

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 marzo 2025, n. 371

**Accordo Integrativo Regionale Medicina Generale in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04.04.2024. Linee di indirizzo e programmazione anno 2025.**

### LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alla Sanità, Benessere Animale, Sport per tutti;

PRESO ATTO:

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;
- c) del parere di regolarità contabile, previsto dall'art. 79, co. 5, della L.R. 28/2001 e ss.mm.ii., e di attestazione di copertura finanziaria, espresso dal Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria, o suo delegato.

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

### DELIBERA

1. di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di stabilire che i lavori del competente tavolo regionale di delegazione trattante per l'aggiornamento dell'A.I.R. in attuazione del vigente A.C.N. 04.04.2024, debbano concludersi entro il 15 maggio 2025, con conseguente entrata in vigore del suddetto accordo a far data dal 1° giugno 2025, previo recepimento dello stesso con deliberazione di Giunta regionale che ne attesti altresì la copertura finanziaria;
3. di stabilire che, con riferimento all'anno 2025, con decorrenza 1° giugno 2025, esclusivamente nel caso in cui sia recepito l'A.I.R., in attuazione del vigente A.C.N. 04.04.2024, con deliberazione di Giunta regionale, sia garantita la copertura finanziaria, per un importo complessivo pari ad € 83.260.588,35, quale limite massimo di spesa, attraverso l'utilizzo di:
  - a) stanziamento da bilancio autonomo, per un importo pari ad € 26.591.810,10, come da stanziamenti ex Legge regionale n. 43/2024, oltre ad eventuali residui;
  - b) stanziamento nell'ambito del PNRR e riconducibili al sub-investimento M6 C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)";

- c) stanziamento, in coerenza con l'impostazione del nuovo A.C.N. 04.04.2024 e delle norme nazionali da esso richiamate, di quota parte delle risorse messe a disposizione dall'art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, ripartite dal D.M. Salute 23 dicembre 2022 e dal D.M. Salute 25 settembre 2024, da utilizzare, ai sensi dell'art. 47 comma 3 lett. c) del citato A.C.N., al fine di remunerare un impegno orario dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per le attività previste dal PNRR e dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77 all'interno delle Case della Comunità hub e spoke, ovvero, nelle more della effettiva operatività di queste ultime, all'interno dei Presidi Territoriali Assistenziali (P.T.A.) o comunque all'interno delle sedi di riferimento delle A.F.T, in sostituzione delle indennità fisse corrisposte per la partecipazione al nuovo modello organizzativo;
4. di stabilire che l'erogazione del compenso di cui alla predetta lettera c) avvenga a seguito di rendicontazione e certificazione delle ore di attività effettivamente svolte da effettuarsi per il tramite del Sistema Informativo Edotto, secondo le modalità da definirsi con determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, anche in considerazione dell'obbligo di istituire il Fondo dei fattori produttivi di cui all'art. 47, comma, 2, lett. D, dell'A.C.N. del 04.04.2024;
  5. di demandare a successiva deliberazione di Giunta regionale, da adottarsi entro il 15 maggio, l'istituzione dei fondi previsti dall'A.C.N. 04.04.2024, ivi compreso il fondo dei fattori produttivi di cui all'art. 47 comma 2, lett. D del citato accordo, con contestuale iscrizione in bilancio degli stessi;
  6. di stabilire un tetto di spesa per le prestazioni relative alle cure domiciliari, nei limiti della spesa sostenuta nell'anno 2024, pari ad € 12.000.000,00 da finanziare con le risorse PNRR e riconducibili al sub-investimento M6 C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)", salvo ulteriori disposizioni in materia da condividere al Tavolo della delegazione trattante per l'aggiornamento dell'A.I.R. al contenuto dell'A.C.N. 04.04.2024 ;
  7. di demandare alla competente Sezione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale l'espletamento delle procedure per la costituzione e la convocazione del tavolo regionale di delegazione trattante per l'elaborazione e aggiornamento dell'Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'A.C.N. del 04.04.2024;
  8. di stabilire che si avvii il potenziamento dell'assistenza domiciliare, attraverso l'utilizzo delle risorse PNRR, per l'assunzione di personale infermieristico, a supporto della medicina generale;
  9. di stabilire che le previsioni dell'A.I.R., recepito con deliberazione di Giunta regionale n. 2289/2007 e ss.mm.ii., non trovano più applicazione dall'1/1/2026, qualora non sia stato approvato dalla Giunta regionale il provvedimento di aggiornamento dell'Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'A.C.N. del 04.04.2024 entro i termini di cui al punto 2);
  10. di trasmettere il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta del Dipartimento Salute, alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL. e ai rappresentanti delle organizzazioni sindacali aventi diritto;
  11. di pubblicare il presente provvedimento sul BURP in versione integrale ai sensi della L.R. n. 18/2023.

