



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 - PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

REGOLAMENTO SUL FUNZIONAMENTO DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

Approvato dal Comitato Aziendale per la Medicina Generale in data 19/05/2026

INDICE

Premessa

- Art. 1:** Costituzione delle AFT dell'ASP di Palermo;
- Art. 2:** Descrizione AFT e ruolo;
- Art. 3:** Sedi delle AFT;
- Art. 4:** Compiti e Funzioni delle AFT; **Art. 5:** Monte ore AFT;
- Art. 6:** Assegnazione dei Medici del ruolo unico di Assistenza Primaria alle AFT;
- Art. 7:** Nomina o Cessazione dei Referenti delle AFT;
- Art. 8:** Elezioni del referente di A.F.T.
- Art. 9:** Sostituzione del Referente AFT;
- Art. 10:** Compiti-Funzioni-Remunerazione Referente;
- Art. 11:** Comunicazioni;
- Art. 12:** Organizzazione;
- Art. 13:** Riunioni di coordinamento tra la Direzione del Distretto e i Referenti AFT;
- Art. 14:** Riunioni interne tra i Medici di Assistenza Primaria del Ruolo Unico appartenenti alla stessa AFT;
- Art. 15:** Progettualità e obiettivi;
- Art. 16:** Progetto Salute - Primo Step – Prevenzione;
- Art. 17:** Rete Informatica;
- Art. 18:** Contattabilità del medico a ruolo unico da parte del paziente;
- Art. 19:** Sicurezza delle Sedi Distrettuali di AFT e Accesso al Servizio;
- Art. 20:** Norma di rinvio.

Fonti Normative

PREMESSA

In applicazione del combinato disposto dell'ACN della Medicina Generale triennio 2019-2021, del D.A. n. 1349 del 13.12.2023 e s.m.i. , dell'ACN 2022-2024 e dell'AIR 18.11.2025, si definisce il presente regolamento per l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, al fine di:

- promuovere le attività delle AFT, realizzando le progettualità definite dal Comitato Aziendale per la medicina generale;
- garantire la massima omogeneità ed efficienza dell'attività di rete dell'AFT e tra le AFT;
- definirne il coordinamento da parte della U.O.C. Cure Primarie e il collegamento con i Medici RUAP e il Comitato Aziendale per la Medicina Generale;
- contribuire alla *governance* della rete territoriale delle Cure Primarie;
- contribuire a garantire a tutti i cittadini l'accesso a livelli uniformi di assistenza.

Articolo 1

Costituzione delle AFT dell'ASP di Palermo:

Le AFT del territorio provinciale sono state individuate, costituite ed approvate dall'ASP tenuto conto del “Piano della rete territoriale di assistenza della Regione Siciliana”, dal D.A. n. 1349 del 13.12.2023 “Atto di programmazione per l'istituzione delle forme organizzative mono-professionali” dal D.A. n. 605 del 11/06/2025, nonché dal citato AIR 18.11.2025.

Articolo 2

Descrizione AFT e ruolo:

- Le AFT sono forme aggregative monoprofessionali che hanno il compito di raggiungere gli obiettivi di salute e di attività definiti a livello regionale e aziendale.
- Le AFT sono prive di personalità giuridica. I medici di medicina generale che ne fanno parte possono essere supportati da cooperative o da società di servizi per la gestione dei propri fattori produttivi.
- Le AFT condividono, sia al loro interno che con le altre AFT e con l'Azienda, strumenti di valutazione della qualità, linee guida e svolgono *audit* per migliorare i servizi e ottimizzare i percorsi assistenziali.
- Le AFT promuovono un approccio proattivo e preventivo, programmando visite e controlli periodici, in particolar modo per i pazienti cronici, al fine di migliorare la *governance* dell'evoluzione della malattia.
- Le AFT collaborano con il Dipartimento di prevenzione per promuovere stili di vita sani nella popolazione.
- La partecipazione alla formula aggregativa della AFT è condizione irrinunciabile per accedere e/o mantenere la convenzione (art. 43 punto 4 ACN 2022-2024).
- La AFT garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione di media di 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa, ed è costituita da medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria.

Ad ognuna delle AFT Aziendali verrà assegnato un Budget in base agli assistiti in carico alla stessa. Le modalità di formazione del Budget e la consistenza dello stesso, saranno oggetto di uno specifico Allegato all'Accordo Attuativo Aziendale (A.A.A.).

Per tutti gli altri aspetti organizzativi della “**Forma Aggregativa della AFT**” si rinvia all'art. 22 dell'AIR.

Articolo 3

Sedi delle AFT

Ai sensi di quanto previsto dal D.A. n. 605 del 11.06.2025 “Integrazione del D.A. 1349/2023”:

- Ogni AFT deve avere almeno una sua sede di riferimento, riconoscibile, che garantisca l’accessibilità H24.
- Una AFT può avere più sedi accesso, in base al contesto delle esigenze rilevate dall’Azienda, in maniera da garantire una maggiore prossimità.
- Ogni AFT, in aggiunta a quanto sopra espresso, potrà anche garantire un’assistenza primaria notturna H 4 (20.00/24.00) in un’altra sede (o più sedi) in base alle necessità del territorio definite dalle Aziende nell’ambito della loro autonomia gestionale.
- In ogni Casa di Comunità HUB deve esserci almeno una sede dell’AFT che ne garantisca l’accessibilità H 24; nel caso in cui la CdC insista in un territorio che comprende più AFT, ognuna di esse deve avere un punto di accesso nella CdC per la popolazione di riferimento che garantisca a tutta la popolazione un eguale livello assistenziale.
- Le AFT sono collegate informaticamente con le CdC, le COT, gli OdC, il 116/117 ed ogni altro livello assistenziale, secondo le Linee Guida regionali e i Documenti AGENAS.
- Per ogni AFT, l’Azienda assegna 1 Infermiere della CdC per turno (diurno).

