

DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA 18 giugno 2025, n. 309  
**Accordo Integrativo Regionale della medicina generale 2025-2026 del 12.05.2025, in conformità all'ACN 04.04.2024 e alle DGR n. 371 del 26.03.2025 e n. 636 del 16.05.2025. Disposizioni applicative e determinazione risorse per l'annualità 2025.**

#### IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA PROPONENTE

- Visti gli articoli 4 e 5 della L.R. n. 7/97
- Visti gli artt. 4 e 16 del D. Lgs. 165/01;
- Visto l'art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69 che prevede l'obbligo di sostituire la pubblicazione tradizionale all'Albo Ufficiale con la pubblicazione di documenti digitali sui siti informatici;
- Visto l'art.18 del D.Lgs 196/03 *"Codice in materia di protezione dei dati personali"*;
- Viste le Determinazioni del Direttore dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità n. 3 del 9/9/2009 e n. 4 dell'11/9/2009;
- Vista la D.G.R. n. 2271 del 31.10.2014 di Organizzazione dei Servizi dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle pari Opportunità e la conseguente ratifica con D.P.G.R. n.743 del 12.11.2014 di Organizzazione dei Servizi dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle pari Opportunità
- Vista la D.D. n. 9 del 20.04.2015 del Direttore dell'Area Organizzazione e Riforma dell'Amministrazione di Riassetto organizzativo dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle pari Opportunità;
- Visto il DPGR 31 luglio 2015 n. 443 di adozione del modello organizzativo denominato *"Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale – MAIA"*;
- Visto il D.P.G.R. n. 22/2021 relativo all'adozione del modello organizzativo denominato *"Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale – MAIA 2.0"*;
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 322 del 07/03/2022 di conferimento dell'incarico di direzione della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta e successiva D.G.R. n. 582 del 30/04/2025 di proroga degli incarichi di Direzione delle Sezioni dei Dipartimento della Giunta regionale al 30/06/2025;
- Vista la Determinazione Dirigenziale n. 013/DIR/2025/00019 del 23/05/2025 di proroga degli incarichi di Direzione dei Servizi delle Strutture della Giunta regionale al 31/07/2025, in attuazione della D.G.R. n. 582 del 30/04/2025;
- Vista la Determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta n. 228 del 29/04/2025 di conferimento dell'incarico di Elevata Qualificazione *"Gestione e Monitoraggio degli Accordi Contrattuali rivenienti dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i."*;
- Vista la Determinazione Dirigenziale n. 34 del 18/11/2024 di conferimento dell'incarico di direzione ad interim del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera – Gestione rapporti Convenzionali della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta afferente al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;
- Vista la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità, denominata *"Agenda di Genere"*;
- Vista la D.G.R. n. 1295 del 26/09/2024 recante *"Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturali"*;
- Visto l'Accordo Collettivo Nazionale 2024 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 reso esecutivo con Atto di intesa Rep. atti n. 51/CSR del 4 aprile 2024 dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;
- Vista la DGR n. 371 del 26.03.2025, recante *"Accordo Integrativo Regionale Medicina Generale in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04.04.2024. Linee di indirizzo e programmazione anno 2025"*;

- Vista la DGR n. 636 del 16.05.2025, recante *“Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Medicina Generale 2025-2026 in conformità all’ACN 04.04.2024 e alla DGR n. 371 del 26.03.2025.Recepimento”*;

Sulla base dell’istruttoria espletata dal Responsabile E.Q e confermata dalla Dirigente ad interim del Servizio “Strategie e Governo dell’Assistenza Ospedaliera – Gestione rapporti Convenzionali”, riceve la seguente relazione.

**Premesso che:**

- l’art. 2 della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, con riferimento alla Regione sottoposta al piano di rientro, dispone, al comma 80, che *“[...] Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro. A tale scopo, qualora, in corso di attuazione del piano o dei programmi operativi di cui al comma 88, gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinvercano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio regionale, indicandone puntualmente i motivi di contrasto con il Piano di rientro o con i programmi operativi. Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga. Qualora il Consiglio regionale non provveda ad apportare le necessarie modifiche legislative entro i termini indicati, ovvero vi provveda in modo parziale o comunque tale da non rimuovere gli ostacoli all’attuazione del piano o dei programmi operativi, il Consiglio dei Ministri adotta, ai sensi dell’articolo 120 della Costituzione, le necessarie misure, anche normative, per il superamento dei predetti ostacoli”. Al comma 81, che “la verifica dell’attuazione del piano di rientro avviene con periodicità trimestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, a cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all’articolo 3 della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze, nell’ambito dell’attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro”;*
- con l’art. 1 della legge regionale 9 febbraio 2011 n. 2 è stato approvato l’Accordo sottoscritto il 29 novembre 2010 tra il Ministro della salute, il Ministro dell’Economia e delle Finanze e il Presidente della Giunta regionale, con l’allegato “Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema sanitario regionale 2010-2012”.

**Preso atto che:**

- con deliberazione n. 371 del 26.03.2025, recante *“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 ha previsto:
  - *“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”;*

- *“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.IR. al contenuto dell'A.C.N. 04.04.2024”;*

#### **Preso atto, altresì, che:**

- con deliberazione n. 636 del 16.05.2025, notificata alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL. e ai Rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali di settore con nota prot. n. 270962 del 21.05.2025, la Giunta regionale ha provveduto al recepimento dell'Accordo Integrativo Regionale (di seguito AIR) della Medicina Generale 2025-2026, sottoscritto in data 12.05.2025 in conformità alla ACN del 04.04.2024 e della DGR n. 371 del 26.03.2025;
- in ordine poi all'applicazione dei singoli articoli e istituti dell'accordo, ivi compresi quelli che presuppongono la presentazione di istanze e domande, nonché l'individuazione delle risorse disponibili, la citata deliberazione di Giunta regionale ha stabilito che *“occorre demandare alle disposizioni da impartirsi da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, anche per quanto concerne le tempistiche della presentazione delle istanze, al fine di garantire certezza giuridica e par condicio tra gli istanti”.*

#### **Tenuto conto che:**

- occorre dare atto della ricognizione effettuata sulla spesa complessiva della medicina generale (assistenza primaria a ciclo di scelta, assistenza primaria ad attività oraria, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi) nell'annualità 2024, come risultante dall'analisi dei dati presenti nel Sistema Informativo Edotto, approvando l'allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante i prospetti dettagliati per ogni settore di riferimento;
- la spesa sanitaria riferita al settore dell'Assistenza Primaria a ciclo di scelta, Assistenza Primaria ad attività oraria, Emergenza Sanitaria Territoriale e Medicina dei Servizi, al 31/12/2024, risulta una spesa totale di € 472.997.009,35;
- per quanto concerne l'assistenza primaria a ciclo di scelta, la quota riferita alla spesa da bilancio autonomo (anno 2024) si compone, al lordo di oneri, di una quota fissa, pari ad € 35.955.304,54 e di una quota variabile (prestazioni domiciliari) pari ad € 11.568.614,41.

