



**Approvazione dello schema di Accordo Integrativo  
Regionale in attuazione dell'ACN per la disciplina dei  
rapporti con i medici di medicina generale  
del 4 aprile 2024 - Triennio 2019/2021**



Premessa .....	4
1. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali e loro consolidamento regionale.....	6
1.1 Il contesto regionale.....	6
1.2 Caratteristiche delle AFT .....	6
1.2 Revisione delle AFT .....	6
1.3 La sede di riferimento della AFT .....	7
1.4 Il regolamento di funzionamento dell’AFT .....	7
1.5 Compiti delle AFT.....	8
1.6 La rete informatica di AFT .....	8
2. Il Referente di AFT.....	10
2.1 Nomina.....	10
2.2 Decadenza del referente .....	10
2.3 Compiti del Referente .....	10
2.4 Remunerazione del Referente dell’AFT.....	11
2.4.1 Indennità di Referente di AFT .....	11
2.4.2 Indennità addizionale di AFT .....	12
3. Fabbisogno Assistenziale di AFT e fabbisogno orario .....	13
4. Medici del ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) .....	15
4.1 Attribuzione del medico RUAP all’ AFT.....	15
4.2 Servizi ad attività oraria in cui il medico del RUAP può essere chiamato ad operare .....	15
4.3 Quote orarie del Medico RUAP .....	15
5. Disciplina dell’attività oraria.....	16
5.1 Introduzione.....	16
5.2 Definizione dell’Attività Oraria.....	16
5.3 Riorganizzazione dei servizi ed evoluzione dell’attività oraria .....	16
5.4 Attività oraria Avanzata .....	16
5.5 Coordinatore Attività Oraria di AFT .....	16
5.6 Assegnazione del servizio a quota oraria .....	17
5.7 Trattamento economico dell’attività oraria .....	18
5.8 Criteri di priorità per l’attribuzione dell’attività oraria avanzata. ....	18
5.9 Specifiche transitorie per lo svolgimento dell’attività oraria ai medici del RUAP .....	18
6 Forme associative dei medici a ruolo unico di assistenza primaria.....	20
6.1 Premessa .....	20
6.2 Attivazione evolutiva delle forme associative dei medici RUAP .....	20
6.3 I requisiti delle forme associative .....	22
6.3.1 Associazione di AFT .....	22
6.4 Indennità economica per le Forme associative .....	23
6.5 Quota di Associazione di AFT .....	23
6.6 Quota incentivante correlata a obiettivi di processo e risultato dell’associazione di AFT .....	24



7. Collaborazione di Studio e Infermieristica.....	25
7.1 Premessa .....	25
7.2 Richiesta e Requisiti per le Indennità .....	25
7.3 Valore delle indennità .....	26
7.4 Sperimentazione collaboratore Operatore Socio Sanitario o assistente sanitario .....	26
8. Accordo aziendale.....	27
9. Trattamento economico del medico del ruolo unico di assistenza primaria e costituzione dei fondi aziendali .....	28
9.1 Quota capitaria.....	28
9.2 Fondo Aziendale della Quota Variabile e Governo Clinico.....	28
9.3 Costituzione Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi .....	29
9.4 Disposizioni specifiche sulle indennità .....	30
10. Appropriatezza prescrittiva farmaceutica .....	31
10.1 Premessa .....	31
10.2 Alimentazione del Fondo.....	31
10.3 Destinazione del Fondo.....	31
11. Appropriatezza prescrittiva specialistica e contenimento dei tempi di attesa .....	33
11.1 Premessa .....	33
11.2 Obiettivi.....	33
11.3 Costituzione Fondo annuale Appropriatezza Prescrittiva Specialistica .....	34
12 Forma organizzativa multiprofessionale UCCP.....	35
13. Festa del Patrono e Prefestivo .....	36
14. Zone disagiate e disagiatissime .....	37
15. Misure atte a fronteggiare la carenza assistenziale del RUAP .....	38
16. Assistenza domiciliare .....	39
17. Sanità d’Iniziativa .....	40
18. ART. 22 ACN 2024 – Sospensione dagli incarichi e dalle attività convenzionali .....	41
18.1 Specifiche per gravidanza, genitorialità e adozioni.....	41
18.2 Medici corsisti titolari di rapporto convenzionale temporaneo.....	41
19. Tavolo Tecnico di Coordinamento Regionale.....	42
Norme Finali .....	43
Norme transitorie .....	44
Norma transitoria n. 1.....	44
Norma transitoria n. 2.....	44
Norma transitoria n. 3.....	44
Norma transitoria n. 4.....	44
Norma transitoria n. 5.....	44
ALLEGATO A .....	47

### Premessa

La Regione Toscana in continuità con le esperienze già maturate nei modelli della sanità territoriale, in attuazione dei principi e degli standard definiti dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 e in coerenza con le azioni previste dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sperimenta e promuove il presente Accordo Integrativo Regionale (AIR) per la Medicina Generale, con l'obiettivo di potenziare e riorganizzare l'assistenza territoriale secondo un modello proattivo, multidisciplinare e orientato alla presa in carico integrata della popolazione e ne auspica un prossimo inserimento nel contratto nazionale.

L'intesa rappresenta un'evoluzione del sistema regionale toscano, storicamente orientato alla medicina di iniziativa e alla prevenzione della cronicità, e si inserisce nel solco delle riforme già avviate in particolare con riferimento all'apertura delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali degli ospedali di comunità, il NEA116117 e all'attivazione del modello di medicina di popolazione, alla stratificazione della complessità assistenziale, ai Progetti Assistenziali Individuali (PAI) e alla progressiva valorizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) come strumento operativo di condivisione e continuità delle cure.

In questo quadro, il presente Accordo:

- riconosce e valorizza il Ruolo Unico della Medicina Generale e ne consolida la funzione strategica all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e delle Case della Comunità;
- rafforza il coinvolgimento attivo dei MMG nella presa in carico proattiva delle persone con fragilità, patologie croniche o multipatologie, anche tramite l'utilizzo sistematico degli strumenti di stratificazione della popolazione assistita;
- promuove la diffusione e l'adozione operativa del PAI – Progetto Assistenziale Individuale Integrato, con il MMG come figura centrale nella costruzione e nell'aggiornamento del percorso di cura condiviso con il team multiprofessionale;
- definisce nuovi strumenti di coordinamento tra professionisti territoriali, potenziando l'integrazione tra MMG, infermieri di famiglia e comunità, specialisti territoriali, assistenti sociali e operatori del terzo settore;
- sostiene l'utilizzo diffuso e strutturale del Fascicolo Sanitario Elettronico, in raccordo con i Sistemi Informativi Regionali (SIR), come mezzo per documentare l'attività clinica, migliorare la continuità assistenziale e favorire la comunicazione tra professionisti e con il cittadino.

Il presente AIR intende inoltre sostenere:

- la presenza ambulatoriale e la disponibilità oraria del MMG, anche in contesti ad alta densità di popolazione fragile;
- la formazione e l'aggiornamento continuo del personale convenzionato su temi strategici: digitalizzazione, gestione del rischio clinico, presa in carico proattiva, transizione epidemiologica e cronicità;
- la partecipazione attiva del MMG alle attività delle Case della Comunità, sia in forma fisica che virtuale, come fulcro della nuova rete territoriale definita dal DM 77/2022.

Il presente Accordo, in conformità agli indirizzi definiti nell'atto di programmazione regionale di cui alla DGR n. 326/2025, è il risultato di un confronto costruttivo tra Regione Toscana, Aziende Sanitarie Locali e Organizzazioni Sindacali della Medicina Generale, nel rispetto degli orientamenti nazionali e regionali per l'evoluzione del Servizio Sanitario Pubblico e della sanità



di prossimità, con l'obiettivo prioritario di garantire appropriatezza, equità e continuità delle cure per tutti i cittadini toscani.

La Regione Toscana e le rappresentanze sindacali della Medicina Generale condividono la necessità di costruire un'alleanza strategica per garantire un'offerta assistenziale territoriale accessibile, equa, sostenibile e orientata alla qualità, superando la frammentazione e promuovendo modelli organizzativi innovativi, capaci di potenziare la prossimità, la prevenzione e la continuità delle cure.

## 1. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali e loro consolidamento regionale

### 1.1 Il contesto regionale

La Regione Toscana già nell'Accordo integrativo regionale di cui alla DGR n. 1231/ 2012 ha regolamentato le modalità organizzative della Medicina Generale alla luce dell'ACN/2009, disciplinando la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali ( AFT).

Le importanti trasformazioni del Servizio Sanitario Nazionale e regionale intervenute successivamente alla sottoscrizione dell'AIR/2012, sia in relazione al quadro normativo che in termini di mutamenti sociali, richiedono una revisione del citato Accordo regionale in conformità con l'ACN 2024 ed in coerenza con le indicazioni per il ridisegno dell'assistenza territoriale dettate dal DM 77/2022 e PNRR.

Si dà atto che nel corso degli ultimi anni sono state istituite anche le AFT della Pediatria di libera scelta e della Specialistica ambulatoriale.

### 1.2 Caratteristiche delle AFT

L'AFT è una forma organizzativa monoprofessionale che persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda secondo un modello-tipo coerente con i principi dell'ACN e definito dalla Regione.

Le AA.FF.TT. condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

Tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta che su base oraria, operano all'interno delle AFT ed aderiscono al relativo sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) regionale e nazionale, quale condizione necessaria per l'accesso e il mantenimento della convenzione (art 8 comma 1 ACN/24) nei modi definiti dall'ACN stesso.

La AFT è priva di personalità giuridica.

### 1.2 Revisione delle AFT

La costituzione delle AFT in Regione Toscana, realizzata in accordo con le OO.SS., ha tenuto conto dei criteri di popolazione, di norma 30.000 assistiti, ed anche di specificità di alcune aree geografiche, come densità abitativa e conformazione orografica, che hanno richiesto particolare attenzione a garanzia dell'equità.

In Regione Toscana attualmente sono attive 115 AFT di cui:

- 39 nella Azienda USL Toscana Nordovest
- 31 nella USL Toscana Sud Est
- 45 nella USL Toscana Centro.

Considerato che l'attuale assetto è antecedente all'entrata in vigore dell'ACN/2024 , che individua l'AFT come base per la valutazione della carenza assistenziale, si ritiene necessario che le Aziende diano avvio ad un processo di revisione delle AFT al fine di apportare le eventuali modifiche necessarie per adeguare l'organizzazione al nuovo modello .

Tale riscontro deve essere effettuato contestualmente alla revisione degli ambiti territoriali di scelta tenuto conto che l'art. 32, comma 3, dell'ACN/2024 prevede che la AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale a scelta e su base oraria.

La revisione delle AFT e degli ambiti territoriali di scelta deve essere oggetto di informativa al Comitato Aziendale.

La revisione delle AFT deve prevedere una delimitazione geografica precisa - comuni e nomi delle vie nelle realtà urbane - e i medici sono assegnati all'AFT sulla base della collocazione dello studio principale puntando all'obiettivo di far coincidere il più possibile la delimitazione di ambito di scelta e di AFT.