Articolo 4

Compiti e Funzioni delle AFT

In base agli AA.CC.NN. di Medicina Generale: “*le AFT, di cui all’art. 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazione, nella L. 8 novembre 2012, n. 189, sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall’Azienda, secondo un modello coerente con i contenuti dell’ACN e definito dalla Regione. Le AFT condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi...*”; *tali forme organizzative si sono “evolute” oltre tali compiti, assumendo anche la connotazione di aggregazioni volte alla produzione/erogazione di prestazioni sanitarie da realizzare in forma integrata tra i vari professionisti* (D.A. n. 1349 del 13 dicembre 2023).

I compiti e le funzioni delle AFT, come definiti dall’ACN 2022-2024, sono fondamentalmente quelli di garantire i livelli essenziali di assistenza, nell’arco delle 24 ore, ed in particolare all’art. 29 comma 6 viene precisato che deve:

- a) Assicurare l’erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi (LEA), nonché ai turisti ai sensi dell’art. 46 ACN;
- b) realizzare nel territorio la continuità dell’assistenza, estesa all’intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell’utente;
- c) garantire la continuità dell’assistenza anche mediante l’utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.
- d) Le AFT promuovono un approccio proattivo e preventivo, programmando visite e controlli periodici per i pazienti cronici, al fine di migliorare la gestione delle patologie croniche.
- e) Le AFT collaborano con il Dipartimento di prevenzione per promuovere stili di vita sani nella popolazione.
- f) Le AFT garantiscono la continuità dell’assistenza grazie all’utilizzo della ricetta dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico e dell’interconnessione tra i gestionali dei medici che operano al suo interno e garantiscono turnazione condivisa per il mantenimento del servizio attivo, anche in caso di assenza di qualcuno dei medici. La continuità dell’assistenza viene garantita nelle sedi di AFT individuate dall’Azienda, dove i medici del Ruolo Unico svolgono l’attività oraria prevista dall’ACN 2022-2024.

- g) Il Referente di AFT, nel caso di turni di Continuità Assistenziale nei Presidi Aziendali che dovessero rimanere non coperti, può richiedere ad un medico ad attività oraria, sia che abbia optato per il Ruolo Unico sia che non abbia optato, la copertura del turno scoperto. La copertura del turno può essere chiesta anche ad un medico a ciclo di scelta che volontariamente decida di svolgere tale attività; (SOLO ATTIVITA' DIURNA) la remunerazione sarà quella prevista per la Continuità Assistenziale all'interno della Casa di Comunità: € 26,77/ora + 15,03/ora. Infine, qualora non sia possibile coprire il turno con le modalità sopra esposte, il Referente di AFT può fare ricorso alla graduatoria di Reperibilità per la Continuità Assistenziale. In ultima istanza, se anche con l'utilizzo della graduatoria di reperibilità di C.A. non è possibile coprire il turno, Il Referente della AFT può rivolgersi ai medici di altra AFT aziendale (limitrofa).
- h) In riferimento all'organizzazione dell'attività oraria nell'ambito delle AFT, inclusa quella svolta presso la sede unica di riferimento, si richiama quanto previsto dall'art. 16 AIR, che disciplina le modalità di erogazione delle prestazioni dell'attività oraria. In particolare, l'attività deve garantire sia interventi di tipo proattivo, intesi come iniziative programmate di presa in carico, monitoraggio e prevenzione rivolte alla popolazione assistita, sia la gestione delle prestazioni non differibili, ovvero quelle richieste con carattere acuto, non rinviabili nell'ambito dell'assistenza primaria.
- i) Le AFT condividono strumenti di valutazione della qualità, linee guida e svolgono audit per migliorare i servizi e ottimizzare i percorsi assistenziali.

Articolo 5

Monte ore AFT

Alle AFT, valutato il fabbisogno necessario a svolgere le attività, è assegnato il monte orario dei medici che afferiscono alla stessa; il monte orario deve essere svolto nella sede principale della AFT, Casa di comunità Hub, nelle sedi periferiche Case di Comunità *Spoke*, negli studi dei Medici che afferiscono alle A.F.T., nei Distretti o nei presidi di Continuità Assistenziale.

Il fabbisogno iniziale deve tener conto, ai sensi dell'art. 32 co. 2, e dell'allegato 7, del Rapporto Ottimale dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria; successivamente l'Azienda può valutare l'ulteriore, eventuale fabbisogno per la copertura delle ore necessarie a svolgere l'attività oraria.

Per le modalità di turnazione dei medici del Ruolo Unico deve essere garantita una equa distribuzione delle ore di attività rese come Continuità Assistenziale notturna e Continuità Assistenziale diurna durante la quale viene svolta, principalmente, l'attività proattiva fermo restando la garanzia di effettuare: visite ambulatoriali occasionali, assistenza ai Turisti, ai cittadini non residenti e ad altre categorie di Utenti. (art. 3 comma 6 AIR 2025).

Inoltre, si deve tener conto dell'equa distribuzione tra turni svolti all'interno delle varie strutture di funzionamento dell'A.F.T.

In particolare, per rispondere alle esigenze assistenziali territoriali, si terrà conto dei seguenti criteri:

- a) al medico che inizialmente ha un debito orario di 38 ore (fino a 400 assistiti), se possibile, prevedere un impegno maggiore nell'attività di assistenza primaria notturna (ad esempio 24 ore), salvo poi ridistribuirla equamente via via che l'equilibrio scelte/ore cambia;
- b) al medico con un debito orario di 24 ore prevedere, se possibile, il dimezzamento del monte orario settimanale tra le attività, da svolgere presso gli ambulatori di assistenza primaria diurna e assistenza primaria notturna (12/12);
- c) al medico con un debito orario di 12 ore prevedere, se possibile, l'assunzione dell'incarico preferenzialmente dell'intero monte ore di attività nell'assistenza primaria diurna da svolgere presso la sede unica di AFT;
- d) per il medico con un debito orario di 6 ore, prevedere l'acquisizione in via esclusiva dell'incarico di attività oraria di assistenza primaria diurna da svolgere presso gli ambulatori AFT.