#### **Pertanto, tenuto conto:**

- dell'impatto della spesa complessivamente sostenuta nell'anno 2024, si ritiene che lo stanziamento, di cui alle deliberazioni di Giunta regionale n. 371 del 26.03.2025 e n. 636 del 16.05.2025 sia da intendersi quale limite di spesa invalicabile, come da ripartizione per ciascuna Azienda Sanitaria Locale in relazione a tutte le voci di costo rinvenienti dall'AIR sottoscritto in data 12.05.2025, come dettagliatamente esplicitato nei prospetti di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- della necessità di monitorare costantemente l'andamento della spesa negli anni 2025 e 2026 e di verificare, per il tramite dei Distretti Socio-Sanitari di competenza, l'attuazione delle previsioni dell'AIR, con particolare riferimento al rispetto degli orari di apertura degli studi medici in conformità al nuovo

modello organizzativo;

- della responsabilità dei Direttori dei Distretti Socio-Sanitari del caricamento dei dati nel Sistema Informativo Edotto, rispetto ai quali si determinano oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, con particolare riferimento alle prestazioni domiciliari. A tal proposito è necessario che il Direttore del Distretto Socio Sanitario attesti la regolarità delle prestazioni domiciliari rese nonché l'apertura degli studi nelle AFT e comunque dei modelli erogativi secondo le previsioni dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR), al fine di garantire la copertura assistenziale h12, unitamente alla fascia oraria 8:00-11:00 del sabato e dei giorni prefestivi.

**Atteso che:**

- l'art. 32 dell'AIR sottoscritto il 12.05.2025, sancisce che: *“L'applicazione del presente Accordo è subordinata alla sussistenza della copertura finanziaria di cui al presente articolo”*;
- la norma finale dell'AIR, al comma 6, stabilisce che: *“Il presente accordo resterà in vigore, in regime di prorogatio legis, fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo Regionale per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, ferma restando la garanzia e la sussistenza della copertura finanziaria di cui all'art. 32”*;
- la DGR n. 636 del 16.06.2025 ha stabilito *“che la copertura finanziaria come individuata dal presente provvedimento costituisca il limite massimo di spesa per ciascuna delle annualità 2025 e 2026. Con apposito atto dirigenziale della competente Sezione si definisce il tetto di spesa massimo per ciascuna azienda sanitaria locale e si impartiscono ulteriori disposizioni in materia”*;
- occorre quindi prendere atto che l'applicazione dell'AIR sottoscritto in data 12.05.2025 è subordinata alla sussistenza della copertura finanziaria prevista dall'art. 32 dell'accordo medesimo, in conformità a quanto stabilito con la DGR n. 371/2025.

**Considerato che:**

- al fine di assicurare una corretta e legittima attuazione dell'accordo su tutto il territorio regionale, nonché garantire certezza giuridica nei destinatari, si rende necessario impartire le opportune disposizioni in ordine all'applicazione dei singoli articoli e istituti, in conformità a quanto previsto dalla citata DGR n. 636 del 16.05.2025, ove si legge che *“occorre demandare alle disposizioni da impartirsi da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, anche per quanto concerne le tempistiche della presentazione delle istanze, al fine di garantire certezza giuridica e par condicio tra gli istanti”* ;
- occorre altresì, in ottemperanza a quanto stabilito nell'AIR, definire le risorse a disposizione di ciascuna ASL, per l'annualità 2025, per l'applicazione di quanto previsto dall'accordo medesimo, mediante l'approvazione dell'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- le risorse a disposizione di ciascuna ASL, inclusive di oneri, sono state definite in relazione alla spesa consolidata al 31.12.2024, nonché al numero degli assistiti in carico ai medici di medicina generale a ciclo di scelta alla data del 30.04.2025;
- occorre stabilire che le assegnazioni sono da considerarsi quale limite massimo di spesa per l'annualità 2025.

**Appurato che:**

- l'Accordo Integrativo Regionale 2025 delinea, agli artt. 1 e 2, un nuovo modello organizzativo, volto a garantire l'assistenza primaria h12 all'interno delle singole AFT, nonché dalle 8:00 alle 11:00 del sabato e prefestivi, per tutti i pazienti afferenti a queste ultime. In particolare viene previsto che, ferma restando la relazione fiduciaria medico-paziente, il medico debba garantire l'assistenza primaria, nell'ambito dei modelli erogativi previsti, a tutti i pazienti ricadenti nell'AFT di appartenenza;
- quanto sopra illustrato rientra nell'attività convenzionale, e non già nell'attività libero-professionale del medico, tenuto a partecipare al nuovo modello assistenziale della AFT e a farsi parte attiva *“della continuità dell'assistenza per gli assistiti nell'ambito dell'organizzazione prevista dalla Regione”* (cfr. art 43, comma 1, lett. b) dell'ACN 04.04.2024);
- con riferimento al modello organizzativo sancito dall'art. 1 dell'AIR, le decadute forme associative

confluiscono nei modelli mS1, mS2 e mS3, come di seguito riportato, con ogni conseguenza in punto di disciplina, nonché in ordine al percepimento dei compensi di cui all'art. 8.

Pertanto:

