempi e con le modalità previste dall'ACN 23 marzo 2005 e saranno corrisposti con voce specifica tra gli emolumenti mensili.

Ai fini della corresponsione del rimborso di cui ai precedenti commi, il segretario del Tavolo della Commissione o del Comitato comunica alla ASL di appartenenza la presenza agli stessi.

ART 17 – FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Verranno intrapresi percorsi congiunti di formazione e aggiornamento continuo rivolti al personale convenzionato, con l'obiettivo di rafforzare le competenze professionali e gestionali su temi strategici per l'evoluzione del sistema sanitario regionale.

Si faciliterà l'organizzazione di percorsi formativi multiprofessionali e multidisciplinari ai fini di una maggiore integrazione di sistema specie per le tematiche clinico assistenziali relative alla appropriatezza diagnostica e prescrittiva, ai nuovi modelli di assistenza sanitaria, a quanto oggetto di valutazione secondo l'art. 14 del presente AIR.

La disciplina del presente articolo e quanto relativo alle attività didattiche e formative di cui all'art 26 e 27 del vigente ACN è rinviata nei suoi elementi applicativi a un apposito Tavolo Regionale

Inoltre, verrà istituito un corso di formazione specifico per i Responsabili di Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), finalizzato al potenziamento delle competenze di management, coordinamento dei gruppi di lavoro e monitoraggio degli obiettivi assistenziali. Tale percorso sarà strutturato in moduli teorico-pratici e integrerà elementi di leadership, programmazione strategica e valutazione delle performance di équipe.

ART – 18 DEFINIZIONE ZONE DISAGIATE

Zone disagiatissime: Criteri di identificazione

Permangono come **zone disagiatissime** le **isole** ove non è presente un presidio ospedaliero in grado di prendere in carico situazioni di emergenza o di maggiore complessità.

Zone disagiate: Criteri di identificazione

Le Aziende dovranno procedere alla riclassificazione dei Comuni, frazioni o località del proprio territorio sulla base dei seguenti criteri di identificazione delle zone disagiate e parzialmente disagiate:

- Densità della popolazione inferiore a 40 ab/km² (dati ARS 2024);
- Indice di invecchiamento superiore a 310 (>65 anni rispetto ≤14 anni, dati ARS 2024);
- Comuni, frazioni o località, in particolar modo montani, che, per condizioni di viabilità, trasporto pubblico o altre motivazioni specificamente indicate dall'Azienda Sanitaria, risultino difficilmente accessibili o logisticamente svantaggiate;
- Apertura dell'attività su tre studi ubicati in Comuni diversi, che comporti un significativo impegno organizzativo e gestionale.

Valutazione e conferimento dello status

Le richieste di classificazione o riclassificazione delle zone come disagiate, avanzate dalle Aziende sulla base dei criteri sopra indicati, verranno valutate a livello regionale ai fini del conferimento o della conferma di tale status.

Compensi aggiuntivi e non cumulabilità

Il compenso aggiuntivo previsto per le zone disagiate e disagiatissime resta invariato e corrisponde a quanto già stabilito nei precedenti accordi regionali vigenti (AIR 2006, DCA 2017)

Si precisa che non è ammessa la cumulabilità di più riconoscimenti relativi a zone disagiate o disagiatissime per il medesimo medico o incarico.

Quota zona disagiata: 600€ mensili

Quota zona disagiatissima: 1200 € mensili

Rivalutazione quota oraria per presenza medica e continuità assistenziale pari al 100% per le Zone Disagiatissime e 50% per le Zone Disagiate.