Le Aziende hanno l'obbligo di effettuare una revisione organica degli ambiti territoriali entro il 31/12/2025 al fine di permettere la pubblicazione delle zone carenti per l'anno 2026, riconducendoli ove possibile, per AFT sovracomunali, alle AFT, anche in funzione della riorganizzazione dell'attività di assistenza primaria a ciclo orario, al fine di una coerente definizione del fabbisogno assistenziale nell'ottica dell'applicazione del ruolo unico.

Per gli ambiti territoriali comunali comprendenti più AFT le aziende dovranno definire un territorio di riferimento per ogni AFT e l'attribuzione dei medici all'AFT avverrà, come già detto in altro punto, tenuto conto della sede dello studio principale.

Qualora la revisione delle AFT comporti una modifica di almeno il 30% dei componenti deve essere prevista anche la nuova nomina del referente di AFT.

### 1.3 La sede di riferimento della AFT

In occasione della revisione delle AFT dovrà essere indicata, per ognuna di queste, la sede di riferimento che, in via preferenziale, dovrà essere all'interno delle CdC previste dal DM 77/22 sia Hub che Spoke nel rispetto della programmazione aziendale e regionale.

La sede di riferimento della AFT è individuata in modo condiviso dalla Zona Distretto e dal Referente di AFT.

Qualora sul territorio su cui insiste l'AFT siano presenti più CdC, la scelta privilegerà in prima battuta le CdC hub. Qualora siano presenti anche strutture spoke, dopo che sarà stata coperta la sede hub con la sede di riferimento di una AFT, le restanti AFT potranno trovare la propria sede di riferimento sugli spoke all'interno del territorio della propria AFT.

La sede di riferimento della AFT è il luogo ove l'AFT stessa garantisce la continuità dell'assistenza affiancando il piano di coordinamento dell'apertura degli studi.

Nella sede di riferimento l'AFT organizza gli ambulatori per le prestazioni non differibili, realizzati anche attraverso la presenza di medici in attività oraria e aperti per 24 ore 7/7 diurne negli hub e 12 ore 6/7 negli spoke.

### 1.4 Il regolamento di funzionamento dell'AFT

Ai sensi dell'art. 29, comma 12 dell'ACN/2024, il funzionamento interno alla AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato Aziendale su proposta del Dipartimento di Medicina Generale.

Il regolamento tipo deve dettagliare almeno i seguenti elementi:

- azioni di governo clinico interne alla AFT: modalità di incontro dei medici, tempistiche, regolamentazione degli incontri ecc..
- organizzazione della AFT
- piano di coordinamento dell'apertura degli studi
- modalità di contattabilità della AFT.

Il Dipartimento di Medicina generale supporta i coordinatori delle AFT nelle azioni per il perseguimento degli obiettivi.

### 1.5 Compiti delle AFT

I compiti essenziali delle AFT sono definiti dall'art. 29, commi 6 e 8, dell'ACN/2024 ed avendo anche a riferimento quanto contenuto nell'AIR del 2012 si sottolineano i seguenti compiti :

1. Assicurare il piano di continuità dell'assistenza dell'AFT
2. Attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
3. Sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema;
4. partecipare e implementare attività di prevenzione sulla popolazione in raccordo con la Medicina di Comunità e il Dipartimento della prevenzione ed eventuali altre attività assistenziali che si dovessero rendere necessarie a livello aziendale;
5. Attuare gli obiettivi di AFT concordati con l'Azienda.
6. assicurare la copertura nelle aree assistenziali che presentano criticità attraverso la presenza di medici RUAP a rapporto orario oppure con ambulatori secondari;
7. prendere in carico i pazienti cronici, fragili e complessi operando in equipe multiprofessionale nella casa della comunità di riferimento, elaborando un PAI che viene monitorato, aggiornato e verificato nel tempo
8. sviluppare, secondo le indicazioni che saranno elaborate dai gruppi tecnici, le attività di assistenza domiciliare con una copertura in linea con i target PNRR e l'assistenza nelle strutture residenziali
9. collaborare attivamente con COT garantendo la presa in carico dei pazienti in transizione e dimissioni complesse
10. realizzare la copertura vaccinale di AFT, effettuata dai medici dell'AFT, secondo programmazione zonale

### 1.6 La rete informatica di AFT

L'art. 29, comma 9, dell'ACN/2024 prevede che i medici assegnati alle AFT siano funzionalmente connessi tra di loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che deve consentire l'accesso di ogni medico alle informazioni cliniche per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure. La rete dovrà essere dotata di caratteristiche di interoperabilità e costituita entro giugno 2026.

Premesso che al punto 3.9 dell'AIR 2012 era stato previsto un sistema informativo/informatico dell'AFT, realizzato solo in parte, tenuto conto dell'evoluzione informatica in corso di realizzazione in ambito nazionale e regionale (FSE, ANA, Sistema TS, Sistema informatico domiciliare, ecc.), si ritiene ormai imprescindibile la realizzazione della connessione in rete di tutti i medici afferenti alla AFT per consentire un'effettiva ed efficace presa in carico, nell'arco delle 24 ore, anche in caso di assenza/impedimento del medico che ha in carico l'assistito o nel caso in cui l'assistito risulti oggettivamente impossibilitato ad effettuare una scelta.

L'AFT deve essere dotata di una piattaforma informatica, da realizzarsi entro il 30 settembre 2026, che consenta le azioni di governo clinico attraverso la condivisione dei dati relativi ai propri obiettivi ed al proprio profilo di assorbimento delle risorse sanitarie compreso un flusso di dati di report che consenta l'estrazione ed elaborazione dei dati per l'invio alle aziende e regione entro settembre 2026.

Ai fini della garanzia della continuità assistenziale, la rete deve essere attivata anche su più



AFT, a seconda della programmazione organizzativa.

## 2. Il Referente di AFT

### 2.1 Nomina

L'art. 30, comma 1, dell'ACN/2024 prevede che le modalità di individuazione del Referente di AFT e dei loro sostituti, siano definiti dal regolamento di funzionamento della AFT come specificato nel presente documento.

Data l'esperienza maturata in questi anni in Regione Toscana, si conferma l'individuazione del Referente di AFT come di seguito specificato:

1. 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.
2. E' candidabile alla funzione di Referente il medico che appartiene alla AFT, che sia titolare a tempo indeterminato di rapporto convenzionale e che sia disponibile a svolgere tale funzione garantendone la continuità per la durata prevista. Si precisa che non sono candidabili medici per i quali sia prevedibile il collocamento in quiescenza prima della decadenza naturale dell'incarico da referente.
3. L'elezione del Referente è ratificata con delibera del Direttore Generale dell' Azienda Sanitaria di appartenenza.
4. La durata dell'incarico è fissata in tre anni decorrenti dalla data del provvedimento di ratifica.
5. in caso di dimissioni o decadenza del Referente deve essere indetta una nuova elezione. Il nuovo Referente assumerà l'incarico il cui termine resta comunque quello previsto dal normale mandato.
6. Il Referente entro due mesi dall'elezione individua un sostituto tra i medici appartenenti all'AFT e lo comunica formalmente all'Azienda.
7. Il sostituto subentra nelle funzioni del Referente titolare in caso di assenza o impedimento del titolare per un periodo superiore ad un mese consecutivo: l'indennità è erogata al sostituto dal secondo mese di assenza del titolare.

### 2.2 Decadenza del referente

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

- su richiesta di 2/3 dei medici dell'AFT
- per mancato conseguimento degli obiettivi organizzativi e/o ottemperanza ai compiti previsti dall'art. 30 dell'ACN/2024
- per mancato raggiungimento degli obiettivi di processo come specificato nel corso del presente atto.

### 2.3 Compiti del Referente

Il referente di AFT svolge i compiti previsti dall'art. 30 dell'ACN/2024 avendo anche a riferimento quanto contenuto nell'AIR 2012 ed in particolare:

1. coordina l'attività assistenziale dell'AFT ai sensi dell'Art 30 comma 3, informando l'ASL in caso di necessità per il reclutamento di nuovi medici attraverso la graduatoria aziendale di disponibilità seguendo le specifiche procedure aziendali.

2. Indice, organizza, conduce e coordina le riunioni mensili di AFT, sia a carattere organizzativo che clinico, rivolte a tutti i medici afferenti alla AFT, redigendo ed inviando il relativo verbale al Direttore del dipartimento di medicina generale.
3. Si coordina con le AFT della Pediatria e della Specialistica ambulatoriale.
4. Tratta gli obiettivi di budget e di risultato con l'Azienda e ne cura l'applicazione a livello di AFT per il raggiungimento degli obiettivi.
5. Il Referente assicura il raggiungimento di obiettivi di processo e di risultato come descritto nel presente accordo;
6. Verifica l'attività annuale dell'AFT e ne predispone la relazione sul raggiungimento degli obiettivi assegnati.
7. Collabora con l'Azienda nella diffusione delle informazioni, nelle iniziative formative, nelle necessità organizzative correlate a specifiche iniziative aziendali.
8. Coordina la definizione del piano di continuità dell'assistenza H24 per sette giorni su sette.
9. Coordina le attività di gestione della cronicità, di diagnostica di primo livello e ogni altra progettualità dell' AFT.
10. Si coordina con il Direttore di Zona Distretto per le progettualità di interesse comune.
11. Ai sensi dell'articolo 25 comma 2, su richiesta del direttore di Zona Distretto, verifica con lo stesso la sussistenza delle circostanze necessarie ad avviare un eventuale procedimento disciplinare ai sensi dell'ACN vigente.
12. Collabora alla gestione della piattaforma di interfaccia tra i gestionali per la realizzazione e il mantenimento della rete di AFT.
13. Fornisce all'azienda, anche attraverso la piattaforma di AFT, i dati aggregati relativi all'attività di AFT.
14. Promuove la gestione integrata delle patologie croniche per il raggiungimento degli obiettivi di AFT.
15. Promuove e coordina le attività vaccinali e di screening di AFT.
16. Coordina l'istituzione e mantenimento del nuovo modello di associazione di AFT.

In sede di stesura del regolamento di funzionamento delle AFT, possono essere ulteriormente declinati in modo dettagliato e specifico, rispetto al contesto organizzativo delle Aziende sanitarie, i compiti e le funzioni dei referenti di AFT.

Il referente di AFT, per l'esercizio dei suoi compiti può farsi coadiuvare dal suo sostituto o da altro medico individuato all'occorrenza tra i medici dell'AFT

Il referente di AFT è tenuto a frequentare gli appositi corsi di formazione regionale, condivisi con le OO.SS, per lo svolgimento della funzione. La formazione può essere pregressa o da acquisirsi nel triennio.

## 2.4 Remunerazione del Referente dell'AFT

### 2.4.1 Indennità di Referente di AFT

Per il referente di AFT si conferma l'indennità, denominata "indennità di referente di AFT", forfettaria e onnicomprensiva già stabilita nei precedenti AIR pari a € 1.500 mensili per 12 mensilità per un numero massimo di 115 referenti di AFT in Regione Toscana.

La suddetta indennità dal 1 gennaio 2026 viene corrisposta con le seguenti modalità:

- indennità mensile fissa di € 1.125
- indennità mensile di € 375 per la realizzazione degli obiettivi di processo che devono essere specifici e misurabili definiti a livello regionale e successivamente riportati nell'Accordo Attuativo Aziendale, rispetto ai quali viene effettuata annualmente la valutazione dal Direttore Generale. L'indennità viene erogata solo in caso di esito positivo della valutazione a saldo in un'unica soluzione di € 4.500. La valutazione deve essere effettuata entro il primo bimestre dell'anno successivo e l'erogazione nella prima mensilità utile.