L'assegnazione dell'attività oraria disponibile avviene con le seguenti modalità e priorità:

1. medici che hanno assunto incarico di RUAP (art. 38 ACN 2022-2024);
2. in caso di carenza, temporaneamente e su base volontaria, medici RUAP che hanno esaurito il debito orario, in forma di disponibilità, pari a 6 ore settimanali;
3. medici Ruolo Unico ad attività oraria che non hanno optato per l'assunzione come RUAP, per un massimo di 6 ore diurne settimanali per lo svolgimento di attività istituzionali e/o progettuali (es. Ambulatori codici bianchi c/o PS Ospedalieri);
4. qualora sussistano ancora carenze, si può attingere alle graduatorie aziendali di disponibilità previste dall'art. 19 ACN 2022-2024.

Il monte orario della AFT è definito dalla somma delle ore assegnate a ciascun medico della AFT secondo ACN 2024, Art. 38 comma 1:

“L'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria di cui all'articolo 31 è conferito in una sola Azienda e comporta lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali, con progressiva riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti. La modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito indicato: a) dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti, 38 ore; b) da 401 a 1.000 assistiti, 24 ore; c) da 1.001 a 1.200 assistiti, 12 ore; d) da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore.

L'Azienda provvede all'adeguamento dell'attività oraria entro i 3 mesi successivi al raggiungimento del limite numerico di assistiti di ciascuna fascia.”

La convocazione per l'assegnazione dell'attività oraria disponibile deve avvenire secondo graduatoria, redatta in base all'anzianità di convenzione, e la sottoscrizione degli incarichi da parte del medico deve avvenire contestualmente.

Articolo 6

Assegnazione dei Medici del ruolo unico di Assistenza Primaria alle AFT:

- a) Tutti i medici del ruolo unico di Assistenza Primaria (a ciclo di scelta e ad attività oraria) indipendentemente che lavorino singolarmente o in forma associativa, devono essere assegnati ad una AFT, come definito dagli AA.CC.NN. 2016-2018, 2019-2021 e ACN 2022-2024;
- b) la U.O.C. Cure Primarie identifica l'AFT a cui assegnare ciascun Medico del ruolo unico, sulla base della sede dell'ambulatorio principale per i medici a ciclo di scelta e sulla base della sede di lavoro principale per i medici a base oraria;
- c) per i medici del ruolo unico di assistenza primaria “con nuovo incarico” come titolare o provvisorio, l'assegnazione in una determinata AFT avviene al momento della stipula dell'incarico.
- d) L'assegnazione all'AFT del medico a ciclo di scelta può essere modificata solamente per i seguenti motivi: - cessazione definitiva dal servizio, - incarico presso altra ASP, - trasferimento ad altro ambito nella stessa ASP di Palermo, trasferimento della sede dell'ambulatorio principale nella stessa Azienda ma in altra AFT/Ambito di scelta;
- e) L'assegnazione all'AFT del medico ad attività oraria può essere modificata: per modifica della sede di lavoro principale, per cessazione dall'incarico, per incarico presso altra Azienda;
- f) L'assegnazione dei Medici che hanno un rapporto sia a ciclo di scelta sia ad attività oraria avviene in una delle AFT ove ha sede l'attività a ciclo di scelta.

Sono esclusi tutti gli altri casi non espressamente indicati nel presente Regolamento, salvo situazioni particolari valutate dal Comitato Aziendale, come per es. la presenza in AFT diverse di medici di una medesima forma associativa già pre-esistente.

Articolo 7

Nomina o Cessazione dei Referenti delle AFT:

- a) I Referenti di AFT sono individuati, con procedura elettiva, secondo quanto definito dall’AIR e dal presente regolamento;
- b) Sono “eleggibili” solo i medici di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta sia ad attività oraria, titolari di incarico a tempo indeterminato. Possono candidarsi solo i medici che non compiano i 70 (che non abbiano compiuto 67 anni alla data delle Elezioni) anni nel periodo del mandato successivo alla data delle elezioni; in caso di più candidati, viene eletto il medico che ha riportato la maggioranza relativa dei voti. In caso di parità di voti, viene eletto il medico anagraficamente più giovane;
- c) Sono elettori tutti i medici operanti nell’AFT compresi i medici temporanei.

Fatto salvo quanto definito dall’art. 24 dell’ACN 2016-2018, dall’art. 30 dell’ACN 2019-2021 e dell’ACN 2022-2024 nonché dall’AIR, qualora il Referente dell’AFT:

1. si dimetta come Referente, pur proseguendo l’incarico quale medico convenzionato nell’ASP di Palermo, dovrà dare preavviso scritto alla U.O.C. Cure Primarie ed al Distretto Sanitario almeno 30 giorni prima;
2. si trasferisca all’interno della stessa Azienda o modifichi la sede di lavoro principale, secondo le procedure all’uopo previste, dovrà dare preavviso scritto alla U.O.C. Cure Primarie ed al Distretto Sanitario entro 30 giorni. La U.O.C. Cure Primarie ed il Distretto Sanitario modificano “d’ufficio” l’AFT di destinazione, lo comunicano al medico e al Referente della nuova AFT;
3. si trasferisca in una diversa ASP, dovrà dare preavviso scritto alla U.O.C. Cure Primarie ed al Distretto Sanitario entro 60 giorni. La U.O.C. Cure Primarie cancella dagli elenchi a tutti gli effetti il medico, che verrà preso in carico dalla nuova ASP;
4. si dimetta definitivamente come medico convenzionato: dovrà dare preavviso scritto alla U.O.C. Cure Primarie ed al Distretto Sanitario entro 60 giorni. La U.O.C. Cure Primarie cancella dagli elenchi a tutti gli effetti il medico;
5. decada dall’incarico quale Referente AFT per gravi motivi, valutati dal Comitato Aziendale, la decadenza decorre dalla data indicata nella comunicazione del Direttore Generale.