- i medici che alla data di pubblicazione dell'accordo risultavano associati nelle forme "medicina in associazione", "medicina in rete" e "super rete" sono tenuti a mantenere e garantire lo standard erogativo, strutturale, organizzativo e strumentale esistente alla predetta data di pubblicazione, nonché a condividere la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici. Tanto ai sensi di quanto disposto dall'art. 47, comma 2, lett. D, punto III) dell'ACN del 04.04.2024, quale condizione per mantenere il diritto al percepimento dei compensi erogati per l'appartenenza alla forma associativa, per la funzione informativo-informatica, per l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario;
- la forma associativa "medicina di gruppo" confluisce nel modello mS1;
- la forma associativa "super gruppo" confluisce nel modello mS2;
- la forma associativa "CPT" confluisce nel modello mS3;
- l'art. 8 dell'AIR, in uno con la DGR n. 636/2025, demanda alla programmazione regionale la definizione del fabbisogno relativo ai modelli erogativi mS2 e mS3, ivi compresa l'adesione dei medici a quelli già esistenti, sulla base delle risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento. La successiva procedura di ricezione, valutazione delle istanze e autorizzazione resta di competenza della ASL, nei limiti della spesa programmata. Viceversa, non si ravvisano limitazioni all'adesione o all'aggregazione relativamente al modello mS1, considerata l'invarianza delle risorse finanziarie all'uopo necessarie, fermo restando l'obbligo di comunicazione alla ASL e il rispetto di quanto previsto dagli artt. 1 e 2 dell'accordo;
- l'art. 8 comma 7 dell'AIR afferma che: *"In presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale in coerenza con l'art. 32 del presente accordo e allo stanziamento dallo stesso previsto, la programmazione aziendale per la costituzione di nuovi mS2 dovrà garantire la presenza di almeno 1 (uno) mS2 all'interno di ogni AFT. Tale limite è derogabile qualora all'interno della AFT sia già presente un mS3"*;
- l'art. 8 comma 8 dell'AIR afferma che: *"In presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale in coerenza con l'art. 32 del presente accordo e allo stanziamento dallo stesso previsto, la programmazione aziendale per la costituzione di un mS3 dovrà tenere conto di quanto segue:*
  - *un mS3 per distretto con l'eccezione per i capoluoghi di provincia di Bari, Brindisi, Foggia, Taranto, Lecce, dove si applica mediamente il rapporto di 1 mS3/100.000 residenti. Ulteriori mS3 nei capoluoghi di provincia saranno consentiti per multipli di 100.000 residenti, ovvero per frazioni superiori all'80% rispetto all'unità di misura di 100.000 residenti;*
  - *il limite di cui alla precedente lettera a) è superabile nel caso di disponibilità di risorse individuate con apposito provvedimento regionale in coerenza con l'art. 32 del presente accordo e allo stanziamento dallo stesso previsto;*
  - *fatto salvo quanto previsto alla precedente lett. a), il riconoscimento dei mS3 dovrà realizzarsi secondo il criterio cronologico dell'invio delle domande, che rimane comunque vincolato alla programmazione Regionale"*;
- Pertanto, occorre disporre che:
  - la costituzione o l'adesione ai modelli mS1 non soggiace ad alcuna limitazione, fermi restando l'obbligo di comunicazione alla ASL e il rispetto di quanto previsto dagli artt. 1 e 2 dell'accordo;
  - la costituzione o l'adesione ai modelli mS2 e mS3, ai sensi dell'art. 8 dell'AIR, è condizionata alla sussistenza delle risorse aziendali come quantificate dal presente e da successivi provvedimenti;
- sulla base dei dati rinvenuti dal sistema informativo Edotto e riferiti alla data del 30.04.2025, è stata effettuata la ricognizione, in termini numerici, delle precedenti forme associative, decadute in

- conseguenza della pubblicazione della DGR n. 636/2025;
- dalle risultanze del sistema informativo Edotto, considerato quanto disposto dal presente provvedimento in merito alla confluenza delle vecchie forme associative nei nuovi modelli erogativi, è emersa, alla data del 30.04.2025, un'eccedenza di modelli mS2 (n. 184) rispetto al numero di AFT come definito dalla DGR n. 1678/2024 (n. 128). Tanto in considerazione del citato disposto dell'art. 8 comma 7 dell'AIR, che prevede, in presenza di risorse, la sussistenza di almeno un mS2 per AFT;
  - il nuovo modello assistenziale definito dall'AIR 2025 implica lo sviluppo e la preferenza per la creazione di modelli organizzativi complessi, volti a garantire la copertura assistenziale h12 all'interno della AFT, anche nelle more dell'operatività delle Case di Comunità sul territorio regionale;
  - sussiste pertanto, quale necessario presupposto per una successiva ed eventuale autorizzazione all'adesione e alla nuova costituzione dei modelli mS2, l'esigenza di effettuare un preventivo monitoraggio sull'effettivo funzionamento e distribuzione territoriale dei citati modelli ad oggi esistenti, considerata l'attuale eccedenza, in termini numerici, rispetto al numero delle AFT. Rispetto a tale esigenza, occorre riservarsi per ulteriori valutazioni, nel pieno rispetto delle risorse disponibili;
  - considerate le risorse a disposizione nell'ambito della copertura di cui alla DGR n. 636/2025, nonché i ricordati principi fondanti dell'AIR, volti a garantire la copertura assistenziale h12, considerata altresì l'attuale esistenza di n. 9 modelli mS3 su n. 45 distretti socio sanitari, appare opportuno privilegiare la costituzione di nuovi mS3. Tanto al fine di pervenire gradualmente, nel rispetto delle risorse disponibili, allo standard erogativo previsto dall'AIR 2025 (un mS3 per distretto), nonché in coerenza con il modello organizzativo di cui all'art. 2 e a quanto stabilito dall'art. 8 comma 8 dell'AIR medesimo, in vista dell'evoluzione organizzativa di cui al DM n. 77/2022;
  - il riparto aziendale di risorse per lo sviluppo dei modelli mS3, per l'annualità 2025, è stato quantificato nei prospetti di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Le risorse sono state quantificate per la creazione di ulteriori 16 (sedici) mS3 rispetto a quelli attualmente esistenti, da distribuirsi in proporzione rispetto al numero di distretti socio-sanitari esistenti in ciascuna ASL, con indicazione per queste ultime di considerare i distretti ove non siano attualmente presenti mS3, nonché di privilegiare territori nei quali non insistono strutture sanitarie o ospedaliere di riferimento, in ottemperanza al principio di prossimità dell'assistenza;
  - appare opportuno, al riguardo, al fine di garantire la massima trasparenza ed equità, che le Aziende approvino un avviso pubblico per la costituzione di nuovi modelli mS3, nel quale siano espressamente individuate le sedi disponibili, con adeguata motivazione circa le ragioni della scelta aziendale, nonché la data da cui far partire le istanze, al fine di garantire certezza giuridica e *par condicio* tra gli istanti medesimi, in ottemperanza del punto 4 della DGR n. 636/2025;
  - appare altresì opportuno prevedere, in conformità all'art. 8 dell'AIR, che le istanze siano graduate dalla ASL in ordine cronologico di invio della pec (giorno, data, ora, minuti, secondi);
  - occorre stabilire che le Aziende sanitarie locali siano tenute a garantire la protocollazione di tutte le domande pervenute ai sensi dei precedenti punti precedenti, nonché la massima trasparenza delle procedure attraverso la pubblicazione sui propri portali istituzionali delle relative graduatorie, che dovranno indicare il numero di protocollo delle singole istanze, assicurando il rispetto della normativa privacy;
  - occorre altresì stabilire che il diritto ai compensi di cui all'art. 8 dell'AIR spetti dal giorno successivo all'emanazione del provvedimento autorizzativo da parte della ASL.