Gli obiettivi per il 2026 sono definiti a livello regionale entro il 30 novembre 2025.

#### 2.4.2 Indennità aggiuntiva di AFT

Per l'anno 2026 al Referente di AFT viene corrisposta un'ulteriore indennità rispetto a quella di cui al punto 1, denominata "indennità aggiuntiva di AFT" del valore di 100 euro mensili. Questa indennità è finalizzata alla promozione e coordinamento della costituzione della nuova forma associativa di AFT e allo sviluppo delle attività per l'attuazione dei modelli riconducibili alle disposizioni di cui al DM 77 e PNRR.

La suddetta "indennità aggiuntiva di AFT" è corrisposta con le seguenti modalità:

- indennità mensile fissa di € 50 come anticipo
- indennità mensile di € 50 a saldo da liquidare in un'unica soluzione ( €600 ) nel mese di Gennaio dell'anno successivo in seguito al raggiungimento dell'obiettivo della costituzione della nuova forma associativa di AFT con l'adesione di almeno il 75% dei medici afferenti alla AFT.

Nel caso in cui il raggiungimento dell'obiettivo per un valore di adesioni minore del 75% ma maggiore uguale al 60% si eroga il saldo nella misura del 50% ( €300) in un'unica soluzione da liquidare nel mese di Gennaio dell'anno successivo

Nel in cui sia raggiunto un obiettivo di adesioni minore del 20 % non viene erogato il saldo della presente indennità e viene recuperato in una unica soluzione il 50% dell'indennità fissa corrisposta come anticipo ( €300).

Nel mese di dicembre 2026 le parti si impegnano valutare gli obiettivi raggiunti ed eventualmente riconsiderare l'indennità in parola per gli anni a venire.

### 3. Fabbisogno Assistenziale di AFT e fabbisogno orario

Il presente punto è redatto in attuazione dell'art. 32 del vigente ACN in considerazione in particolare:

- dell'esigenza di temperare il calcolo del fabbisogno sulle AFT
  - dell'esigenza di attuare sul territorio toscano le disposizioni della DGR 1425/22 seguendo le come previsioni dall'art. 44 del vigente ACN;
  - dalla fase di avanzamento e realizzazione della rete di prossimità prevista dal DM 77/22 che ridefinisce quale nodo prioritario della rete dei servizi territoriali le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità in cui l'attività oraria dei medici RUAP potrà più pienamente svilupparsi.
1. Fermo restando il rapporto ottimale tra medici ed assistiti nel rapporto 1/1.300 come già definito per la regione Toscana su tutto il territorio, il calcolo del fabbisogno assistenziale che determina le zone carenti è quantificato attraverso il criterio di calcolo di un'ora a settimana per ogni 40 abitanti residenti nell'ambito territoriale di scelta.
  2. Il suddetto criterio di calcolo del fabbisogno è completato con l'assistenza a quota oraria quantificata con l'integrazione di 38 ore a settimana ogni 5.000 abitanti residenti.
  3. Fermo restando l'esito del calcolo Aziendale, di cui al punto precedente, quale limite orario massimo, l'Azienda potrà applicare nelle AFT e tra AFT anche appartenenti a zone distretto diverse, una variabilità di compensazione sino ad un massimo di + o - 30% sulla base della necessità di attività oraria nell'AFT dovuta alla presenza di CdC HUB e Spoke, Ospedali di Comunità ed in relazione alle specificità orografiche.
  4. Le necessità della variabilità, di cui al punto precedente, sono determinate in collaborazione tra i Direttori delle zone distretto sentiti i Referenti di AFT.
  5. Le necessità di variabilità devono essere riportate in uno schema sintetico da presentare al Comitato Aziendale.
  6. Le aziende determinano le carenze dei medici RUAP con rapporto orario a 38h settimanali considerando che il calcolo deve essere effettuato tenendo conto del rapporto tra fabbisogno orario complessivo dell'ambito e carenze a 38 ore arrotondato per difetto.
  7. Per la determinazione del rapporto ottimale medici-residenti, il riferimento è costituito dall'ambito territoriale di scelta, per la valutazione del fabbisogno assistenziale il riferimento è l'AFT.
  8. Determinate le carenze per ambito di scelta, queste sono assegnate all'AFT o alle AFT corrispondenti in modo direttamente proporzionale alla popolazione residente nell'AFT e al fabbisogno orario ad essa attribuito.
  9. In applicazione del vigente ACN art. 32 comma 6, le aziende oltre all'assegnazione per AFT possono definire vincoli per garantire l'assistenza ambulatoriale in presenza o in telemedicina, in tutti i comuni, circoscrizioni o frazioni con un numero di residenti superiore al 50% dell'ottimale (650 assistiti) per un impegno orario da 3 a 18 ore settimanali dell'attività ambulatoriale proporzionale al fabbisogno assistenziale.
  10. Le Aziende hanno l'obbligo di effettuare una revisione organica delle AFT entro il 31/12/2025 in modo da consentire la pubblicazione delle zone carenti per l'anno 2026.



11. Nella revisione della mappatura delle AFT di cui al punto precedente, le aziende provvedono alla ridefinizione degli ambiti territoriali di scelta delle AFT sovracomunali per renderli congruenti alle AFT stesse entro i termini di cui sopra.
12. Ai fini della pubblicazione delle zone carenti le Aziende dovranno scomputare dal fabbisogno le quote da garantire ai medici in servizio a rapporto orario e rapporto a ciclo di scelta che non hanno optato per il ruolo unico, calcolando che un medico con solo attività oraria pesa 24 ore/settimanali ed un medico solo a ciclo di scelta pesa 1.300 assistiti.

#### 4. Medici del ruolo unico di assistenza primaria (RUAP)

##### 4.1 Attribuzione del medico RUAP all' AFT

I medici del RUAP sono nominativamente attribuiti all'AFT all'atto del provvedimento di conferimento dell'incarico ai sensi dell'art. 33 comma 4 del vigente ACN di medicina generale.

Per l'attribuzione dei medici alle AFT si tiene conto dei vincoli di ambulatorio eventualmente indicati in sede di pubblicazione degli incarichi vacanti.

##### 4.2 Servizi ad attività oraria in cui il medico del RUAP può essere chiamato ad operare

Nelle more degli adeguamenti dell'ACN e per garantire quanto previsto dal DM 77/22 il medico del RUAP può essere chiamato ad operare :

1. all'interno degli Ospedali di Comunità e assistenza a pazienti ospiti in strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali
2. nelle CdC Hub e Spoke per garantire la presenza prevista dal DM 77/2022;
3. per l'assistenza al paziente cronico nell'ambito delle funzioni della AFT;
4. nei servizi diurni di medicina generale (es. PIR o ambulatori urgenze, UCA, ambulatori collegati alle emergenze epidemiologiche, etc...);
5. negli ambulatori della continuità dell'assistenza in orario diurno anche per assicurare la prossimità nelle zone con disagio assistenziale;
6. nei servizi della continuità assistenziale in orario notturno, prefestivo e festivo e della Centrale Operativa NEA 116117;
7. nelle attività in raccordo con le COT a supporto del governo clinico.

##### 4.3 Quote orarie del Medico RUAP

L'ACN 2024 all'art. 38, comma 1 stabilisce la progressiva riduzione dell'attività oraria di 38 ore in funzione del numero di assistiti:

<b>Assistiti in carico compreso le acquisizioni in deroga</b>	<b>Orario settimanale RUAP</b>
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

Richiamata la DGR 488/2018 avente ad oggetto l'AIR della continuità assistenziale, si conferma che la registrazione delle presenze in quota oraria deve essere dal medico RUAP registrata, ad inizio e fine turno, con timbratura attraverso l'apposita piattaforma informatizzata aziendale di rilevazione delle presenze anche con l'utilizzo delle APP telefoniche.

## 5. Disciplina dell'attività oraria

### 5.1 Introduzione

L'attività oraria è un servizio rivolto a tutti i cittadini del territorio, in particolare a quelli delle AFT di riferimento ed è coordinata funzionalmente e organizzativamente a livello di zona distretto

### 5.2 Definizione dell'Attività Oraria

Al fine dell'applicazione del presente accordo l'attività oraria del medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria si distingue in due tipologie:

- **Attività Oraria Classica** del medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (ex ACN/22)
- **Attività Oraria Avanzata** del medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria attuativa delle disposizioni PNRR e DM77 e potrà essere svolta nelle seguenti fasce orarie:
  - attività diurna feriale, prefestiva e festiva dalle 08:00 alle 20:00
  - attività serale dalle 20:00 alle 24:00
  - attività notturna feriale, prefestiva e festiva delle 00:00 alle 08:00

### 5.3 Riorganizzazione dei servizi ed evoluzione dell'attività oraria

Data la quantificazione del fabbisogno orario, come definito nell'apposito capitolo del presente atto, costituisce impegno necessario e fondamentale per le Aziende procedere entro il 31/12/2025 ad una riorganizzazione dei servizi a quota oraria. La riorganizzazione deve tenere conto del fabbisogno orario complessivo di AFT per determinare e predisporre i servizi a quota oraria in modo da fare evolvere l'attività oraria classica implementandola nel nuovo modello attuativo del DM 77/2022 e delle disposizioni PNRR e quindi attuare il passaggio alla forma oraria definita "avanzata".

Resta inteso che il montante orario rimane entro i limiti definiti dal fabbisogno di AFT.

### 5.4 Attività oraria Avanzata

Tutta l'attività "oraria avanzata" svolta dai medici RUAP, come meglio esemplificata nell'allegato A, prevede l'utilizzo di strumentazione diagnostica e/o informatica fornita dall'azienda o dal medico, previa acquisizione delle competenze specifiche anche tramite corsi di formazione aziendale e contiene l'attuazione dei principi e degli standard definiti dal DM 77/2022. L'attività "oraria avanzata" nella prima fase di transizione dell'intero sistema al nuovo modello territoriale è svolta prioritariamente nelle strutture specifiche di cui al DM 77/2022 e dalle disposizioni PNRR identificate dalle Aziende ed al domicilio del paziente, successivamente in tutte le strutture che verranno identificate come rispondenti ai criteri del nuovo modello.

### 5.5 Coordinatore Attività Oraria di AFT

E' istituito il **Coordinatore dell'attività oraria di AFT** che ha il compito di supportare, il referente di AFT e il direttore di Zona Distretto, nella programmazione e organizzazione dell'orario dell'attività oraria.

La funzione di Coordinatore dell'attività oraria di AFT comprende e riassume i compiti previsti per il referente di AFT delle CA previsto nell'AIR 2018.

Il Coordinatore dell'attività oraria è eletto al proprio interno dai medici titolari di incarico RUAP che svolgono attività oraria sia a tempo determinato che indeterminato e comunicato dal Referente di AFT all'azienda.

Possono candidarsi alla funzione di Coordinatore dell'attività oraria i medici titolari di incarico RUAP che svolgono attività oraria, a tempo indeterminato o determinato, purché quest'ultimo abbia una durata residua non inferiore a sei mesi dalla data di presentazione della candidatura.

Al Coordinatore dell'attività oraria spetta una indennità mensile pari a 200€.