Anche in caso ricorrano le condizioni di cui ai punti precedenti, il Referente AFT predisporre la relazione annuale sull’attività svolta dall’AFT fino alla data della sua cessazione/trasferimento/decadenza. Tale relazione va trasmessa alla U.O.C. Cure Primarie entro 10 giorni dalla data di cessazione/trasferimento/decadenza. Le spettanze economiche persistono fino alla cessazione.

Articolo 8

Elezioni del Referente AFT

A. Indizione

La Direzione dell’ASP, sentito il Direttore della UOC Cure Primarie, stabilisce il periodo elettorale entro il quale devono svolgersi le elezioni per la designazione del Referente AFT. Le operazioni elettorali vengono effettuate contestualmente in tutti i Distretti Sanitari.

B. Candidature

In seguito alla pubblicazione sul sito aziendale del presente regolamento e del relativo avviso di indizione delle elezioni, i medici che intendono candidarsi allo svolgimento della funzione di Referente comunicano la propria disponibilità inviando via PEC alla UOC Cure Primarie l’Allegato A, di norma, entro il termine di 10 giorni.

In fase di prima applicazione il termine per la presentazione delle candidature è fissato per il 26/05/2026.

Sono candidabili tutti i medici del ruolo unico di Assistenza Primaria dell’AFT con rapporto a tempo indeterminato, in possesso di adeguata formazione conforme ai criteri previsti per la gestione manageriale, coloro che non ne sono in possesso hanno un anno a disposizione per fare il corso di formazione. Ove il corso non venisse conseguito, l’Azienda provvederà al recupero degli emolumenti pagati per l’incarico svolto.

Qualora non vi siano candidature per una AFT, i componenti dell'AFT individueranno un Referente Provvisorio che resta in carica per 6 (sei) mesi e viene sostituito da altro componente della AFT a rotazione iniziando dal più anziano e proseguendo in ordine decrescente di età. Il Referente dovrà comunicare il proprio ruolo al Direttore del Distretto e alla UOC Cure Primarie.

REQUISITI PER CANDIDATURE REFERENTE AFT

Corso manageriale per Referente AFT rilasciato da Enti abilitati alla formazione specifica (Università, Ordini dei Medici, CEFPAS ed eventuali organismi equipollenti, previo parere del Comitato Aziendale), da conseguire entro il 1° anno.

C. Pubblicazione Candidature

La UOC Cure Primarie, per il tramite dei Direttori di Distretto, comunicherà a tutti i medici appartenenti alla AFT, entro e non oltre 5 (cinque) giorni antecedenti la data delle elezioni, l'elenco dei medici candidati.

L'elenco, diviso per AFT, sarà pubblicato sul sito istituzionale dell'ASP entro e non oltre 5 (cinque) giorni dalla data delle Elezioni.

D. Commissioni Elettorali

Le operazioni elettorali sono gestite dai Direttori di Distretto o loro delegati, che sono responsabili della corretta esecuzione delle stesse.

A tal fine viene costituita una "Commissione Elettorale" composta come segue:

- Direttore del Distretto Sanitario/P.T.A. (o suo delegato) con le funzioni di presidente;
- N. 3 Medici di Assistenza Primaria del Distretto Sanitario/P.T.A. che non devono essere candidati e afferire a AFT diverse:
 - 2 con le funzioni di scrutatori
 - 1 con la funzione di segretario

Nei Distretti Sanitari/PTA ove insistono più di n. 3 AFT, verrà aggiunto uno scrutatore tra i Medici di Assistenza Primaria fino al numero di medici pari al numero di AFT presenti nel Distretto, corrispondenti ognuno ad una delle AFT.

I componenti dei medici di Assistenza Primaria verranno identificati nel più anziano, il più giovane e un autocandidato che potrà esprimere la propria volontà a far parte della commissione tramite PEC alla Direzione del Distretto Sanitario. Ove venissero presentate più autocandidature la scelta ricadrà sul medico più giovane di età. L'eventuale sostituto verrà identificato utilizzando i medesimi criteri di cui sopra.

La Commissione, che deve essere costituita entro e non oltre 5 giorni antecedenti la data delle elezioni, provvede alla predisposizione dell'urna e verifica che le schede elettorali siano regolarmente firmate dal Presidente di seggio e da almeno uno degli scrutatori.

I compensi dei medici di assistenza primaria a ciclo di scelta o ad attività oraria relativi all'attività posta in essere dalle commissioni elettorali sono disciplinati dall'art. 13 AIR Assistenza Primaria 2025 e dall'art. 17 dell'ACN 2022/2024.

E. Operazioni Elettorali e Seggi Elettorali

I seggi elettorali saranno ubicati in locali del Distretto/PP.TT.AA. e avranno il supporto del personale aziendale incaricato.

I seggi elettorali rimangono aperti il giorno delle votazioni per almeno 4 ore (dalle 9.00 alle 13.00) per due giorni consecutivi (Sabato e Domenica), salva la possibilità di chiudere anticipatamente nel caso in cui tutti i medici appartenenti alla AFT abbiano già espresso il voto.

Può essere espresso un solo voto per un candidato.

In presenza di candidati omonimi, dovrà essere indicato nome, cognome e codice regionale del medico prescelto.

Al termine delle operazioni di voto, la Commissione Elettorale procede immediatamente allo spoglio delle schede; devono essere conteggiati i voti validi, le schede bianche e quelle nulle.

Non è considerato valido il voto espresso a favore di un medico non candidato e la scheda è considerata nulla. Alla fine le schede vengono impacchettate, sigillate e firmate dagli scrutatori.

I componenti il seggio redigono il verbale.

F. Esito delle Votazioni

L'elezione è valida indipendentemente dal numero dei votanti. Viene eletto il candidato che ha ricevuto il maggior numero di voti. In caso di parità viene eletto il medico con più anzianità di servizio di Assistenza Primaria. A parità di anzianità di servizio il medico anagraficamente più giovane.

G. Proclamazione degli Eletti

L'esito delle operazioni elettorali, comprensivo del numero dei votanti e dei risultati dello spoglio (voti validi, schede bianche e nulle) viene riportato su apposito verbale redatto dal segretario e firmato dai componenti della Commissione Elettorale. Il verbale, unitamente al plico sigillato contenente le schede elettorali scrutinate, è consegnato al Presidente. Ove il presidente fosse un delegato, avrà cura di consegnarlo al Direttore del Distretto competente territorialmente.