**Il Segretario Generale della Giunta**

NICOLA PALADINO

**Il Presidente della Giunta**

MICHELE EMILIANO

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

**Oggetto: Accordo Integrativo Regionale Medicina Generale in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04.04.2024. Linee di indirizzo e programmazione anno 2025.**

**Visti:**

- il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014, n. 126 “Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs. 118/2011”, recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009;
- la L.R. 31 dicembre 2024 n. 42 “Disposizioni per la formazione del Bilancio di Previsione 2025 e Regione Puglia (Legge di Stabilità regionale 2025)”;
- la L.R. 31 dicembre 2024 n. 43 “Bilancio di Previsione della Regione Puglia per l’esercizio finanziario 2025 e Bilancio pluriennale 2025-2027”;
- la D.G.R. n. 26 del 20/01/2025 “Bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025-2027. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione”;
- l’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina per i rapporti con i medici di medicina generale del 04/04/2024;
- la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”;
- il D.M. 23 maggio 2022, n. 77, recepito dalla Regione Puglia con R.R. 19 dicembre 2023, n. 13:

**Viste, altresì:**

- la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità, denominata “Agenda di Genere”;
- la D.G.R. 26 settembre 2024, n. 1295 recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”

**Atteso che:**

- in data 04.04.2024, a seguito di intesa raggiunta in sede di Conferenza Permanente per i rapporti per lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano (rep. atti n. 51/CSR del 4 aprile 2024), è entrato in vigore il nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (di seguito A.C.N.) – triennio 2019-2021;
- ai sensi dell’art. 3 del suddetto A.C.N.:
  - *“l’Accordo Collettivo Nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del S.S.N., nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori”;*
  - *“i tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di complementarietà e mutua esclusione che devono rendere razionale l’intero processo di contrattazione”;*
  - *“il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali, ad esempio [...] la responsabilità delle Regioni e delle Aziende sanitarie nei confronti della piena applicazione dell’Accordo Collettivo Nazionale”;*
  - *“il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la*

*programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto dal successivo articolo 4, nonché le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo. Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali come previsto dall'articolo 8, comma 3";*

- *"ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies del D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., come richiamato dall'articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002, n. 289, eventuali clausole degli Accordi regionali ed aziendali difformi rispetto al presente Accordo sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile".*

**Dato atto, al riguardo, che:**

- il vigente A.C.N. del 04.04.2024 introduce ed implementa un nuovo modello di assistenza territoriale, principalmente attraverso l'entrata a regime del "ruolo unico di assistenza primaria", con previsione, a carico del medico di assistenza primaria, oltre alla consueta attività a ciclo di scelta, di un impegno orario variabile a seconda del numero degli assistiti in carico. In particolare, a mente dell'art. 44:
  - *"L'attività oraria è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale e rivolta agli assistiti dell'AFT e/o dell'UCCP di riferimento";*
  - *"Le Aziende si avvalgono dei medici del ruolo unico per lo svolgimento delle suddette attività presso le sedi delle AFT, UCCP, Case della Comunità hub e spoke, Ospedali di Comunità, per l'attivazione di ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria, per l'erogazione di visite occasionali, per l'assistenza ai turisti ed agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti ed altre categorie di utenti";*
  - *"L'attività a tutta la popolazione di riferimento è organizzata dalla Azienda sanitaria, in coerenza con la programmazione regionale, tenuto conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici di scelta e dell'offerta assistenziale in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche del territorio e all'offerta assistenziale. La scelta organizzativa deve supportare la presa in carico di assistiti affetti da gravi patologie o pazienti fragili ad alto rischio di ospedalizzazione o di accesso improprio al Pronto Soccorso, nonché straordinarie situazioni di maggior impegno assistenziale";*
  - *"Con riferimento agli Accordi Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" e n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117", l'Azienda, in attuazione della programmazione regionale, realizza il proprio modello organizzativo avvalendosi delle seguenti opzioni:*
    - a) *attivazione della Centrale Unica per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti ovvero del Numero Unico Europeo 116117;*
    - b) *attivazione di ambulatorio di continuità dell'assistenza gestito da medici del ruolo unico di assistenza primaria integrati, ove necessario, con personale infermieristico;*
    - c) *organizzazione della continuità dell'assistenza in orario diurno e con ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della*

*necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, secondo protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118”;*

- *“Le previsioni di cui al comma precedente sono attuate nel rispetto delle necessità assistenziali fissate dalla programmazione regionale e, successivamente, con la definizione del rapporto ottimale nell’ambito degli Accordi Integrativi Regionali”;*
- *“Gli Accordi regionali ed aziendali possono individuare, nello svolgimento dell’attività oraria, ulteriori compiti e modalità di partecipazione del medico alle attività previste nelle nuove forme organizzative”;*
- *“L’attività programmata e coordinata all’interno dell’AFT è prestata con flessibilità oraria ed articolazione dei turni funzionale all’assetto organizzativo territoriale [...]”*
- *Le sedi di svolgimento dell’attività oraria sono individuate dall’Azienda in ambito distrettuale, anche presso le AFT, le UCCP, le Case della Comunità hub e spoke, per garantire l’integrazione organizzativa e professionale dell’assistenza primaria e agevolare l’accesso dei cittadini”.*

**Preso atto inoltre che, ai sensi dell’art. 29 dell’A.C.N. 04.04.2024:**

- le Aggregazioni Funzionali Territoriali (di seguito A.F.T.) di cui all’art. 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189, sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall’Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell’A.C.N. e definito dalla Regione;
- la A.F.T. garantisce l’assistenza per l’intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, ferme restando le esigenze legate ad 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;
- i compiti essenziali della A.F.T. sono:
  - a) assicurare l’erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l’assistenza ai turisti;
  - 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;
- la A.F.T. realizza i compiti di cui al punto precedente secondo il modello organizzativo regionale, in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento, alla quale la A.F.T. e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività;
- i medici del ruolo unico di assistenza primaria, oltre ad esercitare l’attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa, ed in particolare operano per:
  - a) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attivano l’integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, con diritto all’accesso in ospedale dei medici convenzionati;

- b) contribuire all'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con le strutture territoriali di riferimento e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
- l'Accordo Integrativo Regionale può integrare compiti e funzioni delle A.F.T., in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico assicurata alla popolazione di riferimento.

**Considerato che, alla luce dei principi sopra illustrati:**

- occorre procedere all'aggiornamento dell'intesa sull'Accordo Integrativo Regionale ai nuovi principi previsti dal vigente A.C.N. 04.04.2024. A tal proposito si richiama l'art. 3 comma 6, secondo cui: *“Ai sensi dell'art. 40, comma 3 quinquies del D.Lgs. n. 165 del 30/03/2001 e ss.mm.ii., come richiamato dall'art. 52 comma 27 della Legge 27/12/2002, n. 289, eventuali clausole degli accordi regionali ed aziendali difformi rispetto al presente Accordo sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma del codice civile”.*

**Atteso inoltre che:**

- l'art. 47, comma 3 dell'A.C.N. 2024, nell'ambito della definizione del compenso del medico del ruolo unico di assistenza primaria, destina una *“quota oraria derivante dalle risorse destinate, nel limite dello stanziamento annuale ripartito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma, ai medici del ruolo unico di Assistenza Primaria ed individuate dall'art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Tale quota è pari ad Euro 13,62 per ciascuna ora di incarico svolta per le attività previste dal PNRR e dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77 all'interno delle Case di Comunità hub e spoke”;*
- l'art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 *“Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione decorre dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 aprile 2022. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR”;*
- le suddette risorse sono state ripartite tra le Regioni e le Province Autonome dal D.M. Salute 23 dicembre 2022 e dal D.M. Salute 25 settembre 2024.