ART – 19 RETE INFORMATICA DELL’AFT

1. I medici Ruolo Unico della medesima AFT sono funzionalmente collegati tramite una rete informatico-telematica che consente, nel rispetto della normativa su privacy e sicurezza dei dati, la condivisione delle informazioni cliniche necessarie a garantire un’adeguata presa in carico degli assistiti e la continuità delle cure.
2. In attesa dell’attuazione del modello organizzativo previsto dal presente Accordo, la disciplina del presente articolo è rinviata a un apposito Tavolo Regionale; gli accordi ivi definiti confluiranno in un addendum all’AIR, costituendone parte integrante e sostanziale

Art. 20 – FORMA ORGANIZZATIVA EQUIPE MULTIDISCIPLINARE – UCCP

1. In coerenza con l’Atti di programmazione regionale di cui alla DGR n. 1216/2025 e DGR 1264/2025, le forme organizzative multiprofessionali già riconducibili alle UCCP sono attuate attraverso Équipe Multidisciplinari operanti all’interno delle Case di Comunità, anche in raccordo telematico, nonché presso strutture e presidi territoriali individuati dalle Aziende in accordo con il coordinamento regionale. Le Équipe hanno una sede funzionale di riferimento all’interno delle Case di Comunità nel rispetto degli indirizzi regionali vigenti.
2. Le Équipe multidisciplinari concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute e di attività assegnati dall’Azienda sanitaria, operando in integrazione funzionale con le AFT e assicurando risposte coordinate e continuative ai bisogni assistenziali complessi della popolazione di riferimento.

ART. 21 – COORDINATORE DELLA UCCP

1. Il coordinatore della Equipe Multidisciplinare/UCCP può essere individuato tra i Medici del Ruolo Unico mediante avviso pubblico dell’Azienda Sanitaria Locale, con selezione per titoli e colloquio e nomina da parte di apposita commissione. Qualora il coordinatore individuato sia un medico RUAP, si applicano le disposizioni di cui all’art. 10, comma 1, dell’ACN in materia di procedura di designazione e criteri di scelta. L’incarico ha durata triennale. I parametri di

selezione verranno definiti in sede di Comitato Regionale della Medicina Generale e in accordo con i Comitati Regionali degli altri professionisti in convenzione.

2. I candidati devono garantire la disponibilità e la continuità della funzione per l'intera durata dell'incarico; non sono pertanto ammissibili medici per i quali sia prevedibile il collocamento in quiescenza prima della naturale scadenza del mandato. Il coordinatore è soggetto a valutazione annuale da parte del Direttore Generale e dal Direttore di Distretto, o di un loro delegato, sulla base di obiettivi e indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda.
3. Al medico del ruolo unico di assistenza primaria cui è attribuita la funzione di coordinatore della UCCP/Équipe multidisciplinare è riconosciuto un compenso aggiuntivo pari a 600,00€ mensili, corrispondenti a 7.200,00€ su base annua, secondo le modalità definite dall'Azienda Sanitaria Locale.
4. Le funzioni di coordinatore di AFT e di coordinatore di UCCP/Équipe multidisciplinare sono tra loro incompatibili e non possono essere svolte contemporaneamente dal medesimo medico.

ART 22 - SUPPORTO ALLA GENITORIALITÀ E ALL'ACCUDIMENTO

1. Ai medici di medicina del ruolo unico sono riconosciute, nei limiti di compatibilità con il rapporto convenzionale e della normativa vigente, tutte le tutele previste dall'ordinamento in materia di genitorialità e accudimento.
2. L'Azienda, in collaborazione con i referenti AFT, favorisce condizioni organizzative idonee a facilitare lo svolgimento delle attività istituzionali dei medici nelle seguenti situazioni, oltre a quanto previsto dall'art. 22 comma 2 lett b e comma 3, dell'ACN
 - a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
 - b) adozione o affido nei primi 12 mesi;
 - c) assistenza a minori conviventi con disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992;
 - d) assistenza a familiari entro il secondo grado con disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992.
3. Le medesime condizioni si applicano anche:
 - a) ai medici con figli di età inferiore a 6 anni;
 - b) ai medici con disabilità proprie o di familiari entro il secondo grado, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992.
4. l'autolimitazione delle attività a ciclo di scelta in misura non inferiore al rapporto ottimale di cui all'ACN vigente;
5. la possibilità di limitare il massimale orario, su richiesta del medico, come segue:
 - dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti fino a 24 ore;
 - da 401 a 1000 assistiti fino a 12 ore;
 - da 1001 a 1200 assistiti fino a 6 ore;
 - nessun debito orario è dovuto oltre le 1200 scelte.
6. I medici di medicina generale in stato di gravidanza e in allattamento fino al settimo mese di vita del bambino sono assegnati, nell'ambito delle attività a quota oraria, a funzioni a basso