Nel caso in cui nell'AFT non sia stato eletto un referente dell'attività oraria i suoi compiti dovranno essere svolti dal Coordinatore di AFT che percepirà il 50% dell'indennità mensile del referente dell'attività oraria

#### 5.6 Assegnazione del servizio a quota oraria

L'attività programmata all'interno dell'AFT è prestata con una flessibilità oraria minimo di 4 ore e massimo di 12 ore (cfr. Art. 44 comma 10).

L'assegnazione delle attività orarie, fermo restando il possesso della specifica formazione professionale ove richiesta, è effettuata nel rispetto di un principio di equità distributiva anche fra i diversi servizi organizzati a livello distrettuale in modo da evitare che ai singoli medici siano assegnate specifiche attività in via prevalente o esclusiva.

L'assegnazione delle attività orarie, al fine di tutelare la salute psicofisica dei medici RUAP nonché di garantire la qualità e la sicurezza dell'assistenza, deve tenere conto che al medico spettano i periodi di riposo.

Ciascuna Zona Distretto, in collaborazione con i Coordinatori Attività Oraria di AFT, predispone un sistema di monitoraggio permanente ed apporta, ove necessario, i conseguenti correttivi.

La modulazione fra l'attività oraria e l'attività a ciclo di scelta è effettuata dall'Azienda di norma con cadenza trimestrale ai sensi dell'art. 38 comma 1 ACN/2024.

Il medico interessato, in caso di superamento del limite numerico degli assistiti, può richiedere all'Azienda l'adeguamento dell'attività oraria che sarà applicato dalla prima programmazione mensile dei turni disponibili.

Le attività orarie sono assegnate ai medici incaricati nel ruolo unico di assistenza primaria a 38 ore ai sensi dell'ACN/2024.

Le ulteriori 4 ore settimanali collegate ad attività diurne, di cui all'articolo 38 comma 8 dell'ACN, che non concorrono alla determinazione del massimale orario, potranno essere attribuite a tutti i medici di assistenza primaria ad attività oraria titolari di incarico all'entrata in vigore dell'ACN/2024.

L'attività ambulatoriale dei medici RUAP dovrà essere tenuta in considerazione dal Coordinatore dell'attività oraria per l'organizzazione e pianificazione delle attività a quota oraria.

I medici RUAP avranno priorità nello svolgere le attività a quota oraria diurna e serale 20:00-24:00 feriale e festiva al fine di favorire la definizione di una programmazione oraria che dovrà consentire di garantire intervalli per il ristoro psicofisico.

Nella CdC Hub deve essere garantito un servizio medico ambulatoriale h24 7 giorni su 7 al fine di assicurare una risposta sanitaria sul territorio per situazioni di complessità assistenziale.

I medici a quota oraria che non aderiscono al RUAP 2024 faranno prioritariamente solo attività "oraria classica" ex continuità assistenziale ( cfr. ACN Art. 38 comma 7 e 8) .

L'attività svolta negli ambulatori ad accesso libero nelle CdC HUB e Spoke viene svolta dai medici del RUAP della AFT. Il Referente di AFT insieme al Coordinatore dell'attività oraria ne predispongono l'orario.

Esemplificazioni delle attività orarie conseguenti della riorganizzazione e transizione al nuovo modello sono descritte nell'Allegato A.

#### 5.7 Trattamento economico dell'attività oraria

Trattamento economico della attività oraria in Regione Toscana:

- Attività Oraria Classica del medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP) (ex CA)
  - quota oraria di € 24,25 negoziata a livello nazionale
  - quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN art 7 comma 3 lettera b dell'8 luglio 2010, pari ad € 0,23 negoziata a livello regionale
  - Quote aggiuntive derivanti da accordi regionali (AIR 2018) e aziendali vigenti
- Attività Oraria Avanzata del medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP) (PNRR/DM77)
  - quota oraria di € 24,25 negoziata a livello nazionale
  - € 13,62 per ciascuna ora di incarico svolta per le attività previste dal PNRR e dal D.M. 77/2022.

Nell'ambito della riorganizzazione e pianificazione le eventuali risorse risparmiate rispetto alla spesa storica per l'attività oraria dovranno confluire nel fondo aziendale dei fattori produttivi.

#### 5.8 Criteri di priorità per l'attribuzione dell'attività oraria avanzata.

L'attività oraria AVANZATA potrà essere svolta secondo i seguenti criteri di priorità da:

- 1) Medici RUAP ACN 2024, secondo il debito orario per il raggiungimento delle 38h
- 2) Medici a Ruolo Unico ad attività oraria ACN2022 che non hanno optato per il passaggio al RUAP per un massimo di 4 ore diurne settimanali
- 3) In caso di carenza potranno essere coinvolti, su base volontaria ,i medici RUAP ACN 2024 che hanno esaurito il debito orario, in forma di disponibilità aggiuntiva nel limite di 312 ore l'anno ( pari a 6 ore settimanali).
- 4) Medici del ruolo unico a ciclo di scelta o attività oraria ACN 2022 che non hanno optato per il passaggio al RUAP ACN 2024, in forma di disponibilità aggiuntiva nel limite di 312 ore l'anno ( pari a 6 ore settimanali) che hanno manifestato la volontà di aderire.

Esauriti i medici di cui ai punti precedenti si attingerà alle graduatorie aziendali di disponibilità stilate ai sensi dell'art.19 ACN/2024.

#### 5.9 Specifiche transitorie per lo svolgimento dell'attività oraria ai medici del RUAP

Di seguito si indicano alcune preliminari specifiche determinazioni transitorie applicabili a far data dalla delibera regionale di adozione del presente accordo per il periodo di transizione al



nuovo modello organizzativo e comunque valide anche per il superamento di eventuali criticità che si venissero a creare nel tempo.

L'attività oraria dei medici del RUAP è svolta nell'ambito dei servizi territoriali organizzati all'interno della AFT di attribuzione in collegamento con la CdC Hub/Spoke, sulla base della programmazione di Zona Distretto.

Qualora non sia possibile assicurare al medico del RUAP l'attività oraria all'interno della AFT di assegnazione, l'Azienda, temporaneamente, propone l'assegnazione di attività oraria in altra AFT secondo il seguente ordine di priorità:

- AFT collocata all'interno dello stesso ambito territoriale;
- AFT collocata all'interno della stessa Zona Distretto.

L'assegnazione dell'attività oraria del medico del RUAP in una AFT di una Zona Distretto diversa si può realizzare solo con il consenso dell'interessato.

Nel caso in cui l'attività oraria sia svolta in un altro ambito territoriale, rimane fermo che, ai sensi dell'art. 33 co. 9 dell'ACN 2024, l'attività a ciclo di scelta è prestata esclusivamente nell'ambito territoriale di assegnazione da zona carente, nel cui elenco il medico è iscritto.

## 6 Forme associative dei medici a ruolo unico di assistenza primaria

### 6.1 Premessa

Il presente articolo disciplina le attività dei medici di medicina generale convenzionati nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del D.L.vo n. 502/92 s.m.i al fine di:

- a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda;
- b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di processi assistenziali dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza, anche con modalità e modelli innovativi, individuati concordemente a livello di comitato aziendale;
- c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;
- d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale in associazione, con i servizi e le attività territoriali, in coerenza con la programmazione aziendale e regionale;
- e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;
- f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
- g) attuare, in coerenza con le linee guida regionali o aziendali ove esistenti, percorsi diagnostico-terapeutici condivisi a livello aziendale per le patologie a più alta prevalenza, anche con momenti di verifica periodica.

### 6.2 Attivazione evolutiva delle forme associative dei medici RUAP

Il presente Accordo Integrativo Regionale, inserendosi in un contesto di profonda trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale con l'obiettivo di consolidare e sviluppare un nuovo modello di assistenza territoriale in linea con quanto previsto dalla vigente normativa, si pone l'obiettivo di promuovere un'applicazione evolutiva anche delle forme associative che siano coerenti con le specificità del territorio regionale ed in particolare che corrispondano alla dimensione dell' AFT.

I medici di medicina generale possono concordare e realizzare forme di lavoro in associazione.

Le forme di lavoro associativo costituiscono il presupposto per la condivisione dell'organizzazione del lavoro, delle strutture e del personale a disposizione tra i professionisti associati per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi.

Le forme di lavoro associative devono essere coerenti con i principi, le tipologie le regole indicate nel presente documento.

La forma associativa valida e riconosciuta dal presente accordo è l'Associazione di AFT.

Dall'adozione della delibera regionale di recepimento del presente accordo, le forme associative definite nei precedenti accordi regionali sono da considerarsi ad esaurimento quindi non è più riconosciuta l'indennità in caso di nuove affiliazioni di medici alle precedenti forme associative, né il ripristino delle quote dei cessati con nuovi ingressi .

Fermo restando quanto previsto al punto precedente, per le cooperative esistenti, già riconosciute dalle aziende sanitarie e che avevano sottoscritto negli anni accordi contratto, resterà in essere quanto disciplinato dall'AIR 2006 compresa la parte contrattuale con l'Azienda. Dall'adozione della delibera regionale di recepimento del presente accordo non potranno essere riconosciute nuove o ulteriori forme di cooperative di MMG ai sensi di quanto previsto dall'AIR 2006 nè erogate le indennità ai nuovi soci.

I medici di medicina generale, per l'espletamento dei compiti e delle prestazioni previste dall'A.C.N, dagli accordi regionali e dagli accordi aziendali, nonché delle attività libero professionali consentite, possono anche avvalersi di strutture e servizi forniti da associazioni o società di servizio, incluso le cooperative, in particolare per quanto concerne:

- a) sedi associative, studi medici;
- b) beni strumentali e personale;
- c) servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali.

La forma associative dell'attività di assistenza primaria prevista è ispirata ai seguenti criteri generali:

- a) la forma associativa è libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti;
- b) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente accordo, è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza;
- c) i medici aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
- d) della forma associativa possono far parte i medici che operano all'interno della stessa AFT secondo quanto successivamente specificato per le due forme associative;
- e) Le forme associative già in essere decadranno con le relative indennità alla perdita dei requisiti precedentemente previsti e per cui sono state istituite.
- f) Le eventuali indennità per le forme associative previste nel presente accordo non sono né applicabili né cumulabili con indennità di forme associative ad esaurimento;
- g) ciascun medico partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici dell'AFT, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informativi di ciascun medico;
- h) nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali e/o aziendali;
- i) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale o Regionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi compreso il corso di formazione specifica in medicina generale in qualità di discente o coordinatore, partecipazione ad organismi regionali o aziendali, ovvero sia coordinatore di AFT o UCCP, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana, garantendo l'orario minimo di apertura dell'ambulatorio;

- j) gli orari dei singoli studi facenti parte delle associazioni devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 9 ore giornaliere dal lunedì al venerdì, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio,
- k) i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;
- l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;
- m) all'interno della forma associativa può essere adottato il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, missioni umanitarie e ristoro psicofisico allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;
- n) all'interno della forma associativa deve essere adottato un sistema di implementazione e condivisione delle linee guida o di percorsi diagnostico – terapeutici condivisi a livello aziendale e di AFT.
- o) all'interno della forma associativa il Referente di AFT, o suo sostituto, deve essere delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, con gli organismi della Zona Distretto e della Società della salute, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei medici;
- p) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri: per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici; per le questioni contrattuali, il Comitato Aziendale;

L'atto costitutivo dell'associazione deve essere inviato all'Azienda che ne verifica i requisiti di validità e, entro 45 giorni dalla ricezione, ne prende atto con provvedimento deliberativo.