**Visto che, ai sensi del D.M. 23 maggio 2022, n. 77, recepito dalla Regione Puglia con R.R. 19 dicembre 2023, n. 13:**

- tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità (di seguito CdC), avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- la Casa di Comunità rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria;
- la CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito. La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN;
- la CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali. L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza. I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano anche all'interno delle CdC. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24;
- L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:
  - a) l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
  - b) la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
  - c) la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'équipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
  - d) la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
  - e) la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
  - f) la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
  - g) la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
  - h) l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;

- i) la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver;
- sia nell'accezione *hub* sia in quella *spoke*, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

**Tenuto conto** della deliberazione di Giunta regionale n. 688 del 11/05/2022, con la quale è stata approvata la Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della deliberazione di Giunta Regionale n. 134 del 15/02/2022.

**Considerato altresì che:**

- la Corte dei Conti-Sezioni riunite in sede di controllo, nell'ambito del Rapporto di Certificazione relativa all'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, triennio 2019-2021, ha espressamente illustrato che:

*“L'altra significativa quota di risorse è quella assicurata dall'art. 1, comma 274 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, finalizzate a remunerare le ore di incarico previste, dal PNRR e dal DM n. 77/2022, all'interno delle Case della comunità hub e spoke. Tali specifiche risorse sono finalizzate a coprire i maggiori costi relativi all'assunzione di personale dipendente e convenzionato aggiuntivo necessario a garantire il potenziamento dell'assistenza territoriale. L'art. 47, comma 3 lett. c) dell'ipotesi individua l'importo per quota oraria di lavoro prestato presso tali strutture, in 13,62 euro, che si aggiunge alle altre quote orarie già percepite dai medici di assistenza primaria ad attività oraria. Ai fini della stima dell'onere sono state considerate le ore necessarie a garantire la copertura assistenziale nelle 1.350 Case della comunità hub per i medici di medicina generale, quantificate nel cronoprogramma del PNRR (a regime nel 2026) in 11,8 milioni di ore, determinando un onere complessivo a regime pari a 190,4 milioni di euro lordi. Tale onere, secondo la stima prudenziale riportata nella relazione tecnica al disegno di legge di bilancio 2022 (art. 93), risulta interamente coperto dalle risorse di cui al comma 274, che per l'attività svolta di medici di medicina generale ha previsto un finanziamento di oltre 262 milioni, a valere sul fabbisogno sanitario standard. La parte rimanente del citato importo complessivo potrà essere utilizzato per coprire il costo delle ore di assistenza prestate nelle Case della comunità spoke, coincidenti con le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT). Secondo l'articolazione oraria prevista, sono state stimate 50 ore settimanali per l'assistenza in ogni struttura spoke, che comporterebbero, dal 2026, un fabbisogno teorico di circa 4,4 milioni di ore, ed un costo pari a 71,6 milioni di euro lordi assorbendo, dunque, l'intero finanziamento previsto dalla legge di bilancio 2022”.*

**Tenuto conto che:**

- l'Accordo Integrativo Regionale sottoscritto in data 10.09.2024, sia pur non ratificato dalla Giunta regionale, prevedeva essenzialmente tre linee di intervento, in ordine alle quali sviluppare gli adempimenti programmatici da recepire nel nuovo A.I.R., con ipotesi di spesa parametrata ad € 35.671.161,96, oneri inclusi, come di seguito riportato nel dettaglio:

Tabella n. 1

DESCRIZIONE	importo	note
incremento per partecipazione a nuovi modelli assistenziali derivanti dall'appartenenza alle A.F.T.	€ 24.364.579,85	
incremento personale di studio	€ 8.699.558,40	
incremento indennità informatica	2.379.917,71	
incremento per remunerazione referenti e figure di coordinamento,	€ 227.106,00	la remunerazione dei referenti di A.F.T. trova copertura nelle risorse di cui all'art. 47, comma 2, lett. B, punto II, dell'A.C.N. 04.04.2024.
<b>TOTALE</b>	<b>€ 35.671.161,96</b>	

**Tenuto conto che**, dall'analisi dei dati presenti nel Sistema Informativo Edotto, la spesa sanitaria riferita al settore dell'Assistenza Primaria a ciclo di scelta, al 31/12/2024, risulta essere la seguente:

Tabella n. 2

SPESA EFFETTIVAMENTE SOSTENUTA ANNO 2024 CICLO DI SCELTA MMG		
TOTALE SPESA FONTE EDOTTO	QUOTA PARTE DA FSN	AIR
<b>374.283.328,15 €</b>	333.809.728,15 €	41.473.600,00 €

**Considerato pertanto che:**

- l'importo speso da bilancio autonomo per la quota variabile (prestazioni domiciliari) nell'annualità 2024 risulta pari a € 11.634.121,85, inclusi oneri, come da prospetti di seguito riportati:

Tabella n. 3

DETTAGLIO QUOTA VARIABILE - QUOTE A CARICO BILANCIO AUTONOMO			
descrizione	subtotale quota bilancio autonomo	oneri	Totale al lordo oneri
ADP	3.277.086,95 €	360.479,56 €	3.637.566,51 €
A.D.I.	1.909.720,22 €	210.069,22 €	2.119.789,44 €
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	3.578.035,54 €	393.583,91 €	3.971.619,45 €
VISITE DOMICILIARI		- €	- €
R.S.A.	171.801,23 €	18.898,14 €	190.699,37 €
ASSISTENZA ADT	64.375,92 €	7.081,35 €	71.457,27 €
ADI FESTIVI	288.341,01 €	31.717,51 €	320.058,52 €
SLA	139.969,35 €	15.396,63 €	155.365,98 €
ADI SLA FERIALE	32.472,57 €	3.571,98 €	36.044,56 €
ADI SLA FESTIVI E PREFESTIVI	6.655,40 €	732,09 €	7.387,49 €
U.D.T.	32.519,13 €	3.577,10 €	36.096,23 €
ATTIVAZIONE PIANO ASSISTENZIALE ADI	969.368,54 €	106.630,54 €	1.075.999,08 €
ATTIVAZIONE PIANO ASSISTENZIALE ADT	10.845,00 €	1.192,95 €	12.037,95 €
<b>TOTALE</b>	<b>10.481.190,86 €</b>	<b>1.152.930,99 €</b>	<b>11.634.121,85 €</b>

**Considerato che:**

a) per quanto concerne l'assistenza primaria a ciclo di scelta, la quota riferita alla spesa all'AIR a consuntivo (anno 2024 riportato nei bilanci delle ASL) si compone, al lordo di oneri, di complessivi € 47.589.426,39, così come di seguito dettagliato:

- una quota fissa, pari ad € 35.955.304,54 (essenzialmente indennità);
- una quota variabile (prestazioni domiciliari) pari ad € 11.634.121,85.

Pertanto, l'impatto di spesa sanitaria riveniente dall'A.I.R. vigente, recepito con DGR n. 2289/2007 e s.m.i. e dalle attività programmatiche, di cui al presente provvedimento, al netto delle quote da Fondo Sanitario Nazionale, risulta una stima pari ad € 83.260.588,35, oneri inclusi, da intendersi quale spesa massima ammissibile.

**Considerato, altresì, che:**

- il DM 23 gennaio 2023, modificato dal decreto interministeriale 24 novembre 2023, concernente la ripartizione delle risorse PNRR-Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.1. "Casa come primo luogo di cura-Assistenza domiciliare" attribuisce alla Regione Puglia le risorse al raggiungimento dei target previsti. Nel merito, l'allegato 1 del decreto 23/01/23 stabilisce, quale obiettivo da raggiungere per ciascun anno (2022, 2023, 2024, 2025) un determinato incremento totale dei pazienti over 65 rispetto alla baseline 2019 considerata.