- rischio biologico o infettivo. E' possibile l'eventuale sospensione o riduzione del carico orario o la rimodulazione del carico presso setting a minore rischio (es. NEA116117, telemedicina)
7. Ai sensi dell'art. 22, comma 3, dell'ACN, il medico di medicina generale può richiedere la sospensione parziale di una delle due funzioni convenzionali per periodi non superiori a 18 mesi nell'arco di cinque anni nei casi di:
 - a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
 - b) adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dall'adozione o dall'affido;
 - c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
 - d) assistenza a familiari, anche temporaneamente conviventi, con inabilità totale e titolari di indennità di accompagnamento.
 8. Nei casi di cui alle lettere a), b), c) e d), il medico può optare per la sospensione del ciclo di scelta. Nei soli casi di cui alle lettere a) e b), su richiesta del medico, l'Azienda può autorizzare, in alternativa alla sospensione, un'articolazione dell'attività mediante ciclo orario diurno, compatibilmente con le esigenze organizzative e di flessibilità del servizio.
 9. In caso di scelta della sospensione, il medico dovrà individuare il relativo sostituto per il ciclo di scelta. Qualora non vi provveda o in caso di assenza del sostituto individuato, l'incarico relativo alla funzione sospesa verrà temporaneamente sospeso e l'Azienda procederà alla nomina di un sostituto. In caso di scelta della sospensione della funzione, il medico è tenuto a individuare un sostituto nell'ambito del ciclo di scelta. Qualora non vi provveda, o in caso di assenza del sostituto individuato, la sostituzione potrà essere temporaneamente assicurata da uno dei medici appartenenti all'AFT che abbia preventivamente manifestato la propria disponibilità, per un periodo massimo di 30 giorni. Decorso tale termine, ovvero qualora non sia disponibile alcun medico dell'AFT, l'Azienda provvederà alla nomina del sostituto secondo le modalità previste dall'art. 36 dell'ACN vigente. Durante il periodo intercorrente fino all'individuazione del sostituto, l'incarico relativo alla funzione sospesa si intende temporaneamente sospeso.
 10. In caso di attività a ciclo orario, questa dovrà essere garantita prioritariamente dall'AFT di riferimento con riconoscimento della quota oraria relativa; ove ciò non sia possibile o risulti insufficiente, l'Azienda propone la sostituzione secondo ordine previsto art 36 comma 5.

ART. 23 - COMPENSO PER IL TURNO DI REPERIBILITÀ E FESTIVITÀ DI PARTICOLARE IMPORTANZA

Si concorda di compensare il turno di reperibilità con un compenso forfettario pari a 50 euro, relativo a un'ora e mezza di attività. Tale compenso va sommato alla remunerazione del servizio nel caso di attivazione del turno effettivo. Per le zone disagiatissime si prevede una quota ulteriore pari al 50% dell'importo, mentre per le zone disagiate si prevede una quota ulteriore pari al 20% dell'importo.

Le reperibilità totali dovranno essere in numero comunque non superiori al numero di turni effettivamente svolti.