**Considerato che:**

- l'art. 5, comma 1, dell'AIR (Collaboratore di studio), prevede che: *“Tutti i MAPs operanti all'interno delle AFT che alla data di pubblicazione del presente accordo non percepiscono alcuna indennità di collaboratore di studio hanno l'obbligo, entro sei mesi dalla data di pubblicazione del presente accordo, di garantire la presenza di un collaboratore di studio secondo il relativo contratto di lavoro per un numero di ore settimanali, anche nei modi di cui all'art. 29, comma 5 dell'ACN, corrispondente ad un*

*costo omnicomprendivo annuo (inclusi emolumenti stipendiali, oneri sociali, retribuzione differita, TFR, consulente del lavoro e ogni altro onere) non inferiore a € 8.316,00. Tale obbligo deve essere garantito entro 3 mesi dalla data di iscrizione nell'elenco dei medici di medicina generale, anche da coloro i quali acquisiscono l'incarico dopo la pubblicazione del presente accordo";*

- sulla base dei dati rinvenuti dal sistema informativo Edotto e riferiti alla data del 30.04.2025, sono stati quantificate le risorse per garantire a ogni MMG la presenza del collaboratore di studio, nei limiti della copertura di cui all'art. 32 dell'AIR, in considerazione del numero dei medici che, al 30.04.2025, ne risultano sprovvisti;
- con la presente determinazione occorre pertanto definire le risorse aziendali per l'applicazione dell'art. 5 comma 1, come dettagliatamente quantificato nei prospetti di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- per l'addebito del costo, è necessario che le Aziende Sanitarie Locali acquisiscano documentazione attestante gli oneri effettivamente sostenuti;
- con riferimento all'applicazione dell'art. 5, commi 3, 5, 6, la relativa applicazione è subordinata all'individuazione delle risorse eventualmente disponibili. Tanto anche in considerazione di quanto disposto dall'art. 32, ove si stabilisce che *"L'applicazione del presente Accordo è subordinata alla sussistenza della copertura finanziaria di cui al presente articolo"*;
- l'art. 5, comma 7, dell'AIR 2025, stabilisce che: *"I MAPs che alla data di pubblicazione del presente accordo hanno un'indennità di collaboratore di studio totale inferiore a quella di cui al precedente comma 2 possono rimodulare secondo la nuova modalità di finanziamento di cui al presente articolo con contestuale rinuncia alle quote già percepite, garantendo il servizio con le modalità di cui al comma 1)"*;
- con riferimento alla concreta applicazione dei commi 1 e 7, considerato che, ai sensi del comma 1, l'assunzione di collaboratore di studio costituisce un obbligo per i medici che ne sono privi, considerate altresì le risorse disponibili specificamente destinate all'applicazione dell'art. 5 e contingentate dall'art. 32 dell'AIR e dalla DGR n. 636/2025, considerato altresì che ai sensi dell'art. 32 dell'AIR l'applicazione dell'accordo è subordinato alla copertura finanziaria recata dal medesimo articolo, si rende opportuno stabilire che le Aziende sanitarie locali procedano ad espletare le procedure di cui all'art. 5 comma 1 e, in subordine, nel solo caso di sussistenza di risorse certificate dalla ASL nei limiti dello stanziamento di cui alla relativa tabella di cui all'allegato B, quelle di cui all'art. 5 comma 7, con decorrenza delle procedure medesime a far data dal 1° luglio 2025;
- la procedura di ricezione, valutazione e autorizzazione delle istanze di cui all'art. 5, commi 1 e 7, resta di competenza della ASL, nei limiti della spesa massima programmata di cui al relativo prospetto inserito nell'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- pertanto, occorre stabilire che:
  - le AA.SS.LL., alla data di esecutività della presente determinazione, possono procedere ad espletare le procedure con esclusivo riferimento ai commi 1 e 7 dell'art. 5, nei limiti delle risorse individuate dal presente provvedimento, stabilendo che la procedura di cui al comma 7 sia subordinata al preventivo espletamento di quella di cui al comma 1, al fine di adempiere all'obbligo di garantire il collaboratore di studio ai medici che ne sono privi;
  - l'applicazione dei commi 3, 4, 5 e 6 resta subordinata alla successiva ed eventuale disponibilità di risorse;
- occorre stabilire che le Aziende sanitarie locali siano tenute a garantire la protocollazione di tutte le domande pervenute ai sensi dei precedenti punti precedenti, nonché la massima trasparenza delle procedure attraverso la pubblicazione sui propri portali istituzionali delle relative graduatorie, che dovranno indicare il numero di protocollo delle singole istanze, assicurando il rispetto della normativa privacy;
- il diritto ai compensi di cui all'art. 5, comma 2 dell'AIR spetta dal giorno successivo all'emanazione del provvedimento autorizzativo da parte della ASL.

**Considerato che:**

- l'art. 6 dell'AIR (Personale infermieristico e sanitario), comma 1, prevede che: *“Considerata la necessità di potenziare l'assistenza al domicilio del paziente, con il presente accordo si intende prevedere, qualora disponibile apposito finanziamento, un numero minimo di ore per medico, pari a 4 ore/settimana”*;
- le risorse disponibili per l'attuazione di quanto sopra sono state individuate dal comma 10 del medesimo art. 6, sulla base dei dati raccolti dal sistema informativo Edotto relativamente ai medici senza personale infermieristico al 30.04.2025;
- con il presente provvedimento, pertanto, occorre definire le risorse aziendali come dettagliatamente quantificato nei prospetti di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- per l'addebito del costo, è necessario che le Aziende Sanitarie Locali acquisiscano documentazione attestante i costi effettivamente sostenuti;
- per quanto concerne l'art. 8, comma 1, secondo periodo, e commi 2, 3, 4, 5, 6 e 8, la relativa applicazione è subordinata a formale copertura finanziaria regionale e preventiva autorizzazione per singola azienda;
- la procedura di ricezione, valutazione e autorizzazione delle istanze di cui all'art. 6 resta di competenza della ASL, con attuazione a far data dal 1 luglio 2025, nei limiti della spesa programmata;

**Pertanto:**

- il riconoscimento delle n.4 ore settimanali di cui al comma 1, primo periodo, è garantito dalle risorse di cui al comma 10. Ne consegue che le Aziende sono possono esperire le procedure con esclusivo riferimento al citato comma 1, primo periodo (n.4 ore settimanali), al fine di garantire personale infermieristico/sanitario ai medici che ne sono privi;
- l'applicazione dei commi 1, secondo periodo, 2, 3, 4, 5, 6 e 8 resta subordinata alla successiva ed eventuale disponibilità di risorse, da individuarsi con apposito provvedimento;
- le Aziende sono tenute a garantire la protocollazione di tutte le domande pervenute, nei limiti di cui sopra, ai sensi degli artt. 5, 6 e 8, nonché la massima trasparenza delle procedure attraverso la pubblicazione sui propri portali istituzionali delle relative graduatorie, che dovranno indicare il numero di protocollo delle singole istanze, assicurando il rispetto della normativa privacy;
- il diritto ai compensi di cui all'art. 6 dell'AIR spetta dal giorno successivo all'emanazione del provvedimento autorizzativo da parte della ASL.

**Preso atto che:**

- ai sensi dell'art. 26 (Zone disagiate e disagiatissime) dell'AIR, rimangono confermati i territori individuati come zona disagiata e disagiatissima alla data di pubblicazione dell'accordo (afferenti al Subappennino Dauno, al Gargano, alle Isole Tremiti). Per quanto concerne l'applicazione dei commi 2 e 3, la stessa è subordinata ad autorizzazione regionale, previo parere non vincolante della delegazione trattante regionale, in presenza di risorse eventualmente disponibili (cfr. art. 26, comma 4 dell'AIR);
- l'allegato B, parte integrante del al presente provvedimento, individua le risorse per il riconoscimento dei relativi compensi, quantificate sulla spesa consolidata al 31.12.2024.