**Ritenuto pertanto che:**

- rendendosi comunque necessario un allineamento rispetto alle previsioni dell'ACN 04.04.2024, con riferimento all'anno 2025, con decorrenza 1° giugno 2025, esclusivamente nel caso in cui sia recepito l'A.I.R., in attuazione del vigente A.C.N. 04.04.2024, con deliberazione di Giunta regionale, sia garantita la copertura finanziaria, per un importo complessivo pari ad € 83.260.588,35, quale limite massimo di spesa, attraverso l'utilizzo di:
  - a) stanziamento da bilancio autonomo, per un importo pari ad € 26.591.810,10, come da stanziamenti ex Legge regionale n. 43/2024;
  - b) stanziamento nell'ambito del PNRR e riconducibili al sub-investimento M6 C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)".
  - c) stanziamento, in coerenza con l'impostazione del nuovo A.C.N. 04.04.2024 e delle norme nazionali da esso richiamate, di quota parte delle risorse messe a disposizione dall'art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, ripartite dal D.M. Salute 23 dicembre 2022 e dal D.M. Salute 25 settembre 2024, da utilizzare, ai sensi dell'art. 47 comma 3 lett. c) del citato A.C.N., al fine di remunerare un impegno orario dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per le attività previste dal PNRR e dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77 all'interno delle Case della Comunità hub e spoke, ovvero, nelle more della effettiva operatività di queste ultime, all'interno dei Presidi Territoriali Assistenziali (P.T.A.) o comunque all'interno delle sedi di riferimento delle A.F.T, in sostituzione delle indennità fisse corrisposte per la partecipazione al nuovo modello organizzativo.

**Valutato in definitiva che:**

- l'entrata in vigore dell'A.C.N. 04.04.2024 impone l'elaborazione di un nuovo Accordo Integrativo Regionale, con cui operare una coerente attuazione dei principi contenuti nella normativa nazionale, nonché al fine di garantire la piena legittimità della normativa decentrata;
- occorre rivedere l'Accordo Integrativo Regionale nella sua interezza e ricomprendendo al suo interno anche l'Assistenza Primaria ad attività oraria e il settore Emergenza Sanitaria Territoriale.

Pertanto, in conformità all'A.C.N. 2024 e delle norme nazionali in vigore, fermo restando l'importo dei compensi già riconosciuti ai medici del ruolo unico di assistenza primaria in virtù delle vigenti disposizioni, sussistono i presupposti per l'aggiornamento dell'Al.R. alle previsioni dell'A.C.N. 2024 e alle norme nazionali ivi richiamate, riconoscendo una remunerazione per ogni ora di incarico svolta per le attività previste dal PNRR e dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77 all'interno delle Case di Comunità *hub* e *spoke*, ovvero, nelle more della effettiva operatività di queste ultime, all'interno dei Presidi Territoriali Assistenziali (P.T.A.) o comunque all'interno delle sedi di riferimento delle A.F.T.

Per l'effetto, al fine di allineare le disposizioni dell'ipotesi di Accordo Integrativo Regionale alle disposizioni nazionali vigenti, occorre procedere all'aggiornamento dell'Accordo Integrativo Regionale per assicurarne la conformità al vigente A.C.N. 04.04.2024, con la conseguente convocazione del competente tavolo di delegazione trattante regionale e fissazione del termine ultimo dei lavori al 15 maggio 2025.

Alla luce di quanto sopra esposto, nell'ambito del tavolo di delegazione trattante allestito per l'aggiornamento dell'Al.R. in attuazione dell'A.C.N. 04.04.2024, si rende necessaria ed improcrastinabile una totale revisione delle indennità di che trattasi, al fine di renderle compatibili con il nuovo modello assistenziale, anche in considerazione dell'obbligo di istituire il Fondo dei fattori produttivi di cui all'art. 47, comma, 2, lett. D, dell'A.C.N. del 04.04.2024.

Si riporta nell'Allegato A il parere tecnico, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

#### **GARANZIE DI RISERVATEZZA**

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito Istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del suddetto Regolamento UE.

**COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.**

Gli oneri derivanti dal presente provvedimento, per un importo complessivo pari ad € 83.260.588,35, trovano copertura finanziaria come di seguito si riporta:

FONTI DI FINANZIAMENTO	copertura	CRA	BILANCIO	CAPITOLO	MISSIONE PROGRAMMA TITOLO	CODIFICA PIANO DEI CONTI FINANZIARIO	SPESE RICORRENTI	CODICE UE
risorse da bilancio autonomo ex Legge regionale n. 43/2024	€ 26.591.810,10	15.02	Autonomo	U0731030/2025	13.1.01	1.04.01.02	3	8
PNRR M6 C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)".	€ 32.304.198,39	15.02	Vincolato	U1307048/2025	13.7.01	1.04.01.02	3	8
risorse messe a disposizione dall'art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 (risorse per attuazione D.M. 77/2022, ripartite da DM 23 dicembre 2022 e 25 settembre 2024)	€ 24.364.579,86	15.02	Vincolato	U1301125/2025	13.1.01	1.04.01.02	3	8
<b>TOTALE</b>	<b>€ 83.260.588,35</b>							