Dall'adozione dell'atto derivano gli obblighi di operare in conformità a quanto previsto per la forma prescelta.

Gli effetti economici decorrono dalla data indicata nell'atto deliberativo da parte dell'azienda.

### 6.3 I requisiti delle forme associative

#### 6.3.1 Associazione di AFT

L'associazione di AFT deve avere le seguenti caratteristiche:

- L'associazione di AFT deve avere la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'ambito territoriale di appartenenza dell'AFT, nel rispetto dei bisogni assistenziali degli utenti e pazienti;
- L'associazione di AFT deve mantenere l'apertura degli ambulatori almeno 4 ore nella fascia del mattino (9-13) e 5 ore nella fascia pomeridiana (14-19) e contattabilità telefonica indiretta H10 5/5 (8-13 e 14-19).



- L'associazione di AFT deve avere i medici associati facenti parte dell'AFT stessa e non può avere un numero superiore di associati rispetto al numero dei medici dell'AFT
- L'azienda riconosce una sola forma associativa di AFT per ogni AFT con un numero di associati non inferiore al 51% dei medici dell'AFT a ciclo di scelta.
- L'associazione di AFT deve avere il collegamento reciproco di tutti gli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione, come dettagliato nell'articolo relativo alle Rete di AFT;
- L'associazione di AFT deve avere l'utilizzo obbligatorio da parte dei componenti l'associazione del collaboratore di studio promuovendo, di fatto, una sinergia operativa e collaborativa di segreteria di AFT. I collaboratori di studio sono tenuti a prestare la loro attività, sulla base delle esigenze dell'associazione, in uno o più ambulatori localizzati nell'AFT
- L'associazione di AFT deve garantire la continuità dell'assistenza 7/7 H24 in particolare per le forme di assistenza quale l'ADI, l'ADP, pazienti oncologici, pazienti a rischio di ospedalizzazione. La continuità è garantita anche dai medici ad attività oraria nelle CDC Hub e Spoke come previsto dal DM77.

#### 6.4 Indennità economica per le Forme Associate

##### Quote forme associative in essere

Ai medici aderenti alle forme associative previste da precedenti accordi (in rete, in gruppo e in cooperativa e in associazione e associazione complessa ) ai quali, in seguito all'applicazione degli accordi regionali ed aziendali in essere alla firma del presente accordo, viene erogato un compenso per la forma associativa, questo - in ottemperanza della nota finale 10 ACN 2024 – è mantenuto in erogazione nella medesima entità economica a decorrere dalla data di pubblicazione del presente atto fino alla cessazione del rapporto convenzionale ovvero alla perdita dei requisiti dell'associazione previsti nei precedenti accordi per l'erogazione di tali indennità oppure per il passaggio alla tipologia di associazione prevista dal presente atto.

Le indennità cessate confluiranno nel fondo aziendale dei fattori produttivi per sostenere le indennità di associazione e per la definizione di eventuali ulteriori accordi aziendali.

#### 6.5 Quota di Associazione di AFT

Quota fissa sino ad un massimo di euro 11 ad assistito in carico / anno di cui:

- 7,5 € ad assistito in carico per l'associazionismo di AFT che coinvolgono almeno il 75% dei medici dell'AFT con scelte in carico;
- 5 € ad assistito in carico per l'associazionismo ad associazioni di AFT che coinvolgono tra il 51% e il 74% dei medici dell'AFT con scelte in carico;
- 3,5 € ad assistito in carico per il collaboratore di studio

Le indennità sono corrisposte fino al massimale individuale.

Non spetta l'indennità di associazionismo a coloro che non sono associati o afferiscono ad associazioni di AFT che coinvolgono meno del 51% dei medici dell'AFT con scelte in carico.



6.6 Quota incentivante correlata a obiettivi di processo e risultato dell'associazione di AFT

Massimo 2,5€ ad assistito in carico: erogati ai medici dell'associazione di AFT con scelte in carico al raggiungimento di obiettivi di AFT, correlati all'appropriatezza prescrittiva in ambito di specialistica definiti nell'accordo aziendale sulla base degli indirizzi regionali

Massimo 2,5€ ad assistito in carico: erogati al raggiungimento di obiettivi correlati all'appropriatezza prescrittiva in ambito di farmaceutica definiti nell'accordo aziendale sulla base degli indirizzi regionali

La quota incentivante viene erogata nei limiti della capienza dei relativi fondi di risparmio o minor spesa per l'appropriatezza prescrittiva specialistica o farmaceutica annualmente generati ed, in caso di non sufficiente copertura, la quota variabile viene proporzionalmente ridotta.

Nel caso in cui si verifici che alcune associazioni di AFT non raggiungono l'obiettivo e quindi non percepiscono la quota, i residui generati confluiscono nel fondo della quota variabile.

## 7. Collaborazione di Studio e Infermieristica

### 7.1 Premessa

Costituisce strategia della Regione Toscana indirizzare le Aziende al raggiungimento dell'obiettivo di garantire ai medici a RUAP in associazione, nelle nuove forme ivi disciplinate, le indennità per impiegare il collaboratore di studio e infermieristico per raggiungere standard adeguati a sostenere il nuovo modello di implementazione delle AFT.

Le risorse economiche necessarie derivano dal fondo dei fattori produttivi anche alimentato con le risorse individuate nel presente accordo e progressivamente con il turnover e la cessazione delle indennità precedentemente erogate.

La concretizzazione della suddetta strategia si rende necessaria affinché le AFT, sia come organizzazione che come associazione, possano realmente attuare il reale passaggio ad un modello di sanità di prossimità, orientato alla presa in carico della persona, alla continuità assistenziale, all'integrazione tra professionisti e alla valorizzazione della rete territoriale dei nuovi strumenti di integrazione multidisciplinare e interprofessionale.

### 7.2 Richiesta e Requisiti per le Indennità

L'indennità per il collaboratore di studio o infermieristica è riservata ai medici a ruolo unico in assistenza primaria con scelte, sono pertanto esclusi i medici a ruolo unico a solo attività oraria.

L'indennità è erogata con decorrenza dal giorno del perfezionamento della richiesta all'azienda secondo il criterio di data di arrivo della richiesta e a pari merito secondo i seguenti criteri:

- 1) Medici afferenti all'associazione di AFT
- 2) Medici operanti in aree disagiate e disagiatissime
- 3) Medici con maggior carico di scelte
- 4) Medici operanti in Cdc hub e Spoke

L'indennità relativa al collaboratore di studio o infermieristico viene corrisposta:

- per i medici con meno di 650 scelte per la presenza di almeno 3 ore settimanali
- per i medici con oltre 650 scelte per la presenza di 5 ore settimanali

Il medico deve comunicare i passaggi di fascia

Per i medici facenti parte di forme associative ad esaurimento permangono i requisiti previsti nei precedenti accordi.

Il reclutamento del collaboratore di studio o dell'infermiere può essere fatto direttamente dal medico o da altri soggetti come società di servizio o cooperative e forme associative.

Al fine di favorire l'utilizzo delle attività del personale infermieristico e dei collaboratori di studio nell'ambito dell'AFT, le attività potranno essere svolte in sedi geograficamente afferenti alla AFT anche se il medico non svolge attività ambulatoriale presso quella sede.

A decorrere alla data della delibera di recepimento del presente atto al fine di semplificare le procedure di richiesta delle indennità per collaboratore di studio e infermieristico, i medici unitamente alla domanda dovranno allegare un'autocertificazione rilasciata ai sensi della

normativa vigente nella quale si attesti se il collaboratore viene direttamente assunto, le ore a disposizione e l'inquadramento.

Nel caso in cui il medico si avvalga di una società di servizio è comunque tenuto a produrre idonea documentazione attestante il numero delle ore e l'inquadramento del personale.

Gli inquadramenti contrattuali devono essere coerenti e adeguati rispetto al profilo.

### 7.3 Valore delle indennità

L'Indennità per collaboratore di studio è pari a 3,5€ annue per assistito in carico corrispondente a quella riportata al precedente punto 6.5

L'indennità per collaboratore infermieristico è pari a 4,0 € per assistito in carico

Gli importi erogati dall'Azienda in relazione alle già menzionate indennità non potranno essere comunque superiori a quanto effettivamente speso dai medici a RUAP.

Le aziende sono tenute a verificare annualmente, anche a campione, le dichiarazioni e documentazioni presentate dai medici richiedendo copia delle fatture ai professionisti sia per tutte le attivazioni nelle nuove associazioni che per quelle già in essere.

Nel caso in cui l'indennità percepita risulti superiore alla spesa effettivamente sostenuta l'Azienda ha la possibilità di rivalsa tramite la sospensione dell'indennità sino al recupero dell'eccedenza.

### 7.4 Sperimentazione collaboratore Operatore Socio Sanitario o assistente sanitario

Nell'ambito delle disponibilità economiche del fondo dei fattori produttivi, negli accordi attuativi aziendali in cui si sviluppano, tra l'altro, progettualità coinvolgenti le associazioni di AFT per l'istituzione di specifici percorsi per il potenziamento delle cure domiciliari all'interno dei percorsi "Casa come primo luogo di cura" come da DM77/22 e PNRR può essere opportuna l'introduzione del collaboratore Operatore Socio Sanitario o Assistente Sanitario, quest'ultimo anche per progetti vaccinali (rif. accordo stato regioni del 22/02/2001).

L'azienda, nell'ambito degli accordi con l'AFT e sulla base delle progettazioni, può indicare un contingente numerico massimo di queste professionalità.

Nel suddetto contesto i medici RUAP possono privilegiare tale collaborazione rispetto all'infermiere in quanto le Indennità per collaboratore Operatore Socio Sanitario o Assistente Sanitario non è cumulabile con quella dell'infermiere.

L'indennità per il collaboratore Operatore Socio Sanitario o Assistente Sanitario è riservata ai medici a ruolo unico in assistenza primaria con scelte in carico, sono pertanto esclusi i medici a ruolo unico a solo attività oraria.

L'indennità relativa al collaboratore Operatore Socio Sanitario è corrisposta:

- per i medici con meno di 650 scelte per la presenza di almeno 3 ore settimanali
- Per i medici con oltre 650 scelte per la presenza di 5 ore settimanali

L'Indennità per collaboratore Operatore Socio Sanitario o Assistente Sanitario è pari a 3,5€ per assistito in carico

## 8. Accordo aziendale

Le Aziende sono tenute a definire, entro il primo trimestre dell'anno, un Accordo Aziendale, di durata annuale o triennale, che definisce, tra l'altro gli obiettivi per l'erogazione del fondo della quota variabile

Nell'Accordo Aziendale deve essere definita la modalità di incentivazione di risultato ai medici ed il fondo legato alla retribuzione di risultato deve essere suddiviso per obiettivi del Singolo Medico, dell' AFT e delle Associazioni di AFT.

Il fondo aziendale della quota variabile come disciplinato dal presente accordo è erogato in modo proporzionale al risultato raggiunto e agli assistiti in carico.

Gli assistiti in carico al singolo medico e alle AFT saranno determinati in rapporto alla media annua degli assistiti calcolati mese per mese.