**Preso atto altresì che:**

- l'allegato B, parte integrante del al presente provvedimento, individua le risorse per il riconoscimento dei compensi per garantire l'indennità di complessità, quantificate sulla spesa consolidata al 31.12.2024.

**Considerato altresì che:**

- per quanto attiene l'attività di assistenza domiciliare disciplinata dagli artt. 19, 20, 21, 22 dell'AIR, nonché le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 1 dell'accordo, l'art. 32 dell'AIR e la DGR n. 636/2025, in conformità all'art. n. 371/2025, prevedono un limite di spesa programmata di € 12.000.000,00, a livello regionale, da finanziarsi con le risorse PNRR e riconducibili al sub- investimento M6 C1-1.2.1 “Casa come primo luogo di cura (ADI)”, salve ulteriori disposizioni in materia da condividere al Tavolo della delegazione trattante per l'aggiornamento;

- occorre prevedere, in conformità a quanto sopra, un limite di spesa aziendale, come dettagliatamente quantificato nei prospetti di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, sulla base del numero di assistiti in carico in ciascuna ASL al 30.04.2025;
- occorre che il Direttore del Distretto Socio-Sanitario di riferimento sia responsabile del corretto svolgimento della prestazione domiciliare e disponga della documentazione attestante la effettiva erogazione dell'attività, ai fini del relativo addebito a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- con specifico riferimento all'art. 22 comma 3 (ADPec), occorre differire il termine del 31 maggio, in fase di prima applicazione, al 15 luglio 2025.

**Valutato che:**

- la DGR n. 636/2025 ha stabilito *“che la Regione Puglia, in quanto in Piano Operativo per il recupero del disavanzo sanitario, avvii un'attività di monitoraggio della spesa sanitaria complessiva riferita alla medicina generale”*;
- le Aziende sanitarie locali sono chiamate a svolgere una costante e responsabile opera di controllo sul rispetto, da parte del medico di medicina generale, degli obblighi derivanti dal nuovo modello organizzativo, atteso che quest'ultimo rappresenta la direttrice principale e il principio guida su cui si fonda l'Accordo Integrativo Regionale;
- la citata DGR n. 636/2025, anche considerato quanto previsto dall'art. 31 dell'AIR, ha stabilito che *“le AA.SS.LL. trasmettano entro il giorno 15 del mese successivo a ogni trimestre (da intendersi gennaio-marzo, aprile-giugno, luglio- settembre, ottobre-dicembre), alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, a mezzo pec, una relazione dettagliata sull'andamento della spesa e sulle attività rese, con la conseguente possibilità, in capo alla citata Sezione regionale, di richiedere ulteriori chiarimenti e adottare i provvedimenti di competenza. La relazione dovrà contenere, tra l'altro, una dettagliata descrizione per ciascun modello organizzativo insistente nel proprio territorio di competenza, rispetto al quale occorre che siano verificato il rispetto degli orari di apertura e la garanzia delle modalità assistenziali così come dettagliatamente riportati nell'accordo integrativo, considerati i maggiori oneri che tale assetto determina”*;
- considerata l'avvenuta pubblicazione dell'accordo, si individua come primo termine per l'invio della relazione il giorno 15 ottobre 2025;
- ai sensi della punto 5 della prefata deliberazione, inoltre, *“le Aziende Sanitarie devono istituire, entro dieci giorni dalla notifica del presente provvedimento, un tavolo permanente aziendale, composto dai Direttori di distretto, Responsabili ufficio convenzioni ed altre figure che si rendano necessarie per verificare la corretta applicazione delle previsioni di cui all'ACN e AIR, nonché per il monitoraggio della spesa sanitaria. Il provvedimento di costituzione del predetto tavolo deve essere trasmesso al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale”*. A tal fine, considerate le tempistiche della fase di prima applicazione, appare opportuno disporre che il citato provvedimento di costituzione dovrà essere trasmesso alla scrivente Sezione, a mezzo pec, qualora non sia stato già inviato, entro e non oltre il 30 giugno 2025.

**Valutato, altresì, che:**

- la medesima DGR n. 636/2025 ha sancito l'obbligo di rivedere i Regolamenti di AFT approvati dalle singole Aziende e non omologati dalla competente Sezione regionale, al fine di renderli rispondenti agli accordi sopravvenuti sia a livello nazionale che a livello regionale. A tal fine, occorre disporre che con apposita determinazione dirigenziale si provvederà ad approvare uno schema di regolamento che potrà essere oggetto di modificazione da parte delle AA.SS.LL. in relazione alla specificità dei singoli contesti territoriali, fermo restando il rispetto di principi fondamentali che saranno dettate con il provvedimento regionale di cui sopra;
- occorre quindi prendere atto che i Regolamenti di AFT già approvati dalle Aziende, per effetto della citata DGR n. 636/2025, debbano essere soggetti a revisione, in quanto non omologati e adottati sulla base di una normativa, di rango superiore, non più attuale.

**Preso atto che:**

- la DGR n. 636/2025 ha stabilito *“che il sistema informativo Edotto debba essere implementato, per il tramite della competente Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie, in coerenza a quanto previsto dall’Accordo Integrativo Regionale, con specifico riferimento, altresì, ad una trasparente e chiara identificazione delle voci stipendiali”*;
- la medesima deliberazione ha inoltre stabilito *“che l’utilizzo della quota da finanziarsi con risorse di cui all’art. 47, comma 3 lett. c) dell’ACN 04.04.2024, pari a € 10.028.997,15, è subordinata al rispetto di quanto disposto dalla medesima disposizione, in coerenza con la DGR n. 371 del 26.03.2025, secondo le modalità da definirsi con determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta”*;
- appare opportuno istituire un tavolo tecnico con la Società Exprivia al fine di assicurare l’implementazione del sistema informativo Edotto in conformità alle disposizioni giuntali.

**Considerato, altresì, che:**

- la DGR n. 371/2025 e la DGR n. 636/2025 sono state trasmesse ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell’Economia e delle Finanze) per il tramite della piattaforma SIVEAS, in ottemperanza ai vincoli del Piano di Rientro cui è sottoposta la Regione Puglia;
- occorre prendere atto che l’assegnazione delle risorse, e conseguentemente la concreta operatività degli istituti presenti dell’AIR, sono suscettibili di variazioni in conseguenza delle valutazioni eventualmente effettuate dai Ministeri affiancanti, nonché all’esito dell’esame delle relazioni trimestrali delle AA.SS.LL., con particolare riferimento al monitoraggio e all’andamento della spesa.