I Direttori di Distretto comunicano l'esito delle votazioni al Direttore della UOC Cure Primarie che provvede alla proclamazione degli eletti e alla predisposizione del provvedimento amministrativo necessario alla nomina da parte della Direzione Generale.

I Referenti eletti restano in carico per tre anni (salvo decadenza nei casi previsti più sotto) e possono essere rieletti per successivi mandati a condizione che durante la durata del mandato non superino i 67 anni di età.

Gli incarichi di tutta la Provincia avranno decorrenza dal 1° Giugno dell'anno in corso ove si voti prima o dal 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza naturale dei mandati precedenti.

Il Comitato Aziendale per la Medicina Generale ratifica il risultato delle elezioni.

H. Rinnovo Referenti AFT

Entro 60 giorni prima della scadenza naturale dei mandati di tutti i Referenti AFT provinciali – compresi eventuali sostituti, la U.O.C. Cure Primarie, con la collaborazione di eventuale altro Ufficio competente, avvia la procedura elettorale; l'incarico di Referente dura di norma 3 (tre) anni, salvo diverse disposizioni regionali, e lo stesso rimane in carica fino alla nomina dei nuovi Referenti.

Articolo 9

Sostituzione del Referente AFT

- a) Il sostituto del referente di AFT è il vicecoordinatore;
- b) Il medico sostituto del Referente AFT deve essere nominato dai componenti l'AFT in maniera autonoma nei casi di cessazione, trasferimento, decadenza del Referente AFT e comunicato alla UOC Cure Primarie e al Distretto di competenza entro 5 giorni dalla nomina.
- c) Nei casi riportati al punto “*Nomina o cessazione dei Referenti AFT*” del presente Regolamento, subentra subito il Sostituto nella funzione di Referente – tramite nomina da parte del Direttore Generale dell'ASP - fino alla designazione di un nuovo Referente AFT, art. 30 comma 7 dell'ACN 2019-2021.
- d) La durata del mandato del Referente AFT Sostituto sarà allineata con il termine del mandato degli altri Referenti AFT della Provincia.

Articolo 10

Compiti-Funzioni-Remunerazione Referente

I compiti del Referente (vedi art. 30 ACN) sono:

- a) il referente si occupa, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la Casa di Comunità che rappresenta la forma organizzativa multi-professionale di riferimento denominata U.C.C.P.;
- b) il referente coordina altresì l'attività dei medici componenti della AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana;
- c) il referente predispose annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base di quanto previsto dall'AIR e di indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda. Tale relazione deve essere trasmessa entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento e contribuisce a valutare il raggiungimento degli obiettivi annuali dell'intera AFT;
- d) il referente collabora con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) per risolvere eventuali disservizi inerenti l'AFT a seguito di segnalazioni;
- e) il Direttore Generale, o suo delegato, ratifica la designazione del Referente e valuta annualmente il suo operato in relazione ai compiti e agli obiettivi assegnati. In caso di mancato raggiungimento di quest'ultimi può procedere, anche prima della scadenza, al subentro del sostituto fino a nuova

- designazione. I componenti della AFT, in numero non inferiore a 2/3 dei componenti possono richiedere una valutazione anticipata del Referente;
- f) tra i referenti di AFT del Distretto viene individuato il rappresentante dei medici di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali;
 - g) il referente deve essere disponibile a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista. Tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere;
 - h) il coordinatore deve tener conto nell'assegnazione della quota oraria del medico a ruolo unico della situazione familiare e di salute del medico (debitamente documentata), ivi compresa la genitorialità (art. 31 AIR 2025).
 - i) il coordinatore deve valorizzare i titoli in possesso del medico (es. diploma specialistico in ecografia, esperto in spirometria o specializzazioni acquisite) nella suddivisione dell'attività oraria della AFT nelle CdC Hub e Spoke.

Articolo 11

Comunicazioni

- a) La U.O.C. Cure Primarie stabilisce un canale di informazione istituzionale verso i referenti di AFT, i componenti del Comitato Aziendale e i Distretti, allo scopo di garantire le informazioni sulle indicazioni della stessa U.O.C.;
- b) La U.O.C. Cure Primarie trasmette a tutti i medici del ruolo unico le informazioni di interesse comune tramite i consueti canali istituzionali, per il tramite dei Direttori di Distretto;
- c) Per le comunicazioni ritenute utili, privilegiando la rapidità e la trasparenza della comunicazione, e in caso di urgenza, il Referente AFT dovrà preoccuparsi che le informazioni siano ricevute da tutti i colleghi – a ciclo di scelta e a base oraria - della propria AFT;
- d) Il Referente di AFT avvia canali di comunicazione, anche tramite sistemi di messaggistica istantanea, con tutti i colleghi di AFT, allo scopo di diffondere e rendere concretamente operative le indicazioni pervenute e di raccogliere le osservazioni e le proposte dei colleghi, da portare all'attenzione della U.O.C. Cure Primarie.

Articolo 12

Organizzazione

1. Tutti i medici dell'AFT devono condividere i dati sanitari dei pazienti "di scelta" con tutti i medici dell'Aggregazione al fine di garantire la presa in carico della comunità da parte dell'intera AFT (ai sensi dell'art. 22 AIR 2025).
2. Le informazioni sanitarie dei pazienti dell'AFT, condivisi all'interno della stessa grazie all'interoperabilità dei *software* tramite la piattaforma dei RUAP ai sensi dell'art. 22 AIR 2025 e inserite nella banca dati AFT, dovranno essere trasmesse pseudo anonimizzate alla Banca Dati Aziendale (BDA) dei Distretti per consentire all'Azienda il monitoraggio degli obiettivi di AFT.
3. L'Azienda si deve dotare di *software* di interconnessione volti alla ricezione dei dati da parte delle singole AFT.
4. L'attività oraria distribuita tra attività diurna e notturna nelle sedi aziendali delle AFT (CdC, sedi di ex Continuità Assistenziale o periferiche proposte dai RUAP e autorizzate dall'Azienda) verrà organizzata dal Referente di AFT (o vice coordinatore), in accordo con il livello distrettuale, che, entro 30 giorni dalla sua elezione, dovrà inviare al distretto gli orari di studio dei medici afferenti l'AFT e l'organizzazione dell'attività oraria che verrà svolta all'interno delle nuove strutture.