Sono esclusi dalla valutazione per il raggiungimento degli obiettivi della quota variabile, i medici titolari di rapporto convenzionale inferiore a 6 mesi continuativi nell'anno. A questi sarà comunque attribuita la quota relativa all'art 47, lettera B comma I dell'A.C.N in proporzione ai mesi effettivi di rapporto convenzionale nell'anno.



## 9. Trattamento economico del medico del ruolo unico di assistenza primaria e costituzione dei fondi aziendali

### 9.1 Quota capitaria

Al medico RUAP spetta l'erogazione della quota capitaria come definito dall'ACN vigente mantenute le eventuali integrazioni previste e già definite negli AIR della Regione Toscana.

### 9.2 Fondo Aziendale della Quota Variabile e Governo Clinico

Le aziende costituiscono il fondo aziendale della quota variabile come da ACN 2024 Art.47, lettera B comma I, con un importo pari a 6,64€ per assistito già previsto dal citato accordo, finalizzato ad obiettivi di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici;

I medici RUAP partecipano e contribuiscono alla pratica del governo clinico il perseguimento, condiviso all'interno delle AFT, degli obiettivi aziendali concordati.

Le aree all'interno delle quali devono essere promosse attività e progettualità finalizzate alla promozione del governo clinico sono:

- Continuità dell'assistenza
- Appropriatelyzza delle prescrizioni specialistiche e governo dei tempi di attesa
- Appropriatelyzza delle prescrizioni farmaceutiche
- Accessi al pronto soccorso
- Prevenzione anche con riferimento agli screening condividendo gli obiettivi coordinati da ISPRO
- Miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici
- Stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali su 6 livelli, profilazione e stadiazione della popolazione assistita secondo DM 77/2022

Le Aziende negli accordi aziendali sono tenute a definire gli obiettivi strategici e le modalità di erogazione del fondo in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi.

In applicazione di quanto previsto dall'ACN vigente, art 47 lettera B capoverso I, parte della quota variabile di cui al comma precedente, pari a € 1,90 ad assistito/anno, sarà finalizzata ad obiettivi di miglioramento della presa in carico della cronicità a partire dalla stratificazione di specifiche categorie di pazienti quali:

- A) Diabete Mellito
- B) BPCO
- C) Scompenso Cardiaco
- D) Ipertensione Arteriosa

Le Aziende, negli accordi aziendali, definiscono ed assegnano gli obiettivi alle AFT in modo dettagliato e misurabile al fine di una migliore presa in carico delle predette patologie.

Il Fondo Aziendale della quota variabile sarà ulteriormente incrementato da risparmi e residui economici annuali derivanti da:

- Residuo fondo dei fattori produttivi (ACN art 47 comma D punto VIII)

- Quota del 25% del Fondo Appropriately Prescrittiva (componente Regionale e Aziendale)
- Quota del 25% del Fondo Appropriately Specialistica
- Eventuali fondi messi a disposizione dall'azienda Sanitaria

### 9.3 Costituzione Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi

L'azienda è tenuta a costituire il Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi, come previsto dall'articolo 47 lett. D dell'ACN, dove confluiscono le indennità e gli incentivi del fondo di cui all'articolo 46 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'attività dei medici, ad eccezione della quota di cui alla lettera B, punto I.

Le risorse del Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che già percepiscono gli incentivi e le indennità, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici. Il trattamento economico individuale, determinato alla data di costituzione del Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi, è modificato in relazione alla variazione di assistiti in carico nei limiti di consistenza del Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi.

Costituisce strategia della Regione Toscana promuovere e dare sviluppo alle forme associative della medicina generale tendenti al raggiungimento del modello più evoluto dell'associazione di AFT.

Le Aziende, d'intesa con le OOSS locali, predispongono e verificano annualmente un piano di sviluppo delle forme associative, in linea con quanto definito nel presente accordo integrativo regionale, che sia anche sostenibile nell'ambito della compatibilità finanziaria dell'Azienda stessa.

Rappresenta un impegno per le Aziende giungere, e possibilmente creare le condizioni per raggiungere una copertura totale di erogazione dell'assistenza sanitaria di base territoriale attraverso le forme associative.

Alla luce di quanto sopra, tenuto conto degli indirizzi del presente accordo sintetizzabili in: riorganizzazione delle AFT, metodologia dell'identificazione del fabbisogno e rivisitazione dell'attività a quota oraria finalizzata alla realizzazione, implementazione e potenziamento di quanto definito nella normativa ed in particolare nei modelli di cui al DM 77/2022, per la sostenibilità economica le Aziende, devono costituire il fondo dei fattori produttivi con riferimento alle risorse storicizzate al 31/12/2025, relative ai compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario relative a storicizzate.

A decorrere dal 01/01/2026 le Aziende sono tenute a far confluire nel fondo aziendale dei fattori produttivi le risorse presenti nell'ambito di accordi aziendali e regionali già in essere quali:

- 1) Il fondo unico aziendale della Continuità assistenziale di cui all' art. 5 comma 4 AIR 2018 che era così costituito:
  - l'importo del fondo aziendale di cui al punto 3 dell' AIR 2008;
  - l'indennità di reperibilità di cui all'art.10;



- l'importo dell'indennità di referente di sede determinato sul numero delle postazioni a regime in essere al 31/12/2017;
  - Il 15% del fondo unico regionale, destinato agli AAA (0,19€/h)
- 2) I fondi derivanti o destinati a progetti e attività presenti negli accordi aziendali vigenti che saranno superati dalle soluzioni derivanti dalla nuova modalità organizzativa definita con il presente accordo integrativo regionale
  - 3) I fondi derivanti da eventuali risparmi annui stimabili, conseguenti alla riorganizzazione della attività oraria, comprensivi di oneri e incrementi correlati a precedenti accordi regionali e aziendali, in particolare da quelli liberati a seguito del differenziale tra il fabbisogno storico di ore/costi necessario a garantire i servizi precedentemente attribuiti al servizio a quota oraria. (CA, Guardia Turistica etc...), e il nuovo monte orario complessivamente programmato per i medici a quota oraria nell'ambito del presente Accordo. Le Aziende predisporranno entro il 31/12/2025 un progetto di riorganizzazione, concertandolo con le OO.SS., e informeranno le OO.SS. della stima dei risparmi che andranno ad alimentare il predetto fondo.
  - 4) I fondi derivanti o destinati ad indennità o rimborsi comunque denominati che non sia previsti dal presente accordo.

Ogni anno il Comitato Aziendale deve verificare il rendiconto consuntivo dell'utilizzo del fondo aziendale dei fattori produttivi dell'anno precedente e destina l'eventuale residuo all'incremento del fondo per il governo clinico per l'anno successivo, come previsto dall'art. 47 comma 2 lettera D paragrafo VIII.

Ogni anno il Comitato Regionale acquisisce e verifica il rendiconto consuntivo dell'utilizzo del fondo di tutte le Aziende per la valutazione presso il tavolo di trattativa regionale di eventuali correttivi della relativa normativa.

#### 9.4 Disposizioni specifiche sulle indennità

Dal 1 gennaio 2026, in considerazione della progressiva applicazione del presente AIR, le indennità definite e previste nel presente atto riassorbono qualsiasi indennità o compensazione comunque denominata prevista ed erogata a qualsiasi titolo sulla base di pregressi accordi regionali o aziendali comprese le indennità aggiuntive delle quote orarie, fatto salvo quanto definito al precedente punto 6.4

Il recupero economico confluisce ed alimenta il fondo dei fattori produttivi utile per recuperare parte delle risorse necessarie alla sostenibilità del presente accordo.

## 10. Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica

### 10.1 Premessa

Le Organizzazioni sindacali della Medicina Generale intendono, attraverso l'azione di appropriatezza prescrittiva, cogliere tutti gli obiettivi sia qualitativi che quantitativi proposti dalla RT.

Nella consapevolezza che la spesa farmaceutica territoriale è fortemente influenzata dall'induzione specialistica, suggerisce quale elemento indispensabile che gli stessi obiettivi assegnati alla Medicina Generale, siano attribuiti anche alla componente specialistica del SSR.

Il presente accordo sull'appropriatezza prescrittiva deve essere aggiornato annualmente, entro il mese di marzo, in base agli indirizzi strategici dell'Assessorato.

Per l'anno 2025, per effetto della genericazione di alcune molecole, nonché per la riduzione di prezzi dei farmaci off patent, la Regione Toscana prevede a livello regionale il mantenimento del livello della spesa farmaceutica territoriale.

Altresì il perseguimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva identificati dalla Regione Toscana e il potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti in RSA, RSD, ADR, ADI, ADP potranno rappresentare un'ulteriore fonte di ottimizzazione delle risorse che possono essere altresì impiegate per l'acquisto delle nuove terapie innovative ad alto costo.

Dal monitoraggio della spesa farmaceutica storica si rileva che, per alcune categorie di farmaci a maggior impatto economico, l'allineamento della spesa pro capite alla migliore performance regionale permetterebbe di liberare risorse economiche.

Dalla data della deliberazione del presente Accordo, la Regione Toscana assegnerà alle Aziende sanitarie un fondo, denominato fondo annuale di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, costituito da due componenti una aziendale e l'altra regionale in cui far confluire le economie previste, intese come minor spesa che ciascuna azienda potrà produrre.

Il fondo sarà distinto per ciascuna ASL e rendicontato al competente settore Regionale dall'azienda stessa a nei mesi di gennaio e a luglio, per ciascun anno di vigenza del presente Accordo.

### 10.2 Alimentazione del Fondo

Il fondo annuale di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, sarà quindi costituito e come di seguito riportato:

- una componente aziendale che si alimenta qualora l'azienda sanitaria realizzi una spesa procapite per la farmaceutica convenzionata e per la DPC inferiore a quella attribuita dal competente settore regionale alla AUSL stessa
- una componente regionale, che si alimenta qualora l'azienda sanitaria realizzi una spesa procapite per la farmaceutica convenzionata e per la DPC inferiore a quella media regionale.

### 10.3 Destinazione del Fondo

Il Fondo di appropriatezza prescrittiva farmaceutica alimentato dalle due componenti sopra descritte sarà così impiegato:

- A. il 25% delle risorse saranno destinate alla Regione se la spesa netta aziendale è inferiore a quella attribuita dal competente settore regionale alla AUSL stessa ovvero



il 50% se la spesa netta aziendale è superiore a quella attribuita dal competente settore regionale alla AUSL stessa

- B. il 25% delle risorse saranno destinate alla Azienda Sanitaria , se la spesa netta aziendale è inferiore a quella attribuita dal competente settore regionale alla AUSL stessa
- C. il 50%, finanzia le risorse necessarie per il riconoscimento degli incentivi di risultato di appropriatezza prescrittiva farmaceutica dell'Associazione di AFT e le risorse destinate nell'ambito degli accordi aziendali al fondo per i progetti concordati con le cooperative ad esaurimento in essere, il restante è destinato ad alimentare il Fondo Aziendale della Quota Variabile dei MMG precisando che la quota non si stabilizza, ma è una eventuale risorsa aggiuntiva annuale.

Poiché gran parte degli obiettivi descritti saranno resi possibili solo da un'azione sinergica di tutti i professionisti delle cure primarie insieme agli Specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, si rimanda a successivi atti che prevedano le azioni ulteriori da intraprendere.