La copertura finanziaria rinveniente dal presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

Tutto ciò premesso, ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. d) della L.R. 7/1997, si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di stabilire che i lavori del competente tavolo regionale di delegazione trattante per l'aggiornamento dell'A.I.R. in attuazione del vigente A.C.N. 04.04.2024, debbano concludersi entro il 15 maggio 2025, con conseguente entrata in vigore del suddetto accordo a far data dal 1° giugno 2025, previo recepimento dello stesso con deliberazione di Giunta regionale che ne attesti altresì la copertura finanziaria;
3. di stabilire che, con riferimento all'anno 2025, con decorrenza 1° giugno 2025, esclusivamente nel caso in cui sia recepito l'A.I.R., in attuazione del vigente A.C.N. 04.04.2024, con deliberazione di Giunta regionale, sia garantita la copertura finanziaria, per un importo complessivo pari ad € 83.260.588,35, quale limite massimo di spesa, attraverso l'utilizzo di:
  - a) stanziamento da bilancio autonomo, per un importo pari ad € 26.591.810,10, come da stanziamenti ex Legge regionale n. 43/2024, oltre ad eventuali residui;

- b) stanziamento nell'ambito del PNRR e riconducibili al sub-investimento M6 C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)";
- c) stanziamento, in coerenza con l'impostazione del nuovo A.C.N. 04.04.2024 e delle norme nazionali da esso richiamate, di quota parte delle risorse messe a disposizione dall'art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, ripartite dal D.M. Salute 23 dicembre 2022 e dal D.M. Salute 25 settembre 2024, da utilizzare, ai sensi dell'art. 47 comma 3 lett. c) del citato A.C.N., al fine di remunerare un impegno orario dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per le attività previste dal PNRR e dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77 all'interno delle Case della Comunità hub e spoke, ovvero, nelle more della effettiva operatività di queste ultime, all'interno dei Presidi Territoriali Assistenziali (P.T.A.) o comunque all'interno delle sedi di riferimento delle A.F.T, in sostituzione delle indennità fisse corrisposte per la partecipazione al nuovo modello organizzativo;
4. di stabilire che l'erogazione del compenso di cui alla predetta lettera c) avvenga a seguito di rendicontazione e certificazione delle ore di attività effettivamente svolte da effettuarsi per il tramite del Sistema Informativo Edotto, secondo le modalità da definirsi con determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, anche in considerazione dell'obbligo di istituire il Fondo dei fattori produttivi di cui all'art. 47, comma, 2, lett. D, dell'A.C.N. del 04.04.2024;
5. di demandare a successiva deliberazione di Giunta regionale, da adottarsi entro il 15 maggio, l'istituzione dei fondi previsti dall'A.C.N. 04.04.2024, ivi compreso il fondo dei fattori produttivi di cui all'art. 47 comma 2, lett. D del citato accordo, con contestuale iscrizione in bilancio degli stessi;
6. di stabilire un tetto di spesa per le prestazioni relative alle cure domiciliari, nei limiti della spesa sostenuta nell'anno 2024, pari ad € 12.000.000,00 da finanziare con le risorse PNRR e riconducibili al sub-investimento M6 C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)", salvo ulteriori disposizioni in materia da condividere al Tavolo della delegazione trattante per l'aggiornamento dell'A.I.R. al contenuto dell'A.C.N. 04.04.2024 ;
7. di demandare alla competente Sezione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale l'espletamento delle procedure per la costituzione e la convocazione del tavolo regionale di delegazione trattante per l'elaborazione e aggiornamento dell'Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'A.C.N. del 04.04.2024;
8. di stabilire che si avvii il potenziamento dell'assistenza domiciliare, attraverso l'utilizzo delle risorse PNRR, per l'assunzione di personale infermieristico, a supporto della medicina generale;
9. di stabilire che le previsioni dell'A.I.R., recepito con deliberazione di Giunta regionale n. 2289/2007 e ss.mm.ii., non trovano più applicazione dall'1/1/2026, qualora non sia stato approvato dalla Giunta regionale il provvedimento di aggiornamento dell'Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'A.C.N. del 04.04.2024 entro i termini di cui al punto 2);
10. di trasmettere il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta del Dipartimento Salute, alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL. e ai rappresentanti delle organizzazioni sindacali aventi diritto
11. di pubblicare il presente provvedimento sul BURP in versione integrale ai sensi della L.R. n. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