2. Le ore di attività prestate nelle festività di particolare importanza, ossia nelle giornate e negli orari sotto indicati, sono retribuite con una maggiorazione di € 15/h rispetto al compenso orario di riferimento dell'incarico. Si elencano tali festività:

- 1 gennaio ore 08,00 – 20,00;
- 6 gennaio ore 08.00 – 20,00;
- Pasqua ore 08,00 – 20,00; ore 20,00 – 8,00;
- Lunedì di Pasqua ore 08,00 – 20,00;
- 25 aprile ore 08,00 – 20,00;
- 1 maggio ore 08,00 – 20,00;
- 2 giugno ore 08,00 – 20,00;
- 29 giugno ore 08.00-20.00 (solo per Comune Roma Capitale)
- 15 agosto ore 08,00 – 20,00;
- 1 novembre ore 08,00 – 20,00;
- 08 dicembre ore 08,00 – 20,00;
- 24 dicembre ore 20,00 - 08,00;
- 25 dicembre ore 08.00 – 20.00 – ore 20.00 – 08.00;
- 26 dicembre ore 08.00 – 20.00;
- 31 dicembre ore 20.00 – 08.00.

ART. 24 – DISCIPLINA DELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

1. Qualora l'azienda ne ravvisi l'esigenza, l'orario massimo settimanale dei medici con incarico a tempo indeterminato può essere incrementato, nel rispetto di quanto stabilito dall'articolo 50, comma 1, dell'ACN, fino a un limite complessivo di 38 ore settimanali.

2. Gli accordi aziendali possono disciplinare:

- le modalità di coinvolgimento dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato in progetti assistenziali e in progetti obiettivi, eventualmente collegati a compensi variabili negli ambiti di riferimento dei professionisti in servizio e fino alla equiparazione emolumentale alla quota oraria del medico di ruolo unico di assistenza primaria come da articolo 5, comma 1, tabella b2 dell'ACN, definiti in sede di contrattazione aziendale;
- l'attribuzione di incarichi con specifiche responsabilità ai medici in conformità a quanto previsto dagli articoli 51, commi 6 e 7, e 57, comma 3, dell'ACN.

ART. 25 – DISCIPLINA DELLA EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

La definizione della materia di cui al presente articolo è rinviata a uno specifico Tavolo di confronto della Delegazione regionale; le intese ivi raggiunte confluiranno in un apposito addendum all'AIR, con pieno valore di integrazione dello stesso

ART. 26 - COMMISSIONI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA INTERDISTRETTUALE

L'Accordo disciplina la presenza di organismi di confronto e partecipazione a livello aziendale e regionale (Comitato aziendale e Comitato regionale), con funzioni di monitoraggio, programmazione, verifica delle attività convenzionate e raccordo tra Aziende sanitarie e rappresentanze della medicina generale.

Tali organismi svolgono un ruolo consultivo e propositivo in materia di organizzazione dei servizi territoriali, appropriatezza delle cure, programmazione delle attività, gestione degli accordi regionali e monitoraggio degli obiettivi assistenziali.

Le modalità organizzative, le competenze specifiche e l'eventuale aggiornamento delle funzioni delle Commissioni saranno oggetto di ridiscussione in un apposito tavolo tecnico, finalizzato alla loro revisione e adeguamento al nuovo modello organizzativo territoriale e alle esigenze di integrazione multiprofessionale.

ART. 27 – DISCIPLINA DELLA ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

La definizione della materia di cui al presente articolo è rinviata a uno specifico Tavolo di confronto della Delegazione regionale; le intese ivi raggiunte confluiranno in un apposito addendum all'AIR, con pieno valore di integrazione dello stesso

Art. 28 - TUTOR UNIVERSITARI NELLA FORMAZIONE PRE-LAUREA

Nel quadro della formazione pre-laurea prevista per la laurea abilitante in Medicina e Chirurgia, viene confermata per tutto il 2026 la corresponsione della quota prevista per i tutor coinvolti nelle attività formative degli studenti presso le strutture territoriali e gli studi dei medici.

A partire dal 2027, la quota attualmente prevista verrà sospesa, ma la materia sarà oggetto di uno specifico tavolo di confronto che coinvolgerà le Organizzazioni Sindacali (OOSS) e le Università. L'obiettivo del confronto sarà quello di ridefinire modalità, responsabilità e strumenti di sostegno alla funzione tutoriale, alla luce dei cambiamenti intervenuti negli ultimi anni nel sistema formativo.