## 11. Appropriately prescriptive specialist and containment of waiting times

### 11.1 Premessa

La Medicina Generale gioca un ruolo fondamentale, attraverso l'utilizzo appropriato della diagnostica e del corretto uso delle risorse, in un contesto nel quale l'appropriatezza è perseguita da tutte le componenti professionali del S.S.R.

L'utilizzo appropriato degli accertamenti specialistici (visite e diagnostica) si realizza tramite il coinvolgimento, sugli stessi obiettivi e con un'unica strategia di intervento, dei medici di medicina generale e degli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, compresi i medici del DEA.

Quindi, insieme ad un governo dell'appropriatezza da parte delle Aziende, occorre sviluppare un sistema di relazioni funzionali e di percorsi assistenziali integrati con il livello ospedaliero. In questa ottica i MMG assicurano la propria collaborazione all'attuazione delle azioni utili alla riduzione dei tempi di attesa nella erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in applicazione del Piano Nazionale per il governo dei tempi di attesa.

Tutti i medici prescrittori -MMG, specialisti, dipendenti e convenzionati, compresi i medici del DEA- devono prescrivere, specificando il quesito diagnostico ed il codice di priorità clinica corrispondente, in base ai criteri concordati a livello regionale con le OO.SS. di categoria sulla base delle raccomandazioni fornite dalle linee guida in materia.

### 11.2 Obiettivi

A seguito della presente AIR la Medicina Generale si impegna a perseguire le seguenti azioni per l'appropriatezza prescrittiva degli accertamenti specialistici e contenimento dei tempi di attesa:

- a. ogni richiesta di visita e/o di accertamento dovrà contenere il quesito diagnostico e/o la presunta diagnosi; il codice di priorità.
- b. a livello aziendale e per ciascuna AFT sarà calcolato un budget per la Medicina Generale relativo alla specialistica. Tale budget, in attesa di una definizione legata alla appropriatezza prescrittiva, sarà determinato dal dato prescrittivo storico aziendale dell'ultimo anno, ridotto di una percentuale concordata al tavolo regionale. Tale budget dovrà comunque garantire al MMG la diagnostica necessaria.
- c. le performance di AFT e del singolo MMG saranno discusse mediante la metodica dell'audit e della revisione tra pari all'interno dell'AFT, con cadenza almeno semestrale, con la partecipazione degli specialisti interessati, con le Direzioni delle Zone Distretto e/o della Direzione Aziendale nel ruolo di facilitatori. I confronti saranno espressi analizzando la variabilità prescrittiva, tenendo conto di standard predefiniti di appropriatezza. Metodi e strumenti di monitoraggio dovranno sfruttare le esperienze già attive nelle Aziende.
- d. Costituzione di un tavolo aziendale paritetico, con partecipazione necessaria delle AOU, come già previsto anche dalla DGRT 1038/2005, integrato da una rappresentanza dei coordinatori di AFT. Tale tavolo attuerà tutte quelle azioni necessarie a ricondurre alla appropriatezza prevista.



### 11.3 Costituzione Fondo annuale Appropriately Prescrittiva Specialistica

Sarà costituito un fondo in cui far confluire le risorse che a livello regionale sono identificate per alimentarlo sulla base degli obiettivi di cui al punto precedente, denominato Fondo di appropriatezza prescrittiva specialistica. Il fondo sarà distinto per ciascuna Azienda e rendicontato a gennaio e a luglio per ciascun anno di vigenza della presente intesa al competente settore regionale.

Le risorse del fondo sono utilizzate per la remunerazione della quota variabile per l'appropriatezza prescrittiva specialistica per le associazioni di AFT che hanno conseguito l'obiettivo e l'eventuale quota restante alimenta il fondo aziendale della quota variabile dell'Associazione di AFT dell'anno e non consolidabile, per sostenere il progetto regionale di diagnostica ambulatoria dei MMG.



## **12 Forma organizzativa multiprofessionale UCCP**

L'UCCP è un'aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera, nell'ambito dell'organizzazione di zona distretto, in sede unica o con una sede di riferimento.

Entro 6 mesi dalla data della deliberazione del presente accordo deve essere istituito un gruppo di lavoro regionale congiunto al quale partecipino tutte le professionalità interessate che definisca compiti, requisiti e caratteristiche delle forme organizzative delle UCCP ed effettui un censimento delle strutture e degli eventuali accordi già operanti al fine di dare indicazioni alle aziende.



### **13. Festa del Patrono e Prefestivo**

In occasione della ricorrenza della festa patronale e del prefestivo il medico RUAP titolare di scelte non è tenuto a svolgere l'attività a scelta. L'AFT, pertanto, garantirà la continuità dell'assistenza tramite l'attività oraria H24

Compete al Comitato, ai sensi dell' art. 12 dell'ACN, individuare nell'ambito dei comuni della propria ASL i giorni delle feste patronali.

I RUAP titolari di scelte usufruiranno della festa patronale limitatamente al comune in cui esercitano.

Le eventuali risorse liberate, rispetto a quanto previsto dalla spesa storica consolidata dai precedenti accordi integrativi, andranno ad alimentare il fondo dei fattori produttivi.



#### **14. Zone disagiate e disagiatissime**

Nelle more della realizzazione del nuovo ed innovativo modello organizzativo delle AFT e della diffusione e sinergia sul territorio che il presente AIR declina in attuazione della riforme in atto, per le zone disagiate si rimanda a quanto previsto dal precedente accordo con la Medicina Generale di *“Revisione della DGR n°686/2001 relativamente ai criteri e alla classificazione delle zone disagiate toscane per l’applicazione di misure per la garanzia della continuità assistenziale”* adottato con DGR 441/2024.

Le parti concordano che entro il primo trimestre dell’anno 2026 deve comunque essere costituito un tavolo di lavoro regionale per apportare le eventuali modifiche ed implementazioni necessarie di adeguamento del citato accordo al nuovo modello definito nel presente documento.

## **15. Misure atte a fronteggiare la carenza assistenziale del RUAP**

Vista la previsione dell'art. 38 comma 2 ACN/2024, in base alla quale, in attuazione della programmazione regionale, l'AIR può prevedere, per assicurare la continuità dell'assistenza, a seguito della compiuta istituzione delle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria, l'innalzamento del massimale ai medici che operano nell'ambito delle stesse coadiuvati da personale di studio ed infermieristico, a modifica di quanto previsto nel preaccordo di cui alla DGR n. 353/2023 con la presente disposizione si prevede che, ulteriori innalzamenti volontari del massimale sino a 1800 pazienti per i medici in forma associativa coadiuvati da personale di studio ed infermieristico potranno essere concessi soltanto negli ambiti territoriali in cui sia rilevata e comprovata una situazione di carenza assistenziale.

Restano comunque in essere gli innalzamenti del massimale già concessi alla data dell'adozione della delibera regionale di recepimento del presente AIR.



## **16. Assistenza domiciliare**

Le Parti convengono di procedere, entro il termine del 31 marzo 2026, alla definizione di un apposito accordo attuativo volto a regolamentare le modalità di potenziamento dell'assistenza territoriale, a partire dalla DGR 1404/2024, mediante il coinvolgimento, oltre che dei Medici RUAP, delle ulteriori figure professionali ritenute necessarie, anche in coerenza con i principi e gli indirizzi operativi di cui al D.M. 77/2022.



## **17. Sanità d'Iniziativa**

Le parti concordano e si impegnano ad istituire entro il 31 dicembre 2025 un tavolo tecnico per avviare, revisionare e implementare le norme attuative e le modalità di erogazione dei percorsi di sanità di iniziativa anche in considerazione del nuovo modello organizzativo definita nel presente accordo.

## **18. ART. 22 ACN 2024 – Sospensione dagli incarichi e dalle attività convenzionali**

Fermo restando quanto previsto dall'articolo 22 dell'ACN 2024, con riferimento ai casi di cui ai commi 3 e 5, le Parti concordano che l'Azienda, anche per il tramite dell'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), possa fornire supporto al medico titolare di incarico RUAP che richiede la sospensione, nell'individuazione di un medico sostituto.

Resta comunque inteso che la scelta del sostituto e la definizione del relativo rapporto economico intercorrono esclusivamente tra i medici interessati.

### **18.1 Specifiche per gravidanza, genitorialità e adozioni**

Oltre ai casi previsti all'art.22 comma 3 dell'ACN 2024, il medico di medicina generale potrà usufruire di sospensione parziale dall'attività convenzionale per periodi non superiori a 18 (diciotto) mesi nell'arco di 5 (cinque) anni anche nei seguenti casi:

nei 5 mesi precedenti alla data presunta del parto.

medici genitori o affidatari di minore sino a dodici anni dalla nascita o dall'adozione o dall'affido.

Le condizioni di sostituzione e relativi oneri economici sono a carico del medico interessato.

### **18.2 Medici corsisti titolari di rapporto convenzionale temporaneo**

Le Parti concordano di istituire un tavolo di lavoro integrato con il Gruppo Tecnico Scientifico del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, con il compito di analizzare le criticità emergenti nelle diverse aree di interesse e di formulare, al Tavolo Tecnico di cui all'articolo 19, proposte operative finalizzate alla risoluzione ovvero alla mitigazione delle problematiche rilevate.

## 19. Tavolo Tecnico di Coordinamento Regionale

Al fine di dare piena attuazione a quanto disciplinato nel presente accordo e di supportare l'azione delle Aziende Sanitarie e favorire l'omogenea realizzazione su tutto il territorio regionale della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, nei tempi e nelle modalità indicate nell'accordo, viene istituito un Tavolo Tecnico di Coordinamento Regionale a cui parteciperanno la Regione Toscana, le Aziende Sanitarie e le OOSS.

Il Tavolo Tecnico Regionale si riunirà mensilmente per monitorare e supportare la realizzazione di tutto quanto previsto nel presente accordo e con particolare riferimento:

- A) Entro 31/12/2025: revisione degli ambiti territoriale per renderli congruenti alle AFT sovracomunali
- B) Entro il 31/12/2025 riorganizzazione del servizio a quota oraria tendente all'evoluzione verso il modello dell'attività oraria "avanzata" DM77/22-PNRR
- C) Entro il 31/12/2025 Definizione al Tavolo Regionale degli obiettivi di risultato dei Coordinatori di AFT
- D) Entro il 31/12/2025 Definizione della consistenza fondo aziendale dei fattori produttivi e allocazione delle risorse derivanti da risparmi
- E) entro 31/12/2025 (comunque entro la pubblicazione delle zone carenti 2026): revisione organica delle AFT e identificazioni del Fabbisogno orario puntuale per ogni AFT
- F) Entro il 31/12/2025 censimento delle strutture e degli eventuali accordi già operanti per le CdC hub e spoke, case della salute.
- G) Entro il 31 dicembre 2025 sarà definito l'accordo atto a disciplinare le norme attuative e le modalità di erogazione dei percorsi della presa in carico dei pazienti
- H) Entro il 31/03/2026 sugli Accordi aziendali per la realizzazione delle UCCP
- I) Entro il 31/03/ 2026 sarà definito un accordo atto a disciplinare il potenziamento dall'assistenza territoriale anche in considerazione di quanto disciplinato nel DM77/22
- J) Entro il 31 maggio 2026 realizzazione delle Associazioni di AFT in almeno il 50% delle 115 AFT Toscane
- K) Entro il 30 settembre 2026 realizzazione delle Associazioni di AFT in tutte le 115 AFT Toscane



## **Norme Finali**

### Norma finale

Il presente Accordo sarà integrato, a seguito della prosecuzione della trattativa regionale, con la parte relativa al Capo III Emergenza Sanitaria Territoriale (EST) e con le ulteriori disposizioni integrative, in attuazione dell'ACN/ 2024 e quant'altro si rendesse necessario.