Articolo 13

Riunioni di coordinamento tra la Direzione del Distretto e i Referenti AFT

- a) Il Direttore del Distretto/PTA convoca i Referenti di AFT, o loro delegati, per coordinare le attività delle AFT stesse, definendo l'Ordine del Giorno; gli incontri potranno essere svolti presso la Casa di Comunità o altro luogo individuato dall'ASP;
- b) Tali riunioni avverranno con periodicità generalmente bimestrale e in via ordinaria "in presenza", salvo diverse disposizioni;

- c) Per garantire la massima continuità e uniformità dei processi di governance sul territorio provinciale, a tali riunioni sono invitati a partecipare le OO.SS. componenti il Comitato Aziendale o loro delegati e il Direttore della UOC Cure Primarie o suo delegato; su proposta del Comitato Aziendale o del Direttore di Distretto, possono partecipare anche altre figure professionali ritenute di volta in volta necessarie;
- d) Gli incontri hanno la funzione di monitorare le attività delle AFT, rilevare i fabbisogni socio-sanitari degli assistiti, proporre progettualità, verificare eventuali criticità, coordinare le attività tra le varie AFT per garantire omogeneità dell'assistenza; gli incontri non hanno funzione deliberante;
- e) In caso di assenza del Referente AFT, per partecipare alla riunione di coordinamento, può essere delegato un Collega della stessa AFT, anche se non nominato quale sostituto.

Articolo 14

Riunioni interne tra i Medici di Assistenza Primaria del ruolo unico appartenenti alla stessa AFT

- a) Il Referente AFT convoca l'incontro tra i Medici del ruolo unico (ex APS e ex APO) della stessa AFT, anche tramite modalità telematica;
- b) le riunioni avverranno con periodicità generalmente trimestrale;
- c) l'ordine del giorno è definito dal Referente AFT, in relazione anche alle indicazioni pervenute dal Comitato Aziendale per la Medicina Generale e dalle riunioni di Coordinamento tra Direttori di Distretto e i Referenti AFT;
- d) possono essere aggiunti eventuali ulteriori argomenti da aggiungere all'ordine del giorno;
- e) il referente AFT trasmette al Distretto Sanitario ed alla UOC CP, tramite email, un breve resoconto della riunione interna, entro 10 giorni dalla data della riunione stessa.

Le riunioni hanno lo scopo di:

- monitorare il livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla AFT;
- condividere, da parte del Referente, l'attività svolta;
- coordinare l'attività dell'assistenza;
- coordinare le attività orarie diurne;
- coordinare le attività condivise per la gestione delle cronicità, della prevenzione comprese le campagne vaccinali;
- programmare le attività inerenti ai progetti aziendali e distrettuali dell'AFT;
- verificare le progettualità in corso;
- verificare le criticità emergenti in tema di continuità assistenziale, invio dei pazienti al secondo livello, relazioni con il distretto e con l'ospedale (di riferimento);
- verificare eventuali criticità di assistenza presso tutte le Strutture territoriali intermedie: Case di Comunità, COT, Ospedali di Comunità, RSA, ecc., che insistono nell'ambito territoriale ove opera la AFT

Articolo 15

Progettualità e obiettivi

- a) Al fine di garantire omogeneità per le attività sanitarie a livello provinciale, su proposta dell'ASP, il Comitato Aziendale per la Medicina Generale individua annualmente gli obiettivi (tenendo conto degli indirizzi regionali) da perseguire e la relativa assegnazione alle singole AFT; per il 2026 gli Obiettivi sono stati definiti dall'AIR (vedi anche norma transitoria n. 2);
- b) tali obiettivi dovranno essere applicati su tutto il territorio provinciale in modo omogeneo fatto salvo, ove fosse necessario, definire obiettivi diversi in una determinata zona del territorio per specificità/criticità locali;
- c) alle progettualità approvate dovranno partecipare tutti i medici dell'AFT, secondo quanto definito dall'Accordo Collettivo Nazionale e dall'Accordo Integrativo Regionale vigenti;
- d) il Comitato Aziendale per la medicina generale, o in via alternativa le singole AFT, possono proporre "progetti pilota", in relazione ad indicatori misurabili, al fine di verificarne l'efficacia e la possibilità di essere estesi, in una seconda fase, alle altre AFT.

In prima applicazione, come previsto dall'art. 17 AIR, gli obiettivi per ogni AFT, per gli assistiti in carico, sono rappresentati dal raggiungimento di valori specifici per:

1. *Screening* oncologici (mammella, utero, colon-retto);
2. Vaccinazione antinfluenzale;

3. Presa in carico dei pazienti cronici;
4. Riduzione dell'antibiotico resistenza.

I risultati sono valutati per come previsto dall'AIR e da eventuali successive modifiche dello stesso. Ai sensi della norma transitoria n° 2 per la remunerazione dell'anno 2025 si rinvia alla stessa.

Per l'anno 2026 le attività legate agli obiettivi della parte variabile degli emolumenti sarà così corrisposta:

- *la remunerazione del Governo Clinico, degli screening e delle vaccinazioni (verificate dall'inizio della campagna vaccinale al 28.02.2027) verranno corrisposti mensilmente e individualmente a tutti i medici RUAP in base ai pazienti in carico, € 7,13 a paziente (governo clinico) e € 5 a screening effettuato, al raggiungimento dei risultati.*

Mensilmente il RUAP autocertificherà al Referente AFT la propria attività che, congiuntamente al Direttore di Distretto, verificheranno trimestralmente l'andamento delle attività al fine di garantire il raggiungimento dei valori soglia legati agli obiettivi. Tale attività di verifica congiunta AFT/Distretto dovrà essere debitamente documentata e comunicata da parte dell'Azienda all'Assessorato della Salute. I risultati saranno valutati alla data del 31.12.2026 e il mancato raggiungimento comporterà il recupero, da parte dell'Azienda, delle somme corrisposte.