Il Responsabile E.Q. "Gestione e Monitoraggio degli Accordi Collettivi Nazionali (AA.CC.NN.) rinvenienti dall'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i."

(Emanuele Carbonara) \_\_\_\_\_  Emanuele Carbonara  
26.03.2025 13:17:49  
GMT+00:00

La Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera - Gestione rapporti convenzionali

(Antonella Caroli) \_\_\_\_\_  Antonella Caroli  
26.03.2025 13:11:09  
GMT+00:00

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

(Mauro Nicastro) \_\_\_\_\_  Mauro Nicastro  
26.03.2025  
13:20:18  
GMT+00:00

Il Direttore di Dipartimento ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA la necessità di esprimere osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale

(Vito Montanaro) \_\_\_\_\_  Vito Montanaro  
26.03.2025  
14:38:56  
GMT+01:00

L'assessore alla Sanità, Benessere animale e Sport per tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

### propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

L'Assessore alla Sanità e Benessere animale, Sport per Tutti

(Raffaele Piemontese) \_\_\_\_\_  Raffaele  
Piemontese  
26.03.2025  
14:44:10  
GMT+01:00

Il sottoscritto esprime parere di regolarità contabile positivo, ai sensi dell'art. 79, co. 5 della L.R. n. 28/2001, ed attestazione di copertura finanziaria.

Il Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria,  
o suo delegato

 Firmato digitalmente da:  
STOLFA REGINA  
Firmato il 26/03/2025 15:08  
Seriale Certificato: 2300950  
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026  
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

## ALLEGATO A

## PARERE TECNICO

Gli oneri derivanti dal presente provvedimento, per un importo complessivo pari ad € 83.260.588,35, trovano copertura finanziaria come di seguito si riporta:

FONTI DI FINANZIAMENTO	copertura	CRA	BILANCIO	CAPITOLO	MISSIONE PROGRAMMA TITOLO	CODIFICA PIANO DEI CONTI FINANZIARIO	SPESE RICORRENTI	CODICE UE
risorse da bilancio autonomo ex Legge regionale n. 43/2024	€ 26.591.810,10	15.02	Autonomo	U0731030/2025	13.1.01	1.04.01.02	3	8
PNRR M6 C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)".	€ 32.304.198,39	15.02	Vincolato	U1307048/2025	13.7.01	1.04.01.02	3	8
risorse messe a disposizione dall'art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 (risorse per attuazione D.M. 77/2022, ripartite da DM 23 dicembre 2022 e 25 settembre 2024)	€ 24.364.579,86	15.02	Vincolato	U1301125/2025	13.1.01	1.04.01.02	3	8
<b>TOTALE</b>	<b>€ 83.260.588,35</b>							

LA PRESENTE PROPOSTA DI DELIBERAZIONE COMPORTA IMPLICAZIONI DI NATURA FINANZIARIA SUL FONDO SANITARIO REGIONALE

SI  NO

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE PROPONENTE



Mauro Nicastro  
26.03.2025  
15:44:22  
GMT+01:00



**REGIONE PUGLIA**  
**SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE**  
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
SGO	DEL	2025	36	26.03.2025

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE MEDICINA GENERALE IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DEL 04.04.2024. LINEE DI INDIRIZZO E PROGRAMMAZIONE ANNO 2025.

**Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO**  
**LR 28/2001 art. 79 Comma 5**

**ANNOTAZIONE:**

 Firmato digitalmente da:  
STOLFA REGINA  
Firmato il 26/03/2025 10:56  
Seriale Certificato: 2300950  
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026  
InfoCertare Qualified Electronic Signature CA

**Responsabile del Procedimento**  
E.Q.-CARMEN PARTIPILO

**Dirigente**  
D.SSA REGINA STOLFA