## **Norme transitorie**

### Norma transitoria n. 1

1. A decorrere dall'adozione della deliberazione regionale di recepimento del presente Accordo non potranno essere più costituite forme associative come disciplinate nei precedenti accordi regionali.

Le forme associative in essere alla data di entrata in vigore del presente Accordo sono mantenute ad esaurimento. Non è riconosciuta l'indennità di associazionismo in caso di nuove affiliazioni di medici alle precedenti forme associative né il ripristino delle quote dei cessati con nuovi ingressi. Le richieste per indennità di associazionismo a forme associative ad esaurimento, pervenute alle aziende prima dell'entrata in vigore del presente atto, sono erogate nei limiti del turnover.

2. Ai medici afferenti alle forme associative ad esaurimento che dovessero perdere i requisiti, come disciplinati negli accordi regionali in essere alla data di entrata in vigore del presente atto, verrà mantenuta l'indennità per un periodo massimo di tre mesi al fine di consentire l'effettuazione della richiesta di ingresso nella nuova forma associativa riconosciuta ai sensi del presente Accordo, a decorrere dal 1 gennaio 2026.

3. Le indennità delle forme associative ad esaurimento e delle nuove forme associative non sono cumulabili.

### Norma transitoria n. 2

1. A decorrere dal 1 settembre 2025 i medici possono costituire le nuove forme associative disciplinate nel presente Accordo, le relative indennità previste dal presente atto saranno erogate a decorrere dal 1 gennaio 2026.

### Norma transitoria n. 3

Le indennità per collaboratore di studio ed infermiere richieste nell'anno 2025 potranno essere erogate solo con risorse liberate a seguito del turnover o con fondi messi a disposizione dall'azienda e saranno riconosciute in base all'ordine cronologico di ricezione o altro criterio stabilito negli Accordi Attuativi Aziendali. Sono attribuiti gli arretrati a decorrere dal giorno della richiesta, nei limiti delle disponibilità economiche individuate.

### Norma transitoria n. 4

Dall'anno 2025 gli accordi aziendali dovranno far riferimento a quanto previsto nel presente Accordo in relazione ai fondi per l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

### Norma transitoria n. 5

Gli incarichi assegnati ai medici di assistenza primaria per lo svolgimento dell'attività oraria presso i Punti di intervento rapido territoriali (PIR), in scadenza nell'anno 2025, sono mantenuti in proroga fino al 31. 12. 2025.



**Norma Transitoria n. 6**

Le disposizioni contenute nel presente Accordo Integrativo Regionale sostituiscono integralmente e abrogano quelle precedentemente previste nelle medesime materie dai precedenti AIR."

**Norma Transitoria n. 7**

**Decorrenza e durata dell'Accordo regionale**

Il presente accordo regionale decorre dalla data di approvazione con deliberazione della Giunta Regionale ed è vigente fino alla stipula del nuovo accordo regionale, per le parti non in contrasto con il successivo ACN della Medicina Generale.



L'Assessore al Diritto alla Salute e Sanità della Regione Toscana

---

Il Direttore della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale

---

Le Organizzazioni sindacali rappresentative della Medicina Generale:

F.I.M.M.G. \_\_\_\_\_

S.N.A.M.I. \_\_\_\_\_

S.M.I. \_\_\_\_\_

FEDERAZIONE CISL MEDICI ( ammesso con riserva)

---

FMT ( ammesso con riserva)

---

## ALLEGATO A

### Attività Oraria “Avanzata”

Il presente documento delinea delle prime indicazioni operative per la definizione delle attività a rapporto orario che i medici del ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) sono chiamati a svolgere, in particolare all’interno delle Case della Comunità hub e spoke, riconosciute dalla Regione, in favore di tutta la popolazione di riferimento previste dal nuovo modello dell’assistenza territoriale disciplinato dal DM n. 77/2022 tenendo conto dei compiti previsti dall’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale relativo al triennio 2019 – 2021, del 04 aprile 2024 (ACN).

Le attività orarie “avanzate” saranno svolte in una o più aree di interesse secondo le modalità concordate in sede di calcolo dei fabbisogni di AFT, fermo restando le attività obbligatorie secondo gli indirizzi programmatici contenuti nel presente Accordo Integrativo Regionale.

Le attività si concentreranno nelle seguenti Macroaree:

- Attività ex DM 77/22 nelle CdC Hub e Spoke
- Assistenza primaria residenziale
- Presa in carico della cronicità
- Centrale operativa NEA116117 e continuità assistenziale
- Attività diurne a supporto clinico dell’AFT
- Centrale Operativa Territoriale (COT) e supporto al governo clinico e organizzativo di AFT

### Attività nelle Case della Comunità – modello Hub & Spoke (DM 77/2022, art. 4)

Per garantire gli standard previsti dal DM 77/2022 in materia di Case della Comunità Hub e Spoke, è assicurata la presenza medica continuativa (H24/7 o H12/6) in modo da costituire un presidio sanitario territoriale accessibile e continuativo.

Il medico del RUAP può essere attivato per:

- A. Attività ambulatoriale diurna nelle fasce non presidiate, rivolta agli assistiti delle CdC Hub e Spoke;
- B. Attività ambulatoriale H24, integrativa o alternativa alla Continuità Assistenziale (CA), per tutta la popolazione;
- C. Ambulatori tematici, attivati in base a progettualità condivise con il coordinatore AFT e la Zona Distretto (es. ambulatori acuzie, pandemici, stagionali, fragilità sociale, etc.).

---

### Assistenza primaria residenziale e attività di supporto alla rete territoriale (DM 77/2022, art. 4, 5, 6)

In attuazione dei principi del DM 77/2022, e in particolare in riferimento agli articoli dedicati all’assistenza territoriale residenziale, alle strutture intermedie e alla medicina di prossimità, il medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP) partecipa attivamente alla presa in

carico dei bisogni clinico-assistenziali primari dei pazienti che si trovano in strutture residenziali o assimilate, sia in modo temporaneo che continuativo.

L'attività si articola secondo il modello organizzativo territoriale, tenendo conto della stratificazione dei bisogni assistenziali, dell'intensità di cura necessaria e della disponibilità di posti letto o moduli assistenziali.

### **1. Ospedali di Comunità**

Come previsto dall'art. 6 del DM 77/2022, l'Ospedale di Comunità rappresenta una struttura sanitaria di ricovero a bassa intensità clinica destinata a pazienti che necessitano di sorveglianza sanitaria continuativa.

È garantita la presenza di un medico del RUAP nelle fasce diurne, con un'organizzazione flessibile e modulata in funzione del carico assistenziale e del numero di posti letto disponibili. La presenza può essere integrata da sistemi di telemonitoraggio e teleconsulto, in coordinamento con l'équipe infermieristica.

### **2. RSA, RA e Centri Diurni**

Nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), nelle Residenze Assistenziali (RA) e nei Centri Diurni, l'intervento del medico del RUAP è previsto per la gestione domiciliare delle cronicità in fase acuta non differibile.

L'attivazione del servizio avviene a cura del medico del RUAP ad attività fiduciaria.

Il servizio può configurarsi come Servizio Domiciliare di AFT, integrato nella rete distrettuale, oppure come unità operativa autonoma, sulla base delle esigenze specifiche della AFT, nel rispetto del principio di presa in carico proattiva e multidimensionale, con eventuale redazione o aggiornamento del PAI.

### **3. Strutture residenziali riabilitative, dipendenze, lungodegenze**

In accordo con la Zona-Distretto e la AFT, può essere prevista la collaborazione del medico del RUAP con:

- strutture riabilitative residenziali e moduli motori;
- comunità terapeutiche per dipendenze patologiche;
- strutture per lungodegenti e disabilità; tutte in coerenza con la logica di integrazione sociosanitaria e sulla base di accordi volontari locali.

---

### **Presa in carico della cronicità e attività domiciliari integrate (DM 77/2022, art. 5)**

Il medico del RUAP contribuisce attivamente alla presa in carico domiciliare delle cronicità, in linea con i principi della medicina di popolazione, della stratificazione del rischio e della personalizzazione del percorso assistenziale, come indicato nel DM 77/2022.

Attività previste:

A. Interventi domiciliari su urgenze non differibili, attivati dal medico fiduciario o tramite il servizio 116117, ove necessario coordinandosi con la COT, da svolgersi presso la sede AFT o a domicilio.

Si rivolgono a pazienti cronici fragili, che non possono raggiungere autonomamente l'ambulatorio, e si inquadrano nella logica del supporto territoriale non programmato.

B. Progetti strutturati di presa in carico: su richiesta del coordinatore AFT, d'intesa con Zona Distretto e Azienda Sanitaria, possono essere attivati progetti di telemonitoraggio, telemedicina e teleassistenza dedicati a pazienti cronici complessi in carico ai MMG RUAP fiduciari. Il PAI digitale, integrato nel FSE, rappresenta lo strumento operativo di riferimento per il monitoraggio e la condivisione del percorso assistenziale.

### **Centrale Operativa NEA 116117 e attività di Continuità Assistenziale avanzata**

Il medico del RUAP può essere coinvolto nelle attività della Centrale Operativa 116117, in modalità remota o in presenza, e nella continuità assistenziale territoriale, secondo il modello organizzativo locale.

Attività previste:

- A. Medico NEA116117: gestione delle chiamate inbound, valutazione del bisogno clinico e indirizzo del paziente, anche con modalità di teleconsulto;
- B. Continuità assistenziale di prossimità, attivabile nei territori isolati o carenti, su richiesta della Zona Distretto o del Referente di AFT, con funzione integrativa ai servizi ambulatoriali esistenti.

---

### **Attività diurne di supporto clinico alle AFT**

Il medico del RUAP può svolgere attività diurne a supporto delle attività ambulatoriali fiduciarie dei MMG di AFT, contribuendo all'aumento dell'offerta assistenziale oraria e alla gestione delle urgenze non differibili.

Attività specifiche:

- A. Punti di Intervento Rapido (PIR): attivi dalle 8:00 alle 20:00, secondo programmazione regionale.
- B. Ambulatori per soggiornanti temporanei: attivabili in presenza di particolari condizioni epidemiologiche (es. turisti, STP, universitari), filtrati tramite centrale AFT. Possono essere svolti presso la sede AFT o in sedi decentrate dei medici aderenti.

---

Le attività esemplificate nel presente allegato saranno oggetto di approfondimento e definizione puntuale nell'ambito del tavolo tecnico regionale per l'attuazione di quanto previsto dal DM 77/2022 e dal PNRR, con l'obiettivo di garantire il pieno coinvolgimento dei medici RUAP che svolgono attività oraria, nel rispetto delle disposizioni dell'ACN vigente e all'interno del nuovo modello di assistenza territoriale.

Tali attività saranno inoltre dettagliate nel contesto del tavolo tecnico per la definizione delle UCCP e dei modelli di domiciliarità, come previsto dal presente Accordo.