Alla luce di tutto quanto illustrato, si propone, con il presente provvedimento:

- di dare atto della ricognizione effettuata sulla spesa complessiva della medicina generale (assistenza primaria a ciclo di scelta, assistenza primaria ad attività oraria, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi) nell’annualità 2024, come risultante dall’analisi dei dati presenti nel Sistema Informativo Edotto, e, per l’effetto, di approvare l’Allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante i prospetti dettagliati per ogni settore di riferimento;
- di dare atto che l’applicazione dell’AIR sottoscritto in data 12.05.2025 è subordinata alla sussistenza della copertura finanziaria prevista dall’art. 32 dell’accordo medesimo, in conformità a quanto stabilito con la DGR n. 371/2025;
- di approvare l’allegato B, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante le risorse aziendali a disposizione, che costituiscono limite massimo di spesa, per l’annualità 2025, per l’applicazione degli istituti previsti dall’AIR;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie debbano garantire un attento monitoraggio dell’attività effettivamente resa, anche attraverso i Distretti Socio – Sanitari. In particolare, il Direttore del Distretto Socio Sanitario di riferimento è responsabile del corretto svolgimento della prestazione domiciliare e deve disporre della documentazione attestante la effettiva erogazione dell’attività, ai fini del relativo addebito a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali diano adeguata comunicazione agli utenti degli orari di apertura degli studi insistenti nelle singole AFT, attraverso il sito istituzionale nonché attraverso una specifica campagna di comunicazione che dia conto dell’assistenza h12 e nella fascia 8:00-11:00 del sabato e prefestivi;
- di stabilire che i Direttori di Distretto Socio Sanitario siano responsabili del rispetto degli orari di apertura degli studi all’interno della AFT, per i quali è necessario avere apposita evidenza documentale;
- di stabilire, con riferimento al modello organizzativo sancito dall’art. 1 dell’AIR, che le decadute forme associative confluiscono nei modelli mS1, mS2 e mS3, come di seguito riportato, con ogni conseguenza in punto di disciplina, nonché in ordine al percepimento dei compensi di cui all’art. 8:
- i medici che alla data di pubblicazione dell’accordo risultavano associati nelle forme “medicina in

associazione”, “medicina di rete” e “super rete” sono tenuti a mantenere e garantire lo standard erogativo, strutturale, organizzativo e strumentale esistente alla predetta data di pubblicazione, nonché a condividere la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri MAPs. Tanto, ai sensi di quanto disposto dall’art. 47, comma 2, lett. D, punto III) dell’ACN del 04.04.2024, quale condizione per mantenere il diritto al percepimento dei compensi erogati per l’appartenenza alla forma associativa, per la funzione informativo-informatica, per l’impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario;

- la forma associativa “medicina di gruppo” confluisce nel modello mS1;
  - la forma associativa “super gruppo” confluisce nel modello mS2;
  - la forma associativa “CPT” confluisce nel modello mS3;
- 
- di stabilire che la costituzione o l’adesione ai modelli mS1 non soggiace ad alcuna limitazione, fermi restando l’obbligo di comunicazione alla ASL e il rispetto di quanto previsto dagli artt. 1 e 2 dell’AIR;
  - di prendere atto che la costituzione o l’adesione ai modelli mS2 e mS3, ai sensi dell’art. 8 dell’AIR, è condizionata alla sussistenza delle risorse aziendali come quantificate dal presente e da successivi provvedimenti;
  - di stabilire, quale necessario presupposto per una successiva ed eventuale autorizzazione all’adesione e alla nuova costituzione dei modelli mS2, che venga effettuato un preventivo monitoraggio sull’effettivo funzionamento e distribuzione territoriale dei corrispondenti modelli ad oggi esistenti, in considerazione dell’attuale eccedenza degli stessi rispetto al numero di AFT;
  - di stabilire che l’adesione o la nuova costituzione di modelli mS3, ai sensi dell’art. 8 dell’AIR, debba avvenire nei limiti delle risorse aziendali come quantificate, con decorrenza 1° luglio 2025, dal relativo prospetto di cui all’allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
  - di stabilire che le Aziende sanitarie locali approvino un avviso pubblico per la costituzione di nuovi modelli mS3, recante espressamente le sedi per la costituzione degli stessi, nonché la data da cui far partire le istanze, al fine di garantire certezza giuridica e *par condicio* tra gli istanti medesimi, in ottemperanza del punto 4 della DGR n. 636/2025;
  - di stabilire che le Aziende sanitarie locali prevedano la costituzione di nuovi mS3, nei limiti di cui all’allegato B, considerando i distretti ove tali modelli assistenziali non siano attualmente presenti, nonché privilegiando territori nei quali non insistono strutture sanitarie o ospedaliere di riferimento, in ottemperanza al principio di prossimità dell’assistenza;
  - di stabilire che l’avviso pubblico per la costituzione di nuovi modelli mS3 debba recare specifica motivazione circa l’individuazione delle sedi disponibili;
  - di dare atto, stante il disposto dell’art. 8 dell’AIR, che, per le sedi disponibili, le istanze vengano graduate dalla ASL in ordine cronologico di invio della pec (giorno, data, ora, minuti, secondi);
  - di stabilire che, con riferimento alla concreta applicazione dei commi 1 e 7 dell’art. 5, considerato che, ai sensi del comma 1, l’assunzione di collaboratore di studio costituisce un obbligo per i medici che ne sono privi, considerate altresì le risorse disponibili specificamente destinate all’applicazione dell’art. 5 e contingentate dall’art. 32 dell’AIR e dalla DGR n. 636/2025, considerato altresì che ai sensi dell’art. 32 dell’AIR l’applicazione dell’accordo è subordinato alla copertura finanziaria recata dal medesimo articolo, che le Aziende sanitarie locali procedano preventivamente ad espletare le procedure di cui all’art. 5 comma 1 e, in subordine, nel solo caso di sussistenza di risorse certificate dalla ASL nei limiti dello stanziamento di cui alla relativa tabella di cui all’allegato B, quelle di cui all’art. 5 comma 7, con decorrenza delle procedure medesime a far data dal 1° luglio 2025;
  - di stabilire che la procedura di ricezione, valutazione e autorizzazione delle istanze di cui all’art. 5, commi 1 e 7, resta di competenza della ASL;
  - di stabilire che l’applicazione dell’art. 5 commi 1 e 7 debba avvenire nei limiti delle risorse di cui relativo prospetto di cui all’allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Per l’addebito del costo, è necessario che le Aziende Sanitarie Locali acquisiscano documentazione attestante gli oneri effettivamente sostenuti;