Nello specifico gli Indicatori utilizzati (come previsto dal comma 6 art. 17 AIR), coerenti con quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia, sono:

SCREENING ONCOLOGICI

Proporzione di persone che hanno effettuato i test di screening di I° livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon-retto, sulle rispettive popolazioni target.

- Valore atteso per la cervice uterina: 30%;
- Valore atteso per la mammella: 40%;
- Valore atteso per il colon-retto: 30%.

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano (> 65 aa.):

- valore atteso 75% rilevato dal modello AVUR. Ai fini del raggiungimento della percentuale vanno incluse le vaccinazioni fatte dai propri assistiti altrove (Farmacie, Ambulatori ASP, Asp in piazza etc).

GOVERNO CLINICO

Presenza in carico dei pazienti cronici

- Percentuale di pazienti con diagnosi di BPCO che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della Salute:

Valore atteso 40%;

I dati di Aderenza saranno elaborati dalla UOC Farmaceutica dal Portale Farmanalisi.

- Percentuale di pazienti con diagnosi di Scopenso Cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (con ACE inibitori o Sartani; con Beta Bloccanti) come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della Salute:

Valore atteso 65%;

I dati di Aderenza saranno elaborati dalla UOC Farmaceutica dal Portale Farmanalisi.

- Percentuale pazienti Diabetici che seguono le seguenti raccomandazioni di controllo dell'Emoglobina Glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, come previste dal Manuale PDTA del Ministero della Salute:

Valore atteso 60%;

I dati sull'effettuazione degli esami saranno elaborati dalla UOC Cure primarie tramite FSE.

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

I RUAP devono garantire per i pazienti con IRC in stadio 5° e filtrato glomerulare < 20 ml/min , l'invio con prescrizione "visita nefrologica L.A.T. (Lista Attesa Trapianti) per essere sottoposti a valutazione per trapianto e, se eleggibili, inseriti in Lista Trapianti.

Indicatore utilizzato:

N. Pazienti inviati, con prescrizione, alla valutazione LAT per Trapianto/ n. pazienti con IRC in stadio 5° e filtrato < 20;

- Valore atteso: 90%

L'indicatore sarà autocertificato dal RUAP e l'autocertificazione dovrà contenere i codici fiscali dei pazienti inviati. I dati verranno controllati dal SIFA tramite le UU.OO. di Nefrologia.

CONSUMO FARMACI SENTINELLA/TRACCIANTI PER 1.000 ABITANTI -ANTIBIOTICI

Riduzione rispetto all'anno precedente, al netto delle prescrizioni indotte.

- Valore atteso: - 10%

I dati verranno controllati dal SIFA tramite la UOC Farmaceutico (Farmanalisi)

Il sistema degli obiettivi verrà aggiornato ogni anno; alcuni obiettivi potranno rimanere uguali e verranno aggiornati gli indicatori e i valori attesi. Le modifiche saranno apportate in relazione agli obiettivi assegnati alle Regioni dal Ministero o in base a specifiche esigenze assistenziali della Regione Siciliana. Il raggiungimento dei risultati attesi permette ai medici della AFT di accedere alla parte variabile del compenso economico.

Per una più definita valutazione dei Risultati e per la relativa Remunerazione si rimanda all'art. 18 dell'AIR.

Articolo 16

Progetto Salute - Primo Step – Prevenzione

L'Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria - RUAP (D.A. n. 1411 del 10.12.25, pubbl. sul Suppl. ord. della GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA -p. I - n. 1 del 2-1-2026), prevede che venga realizzato in ogni Azienda Sanitaria il "Progetto Salute" (art. 27).

Lo scopo del Progetto è rappresentato dalla valutazione del bisogno di salute di ogni cittadino-utente per conoscere gli interventi clinico-assistenziali di cui necessita, garantendone così la presa in carico senza interruzioni tra setting assistenziali attraverso una sanità proattiva (DM 77/2022).

Il suddetto Progetto viene finanziato con le risorse regionali già impiegate nell'ex progetto qualità e dal Fondo di ponderazione, riconoscendo a tutti i medici RUAP (nell'accezione dell'art. 31 c. 1 ACN 2022, cioè ex assistenza primaria ed ex continuità assistenziale) una somma pari ad € 5,65 ad assistito annui per identificare e stratificare, in base a determinati fattori di rischio, la porzione di popolazione della AFT di appartenenza; in prima applicazione la popolazione da identificare è quella ricompresa tra i 30 e i 60 anni di età.

L'ASP di Palermo intende avviare tale Progetto ed in tal senso si impegna a predisporre delle schede di rilevazione che dovranno essere compilate ed inviate alla U.O.C. Cure Primarie.

Il Progetto e le relative schede saranno a disposizione di tutti i medici dopo l'approvazione del Comitato Aziendale.

Articolo 17

Rete Informatica

La rete informatica dell'AFT deve garantire, all'interno dell'aggregazione, la condivisione e la circolarità dei dati sanitari della popolazione in carico alla stessa.