La necessità di aprire un confronto strutturato nasce innanzitutto dal quadro normativo vigente, che attribuisce alle università competenze specifiche nella gestione della formazione pre-laurea e nell'organizzazione dei percorsi didattici legati alla laurea abilitante. A ciò si aggiunge un contesto in forte evoluzione, caratterizzato da un aumento del numero delle università e dei corsi di laurea in medicina, oltre che da una crescita significativa del numero degli studenti iscritti.

Questo scenario rende sempre più centrale il ruolo della formazione sul campo e del tutoraggio clinico, richiedendo una riflessione condivisa sulle modalità organizzative e sulle risorse necessarie per sostenere in modo efficace l'attività dei tutor e garantire la qualità della formazione dei futuri medici.

Il tavolo di confronto previsto per il prossimo periodo rappresenterà quindi l'occasione per definire un modello aggiornato e sostenibile di collaborazione tra università, sistema sanitario e

professionisti coinvolti nella formazione degli studenti di medicina e servirà a rafforzare gli aspetti specifici della formazione in medicina generale.

Art. 29

L'attivazione progressiva dei tavoli di cui agli articoli 19,25,26,27 avrà luogo secondo il seguente cronoprogramma.

Cronoprogramma attuativo dei Tavoli regionali e degli Addendum AIR

Decorrenza dalla sottoscrizione AIR prevista per 1 ottobre 2026.

Articolo AIR	Ambito	Attività prevista	Tempistica dalla sottoscrizione AIR	Scadenza prevista
Art. 24	Medicina dei Servizi Territoriali	Attivazione del Tavolo regionale e definizione dell'addendum attuativo	Entro 3 mesi	Settembre 2026
Art. 19	Rete Informatica AFT	Attivazione del Tavolo della rete informatico-telematica delle AFT e predisposizione dell'addendum tecnico-organizzativo	Entro 3 mesi	Settembre 2026
Art. 27	Assistenza negli Istituti Penitenziari	Attivazione del Tavolo regionale dedicato alla disciplina dell'assistenza sanitaria penitenziaria	Entro 4 mesi	Novembre 2026
Art. 26	Commissioni Appropriatazza Prescrittiva	Revisione organizzativa e funzionale delle Commissioni e definizione del nuovo modello operativo	Entro 4 mesi	Novembre 2026
Art. 25	Emergenza Sanitaria Territoriale	Definizione della disciplina dell'Emergenza Sanitaria Territoriale mediante specifico Tavolo regionale e predisposizione dell'addendum AIR	Entro 6 mesi	Gennaio 2027
	Formazione	Istituzione gruppo per la formazione al fine di stilare il programma regionale		

NORME FINALI

Norma finale 1

Modalità di assunzione del personale di studio.

Per ottenere la prevista indennità, il collaboratore di studio deve essere assunto ai sensi del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) degli Studi Professionali ovvero assunto da società di servizi, cooperative o associazioni. Ai fini della presente disposizione, il contratto di servizio stipulato con tali soggetti è equiparato a un rapporto di lavoro disciplinato dal CCNL Studi Professionali, livello 4 Super.

Norma finale 2

Eventuali accordi aziendali possono essere stipulati in integrazione e miglioramento di quanto previsto dal presente accordo.

Norma finale 3

Laddove si dovesse verificare per il Tavolo della Salute Penitenziaria un ritardo rispetto alle scadenze fissate dall'art. 29 si convocherà su richiesta del Comitato Regionale un Tavolo specifico per l'adeguamento della parte emolumentale del trattamento economico nelle more della definizione dell'accordo.

Norma finale 4

Il presente Accordo Integrativo Regionale entrerà in vigore in data a far data dal 01 ottobre 2026.

Norma finale 5

In caso di ricusazione da parte del Medico, il paziente potrà effettuare la scelta di un altro medico appartenente alla medesima AFT solo previa acquisizione del consenso formale scritto del medico prescelto.

Firmato da : Regione Lazio

Fimmg

Snami

Smi

FMT