- di stabilire, in ottemperanza a quanto disposto dall'AIR, che l'applicazione dei commi 3, 4, 5, e 6 dell'art. 5 resta subordinata alla successiva ed eventuale disponibilità di risorse, da individuarsi con apposito provvedimento regionale;
- di stabilire che le Aziende possano esperire, a far data dal 1 luglio 2025, le procedure con esclusivo riferimento all'art. 6, comma 1, primo periodo (n.4 ore settimanali), al fine di garantire personale infermieristico/sanitario ai medici che ne sono privi, nei limiti della spesa programmata di cui all'allegato B, parte integrante del presente provvedimento. Per l'addebito del costo, è necessario che le Aziende Sanitarie Locali acquisiscano documentazione attestante gli oneri effettivamente sostenuti;
- di stabilire, in ottemperanza a quanto disposto dall'AIR, che l'applicazione dell'art. 6, comma 1, secondo periodo, e commi 2, 3, 4, 5, 6 e 8 resta subordinata alla successiva ed eventuale disponibilità di risorse, da individuarsi con apposito provvedimento regionale;
- di stabilire che le Aziende sanitarie locali siano tenute a garantire la protocollazione di tutte le domande pervenute, nei limiti stabiliti, ai sensi dei precedenti punti precedenti (artt. 5, 6 e 8 dell'AIR), nonché la massima trasparenza delle procedure attraverso la pubblicazione sui propri portali istituzionali delle relative graduatorie, che dovranno indicare il numero di protocollo delle singole istanze, assicurando il rispetto della normativa privacy;
- di stabilire che il diritto ai compensi di cui agli artt. 5, 6 e 8 dell'AIR spetti dal giorno successivo all'emanazione del provvedimento autorizzativo da parte della ASL;
- di dare atto che, ai sensi dell'art. 26 (Zone disagiate e disagiatissime) dell'AIR, rimangono confermati i territori individuati come zona disagiata e disagiatissima alla data di pubblicazione dell'accordo (afferenti al Subappenino Dauno, al Gargano, alle Isole Tremiti);
- di dare atto che, per quanto concerne l'applicazione dell'art. 26, commi 2 e 3, la stessa è subordinata ad autorizzazione regionale, previo parere non vincolante della delegazione trattante regionale, in presenza di risorse eventualmente disponibili (cfr. art. 26, comma 4 dell'AIR);
- di stabilire che l'attività di assistenza domiciliare disciplinata dagli artt. 19, 20, 21 e 22 dell'AIR, nonché le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 1 dell'AIR, potranno essere espletate nei limiti delle risorse a ciò destinate, come da relativo prospetto di cui all'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di stabilire, con specifico riferimento all'art. 22 comma 3 (ADPec), di differire, in fase di prima applicazione, il termine del 31 maggio al 15 luglio 2025;
- di stabilire che la prima relazione aziendale di cui al punto 7 della DGR n. 636/2025 dovrà essere trasmessa alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta entro il 15 ottobre 2025;
- di stabilire che il provvedimento di costituzione del tavolo tecnico di cui al punto 5 della DGR n. 636/2025 dovrà essere trasmesso alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, qualora non sia stato già inviato, entro il 30 giugno 2025;
- di dare atto che i Regolamenti di AFT già approvati dalle Aziende, per effetto della DGR n. 636/2025, debbano essere soggetti a revisione, in quanto non omologati e adottati sulla base di una normativa, di rango superiore, non più attuale;
- di dare atto della necessità di implementare nel sistema informativo Edotto, in ottemperanza ai punti 8 e 11 della DGR n. 636/2025, le previsioni dell'AIR, per il tramite della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie;
- di dare atto che l'assegnazione delle risorse, e conseguentemente la concreta operatività degli istituti presenti dell'AIR, sono suscettibili di variazioni in conseguenza delle valutazioni eventualmente effettuate dai Ministeri affiancanti, nonché all'esito dell'esame delle relazioni trimestrali delle AA.SS. LL., con particolare riferimento al monitoraggio e all'andamento della spesa;
- di riservare ogni altra disposizione e/o chiarimento applicativo a successivo provvedimento regionale;
- di notificare il presente provvedimento alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie, alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, nonché alle Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'AIR.

**Verifica ai sensi del D.Lgs. 196/03****Garanzie alla riservatezza**

La pubblicazione dell'atto all'albo, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal D.lgs. 196/03 in materia di protezione dei dati personali, nonché del vigente regolamento regionale n.5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ai fini della pubblicità legale, l'atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento a dati sensibili; qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.

<b>Valutazione di impatto di genere</b>
La presente determinazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della D.G.R. n. 1295 del 26/09/2024. L'impatto di genere stimato è: <input type="checkbox"/> <i>diretto</i> <input type="checkbox"/> <i>indiretto</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>neutro</i> <input type="checkbox"/> <i>non rilevato</i>

**ADEMPIMENTI CONTABILI****ai sensi del D. lgs. n.118/2011 e successive modificazioni ed integrazioni**

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo o quantitativo di entrata o di spesa a carico del bilancio regionale, né a carico degli Enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione e che è escluso ogni ulteriore onere aggiuntivo rispetto a quelli autorizzati, a valere sullo stanziamento previsto dal bilancio regionale.

**DETERMINA**

Di prendere atto di quanto espresso in narrativa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto e che qui si intende integralmente riportato.

Di dare atto della ricognizione effettuata sulla spesa complessiva della medicina generale (assistenza primaria a ciclo di scelta, assistenza primaria ad attività oraria, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi) nell'annualità 2024, come risultante dall'analisi dei dati presenti nel Sistema Informativo Edotto, e, per l'effetto, di approvare l'Allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante i prospetti dettagliati per ogni settore di riferimento.

Di dare atto che l'applicazione dell'AIR sottoscritto in data 12.05.2025 è subordinata alla sussistenza della copertura finanziaria prevista dall'art. 32 dell'accordo medesimo, in conformità a quanto stabilito con la DGR n. 371/2025.

Di approvare l'allegato B, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante le risorse aziendali a disposizione, che costituiscono limite massimo di spesa, per l'annualità 2025, per l'applicazione degli istituti previsti dall'AIR.

Di stabilire che le Aziende Sanitarie debbano garantire un attento monitoraggio dell'attività effettivamente resa, anche attraverso i Distretti Socio – Sanitari. In particolare, il Direttore del Distretto Socio Sanitario di riferimento è responsabile del corretto svolgimento della prestazione domiciliare e deve disporre della documentazione attestante la effettiva erogazione dell'attività, ai fini del relativo addebito a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali diano adeguata comunicazione agli utenti degli orari di apertura degli studi insistenti nelle singole AFT, attraverso il sito istituzionale nonché attraverso una specifica campagna di comunicazione che dia conto dell'assistenza h12 e nella fascia 8:00-11:00 del sabato e prefestivi.

Di stabilire che i Direttori di Distretto Socio Sanitario siano responsabili del rispetto degli orari di apertura degli studi all'interno della AFT, per i quali è necessario avere apposita evidenza documentale.

Di stabilire, con riferimento al modello organizzativo sancito dall'art. 1 dell'AIR, che le decadute forme associative confluiscono nei modelli mS1, mS2 e mS3, come di seguito riportato, con ogni conseguenza in punto di disciplina, nonché in ordine al percepimento dei compensi di cui all'art. 8:

- i medici che alla data di pubblicazione dell'accordo risultavano associati nelle forme "medicina in associazione", "medicina di rete" e "super rete" sono tenuti a mantenere e garantire lo standard erogativo, strutturale, organizzativo e strumentale esistente alla predetta data di pubblicazione, nonché a condividere la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri MAPs. Tanto, ai sensi di quanto disposto dall'art. 47, comma 2, lett. D, punto III) dell'ACN del 04.04.2024, quale condizione per mantenere il diritto al percepimento dei compensi erogati per l'appartenenza alla forma associativa, per la funzione informativo-informatica, per l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario;
- la forma associativa "medicina di gruppo" confluisce nel modello mS1;
- la forma associativa "super gruppo" confluisce nel modello mS2;
- la forma associativa "CPT" confluisce nel modello mS3.