- Condizione basilare è l'interoperabilità dei sistemi di gestione sanitaria in uso dai RUAP componenti dell'AFT, nonché l'utilizzo di un sistema di Governo Clinico che analizzi i dati dei pazienti in carico e suggerisca su quali pazienti intervenire nell'ottica di una medicina pro-attiva attraverso indicatori chiari e

coerenti con gli obiettivi assegnati all'AFT;

- Tutti i medici dell'AFT devono condividere un'unica piattaforma di interoperabilità, in maniera da permettere l'estrazione dei dati necessari alla gestione pro-attiva dei pazienti afferenti all'AFT e la rendicontazione degli obiettivi distrettuali e aziendali, nel rispetto della normativa in materia di *privacy*;
- La piattaforma di AFT e la rete informativa devono permettere a tutti i medici dell'AFT, nei confronti di ogni assistito della stessa, la visualizzazione dei dati sanitari inseriti;
- Nello svolgimento dell'attività oraria, il medico di Assistenza Primaria deve annotare nella scheda sanitaria individuale del paziente: la prestazione eseguita, le prescrizioni di farmaci e/o accertamenti, le eventuali certificazioni rilasciate, al fine di informare il medico titolare del rapporto di fiducia e gli altri medici della AFT (art. 43 comma 7 lettera b ACN vigente);
- Il medico accede alla scheda sanitaria individuale del paziente in carico ad altro medico della AFT in occasione dello svolgimento dei compiti previsti dagli articoli 43 e 44 dell'ACN vigente (art. 43 "Compiti del medico del ruolo unico di assistenza primaria", art. 44 "attività assistenziale a prestazione oraria del medico del ruolo unico di assistenza primaria"); nonché dei compiti previsti dal D.A. 605/2025 "Integrazione del D.A. n. 1349/2023-Atto di programmazione per l'istituzione delle forme organizzative mono-professionali (AFT)..." e di quelli esplicitati nel presente Regolamento;
- L'azienda provvede a dotare le sedi di riferimento delle AFT di apparecchiature informatiche idonee a supportare l'accesso e la gestione della piattaforma dell'AFT, interconnessi tra loro accedendo alla piattaforma. Tutti i software dei RUAP appartenenti alla stessa AFT, quale condizione necessaria per mantenere la convenzione, sono connessi in rete tra loro e utilizzano sistemi gestionali interoperabili, reti, piattaforme informatiche proprie;
- La piattaforma di AFT, individuata e adottata dai RUAP, deve essere integrata con la Banca Dati Aziendale (BDA); il *software* di interconnessione tra AFT e BDA è a carico dell'Azienda senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici dell'AFT (ACN 2019-2021 e s.m.i., art. 6 c. 3);
- Al fine di agevolare lo sviluppo della rete informatico/informativa e di finanziare l'acquisizione e l'aggiornamento di sistemi di interoperabilità tra i software dei Medici RUAP, all'interno della stessa AFT, viene attribuita a tutti i medici delle AFT la somma di € 4,70 a paziente. Tale somma non spetta ai medici che già percepiscono l'indennità di associazionismo considerata all'interno della pregressa indennità che continua ad essere erogata per salvaguardare il trattamento economico in essere. Per i medici che già percepiscono l'indennità di associazione semplice, viene corrisposta una somma di € 2,12 che si aggiunge ai 2,58 a paziente (totale 4,70 €);
- Oltre alla somma attribuita, a vario titolo, a tutti i medici delle AFT pari a 4,70 € a paziente, si riconosce la somma di € 77,47 mensile a tutti i medici dell'AFT con contratto a tempo indeterminato, al fine di contribuire all'ingresso degli stessi nella rete informatica;
- Le indennità già riconosciute per l'associazionismo, verranno corrisposte per intero fino a quando le forme associative manterranno gli standard previsti (art. 47 lettera D punto III); al venir meno dei requisiti, continuerà ad essere corrisposta la somma di € 4,70 a paziente;

Articolo 18

Contattabilità del medico a ruolo unico da parte del paziente

La contattabilità del RUAP di assistenza primaria a ciclo di scelta, nell'ambito della fascia oraria diurna feriale, possono essere garantite dall'AFT con le seguenti modalità:

- Accesso al MMG, di norma per appuntamento, durante gli orari di apertura dello studio medico;
- Accesso ad altro MMG della stessa AFT in contesti determinati (prestazioni non differibili in territori di difficile contesto oro geografico);
- Accesso alla sede unica di AFT per le prestazioni non differibili;
- Accesso tramite il servizio 116/117, secondo lo schema descritto all'art. 25 dell'AIR;

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento, si rinvia al citato art. 25 AIR.

Articolo 19

Sicurezza delle Sedi Distrettuali di AFT e Accesso al Servizio

In merito alla sicurezza delle Sedi si rinvia all'art. 28 dell'AIR; si sottolinea che con Accordo Aziendale verranno concordate le modalità di accesso al Servizio anche in raccordo con il NEA 116/117.

Articolo 20

Norma di rinvio

Per tutto quanto non previsto nel presente Regolamento si rinvia all'AIR, all'ACN 2019-2021 e ACN 2022/2024, al DA 605/2025 e all'Accordo Attuativo Aziendale.

Le AFT possono prevedere un loro regolamento interno; le clausole di tale regolamento non possono essere in contrasto con il presente regolamento aziendale pena la nullità delle clausole difformi.

Eventuali controversie insorte all'interno delle AA.FF.TT. sono discusse nel Comitato Aziendale a cui può rivolgersi il Referente dell'AFT o anche il singolo componente della stessa. Le decisioni del Comitato Aziendale sono insindacabili; resta impregiudicata la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria competente.

FONTI NORMATIVE

- D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazione, nella L. 8 novembre 2012, n. 189;
- D.M. 77/2022, pubblicato sulla GURI n. 144 del 22 giugno 2022, "Nuovi Modelli e Standard per lo Sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN";
- Piano della rete territoriale di assistenza - regione Sicilia D.A. n. 1294/2022;
- ACN della Medicina Generale triennio 2019-2021 stipulato in data 08.02.2024 ACN della Medicina Generale triennio 2022-2024 stipulato in data 05.11.2025 AIR 18.11.2025 adottato con D.A. n. 1411 del 10.12.2025;
- D.A. n. 1349 del 13 dicembre 2023;
- D.A. 605/2025 "Integrazione del D.A. n. 1349/2023-Atto di programmazione per l'istituzione delle forme organizzative mono-professionali (AFT)...";
- D.A. 435/2026 "Indicazioni Operative Regionali per la stesura e adozione del Regolamento Aziendale delle Aggregazioni Funzionali Territoriali.