Di stabilire che la costituzione o l'adesione ai modelli mS1 non soggiace ad alcuna limitazione, fermi restando l'obbligo di comunicazione alla ASL e il rispetto di quanto previsto dagli artt. 1 e 2 dell'AIR.

Di dare atto che la costituzione o l'adesione ai modelli mS2 e mS3, ai sensi dell'art. 8 dell'AIR, è condizionata alla sussistenza delle risorse aziendali come quantificate dal presente e da successivi provvedimenti.

Di stabilire, quale necessario presupposto per una successiva ed eventuale autorizzazione all'adesione e alla nuova costituzione dei modelli mS2, che venga effettuato un preventivo monitoraggio sull'effettivo funzionamento e distribuzione territoriale dei corrispondenti modelli ad oggi esistenti, in considerazione dell'attuale eccedenza degli stessi rispetto al numero di AFT.

Di stabilire che l'adesione o la nuova costituzione di modelli mS3, ai sensi dell'art. 8 dell'AIR, debba avvenire nei limiti delle risorse aziendali come quantificate, con decorrenza 1° luglio 2025, dal relativo prospetto di cui all'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Di stabilire che le Aziende sanitarie locali approvino un avviso pubblico per la costituzione di nuovi modelli mS3, recante espressamente le sedi per la costituzione degli stessi, nonché la data da cui far partire le istanze, al fine di garantire certezza giuridica e par condicio tra gli istanti medesimi, in ottemperanza del punto 4 della DGR n. 636/2025.

Di stabilire che le Aziende sanitarie locali prevedano la costituzione di nuovi mS3, nei limiti di cui all'allegato B, considerando i distretti ove tali modelli assistenziali non siano attualmente presenti, nonché privilegiando territori nei quali non insistono strutture sanitarie o ospedaliere di riferimento, in ottemperanza al principio di prossimità dell'assistenza.

Di stabilire che l'avviso pubblico per la costituzione di nuovi modelli mS3 debba recare specifica motivazione circa l'individuazione delle sedi disponibili.

Di dare atto, stante il disposto dell'art. 8 dell'AIR, che, per le sedi disponibili, le istanze vengano graduate dalla ASL in ordine cronologico di invio della pec (giorno, data, ora, minuti, secondi).

Di stabilire che, con riferimento alla concreta applicazione dei commi 1 e 7 dell'art. 5, considerato che, ai sensi del comma 1, l'assunzione di collaboratore di studio costituisce un obbligo per i medici che ne sono privi, considerate altresì le risorse disponibili specificamente destinate all'applicazione dell'art. 5 e contingentate dall'art. 32 dell'AIR e dalla DGR n. 636/2025, considerato altresì che ai sensi dell'art. 32 dell'AIR l'applicazione

dell'accordo è subordinato alla copertura finanziaria recata dal medesimo articolo, che le Aziende sanitarie locali procedano ad espletare preventivamente le procedure di cui all'art. 5 comma 1 e, in subordine, nel solo caso di sussistenza di risorse certificate dalla ASL nei limiti dello stanziamento di cui alla relativa tabella di cui all'allegato B, quelle di cui all'art. 5 comma 7, con decorrenza delle procedure medesime a far data dal 1° luglio 2025.

Di stabilire che la procedura di ricezione, valutazione e autorizzazione delle istanze di cui all'art. 5, commi 1 e 7, resta di competenza della ASL.

Di stabilire che l'applicazione dell'art. 5 commi 1 e 7 debba avvenire nei limiti delle risorse di cui relativo prospetto di cui all'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Per l'addebito del costo, è necessario che le Aziende Sanitarie Locali acquisiscano documentazione attestante gli oneri effettivamente sostenuti.

Di stabilire, in ottemperanza a quanto disposto dall'AIR, che l'applicazione dei commi 3, 4, 5, e 6 dell'art. 5 resta subordinata alla successiva ed eventuale disponibilità di risorse, da individuarsi con apposito provvedimento regionale.

Di stabilire che le Aziende sanitarie locali possano esperire, a far data dal 1 luglio 2025, le procedure con esclusivo riferimento all'art. 6, comma 1, primo periodo (n.4 ore settimanali), al fine di garantire personale infermieristico/sanitario ai medici che ne sono privi, nei limiti della spesa programmata di cui all'allegato B, parte integrante del presente provvedimento. Per l'addebito del costo, è necessario che le Aziende Sanitarie Locali acquisiscano documentazione attestante gli oneri effettivamente sostenuti.

Di stabilire, in ottemperanza a quanto disposto dall'AIR, che l'applicazione dell'art. 6, comma 1, secondo periodo, e commi 2, 3, 4, 5, 6 e 8 resta subordinata alla successiva ed eventuale disponibilità di risorse, da individuarsi con apposito provvedimento regionale.

Di stabilire che le Aziende sanitarie locali siano tenute a garantire la protocollazione di tutte le domande pervenute, nei limiti stabiliti, ai sensi dei precedenti punti precedenti (artt. 5, 6 e 8 dell'AIR), nonché la massima trasparenza delle procedure attraverso la pubblicazione sui propri portali istituzionali delle relative graduatorie, che dovranno indicare il numero di protocollo delle singole istanze, assicurando il rispetto della normativa privacy.

Di stabilire che il diritto ai compensi di cui agli artt. 5, 6 e 8 dell'AIR spetti dal giorno successivo all'emanazione del provvedimento autorizzativo da parte della ASL.

Di dare atto che, ai sensi dell'art. 26 (Zone disagiate e disagiatissime) dell'AIR, rimangono confermati i territori individuati come zona disagiata e disagiatissima alla data di pubblicazione dell'accordo (afferenti al Subappennino Dauno, al Gargano, alle Isole Tremiti).

Di dare atto che, per quanto concerne l'applicazione dell'art. 26, commi 2 e 3, la stessa è subordinata ad autorizzazione regionale, previo parere non vincolante della delegazione trattante regionale, in presenza di risorse eventualmente disponibili (cfr. art. 26, comma 4 dell'AIR).

Di stabilire che l'attività di assistenza domiciliare disciplinata dagli artt. 19, 20, 21 e 22 dell'AIR, nonché le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 1 dell'AIR, potranno essere espletate nei limiti delle risorse a ciò destinate, come da relativo prospetto di cui all'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Di stabilire, con specifico riferimento all'art. 22 comma 3 (ADPec), di differire, in fase di prima applicazione, il

termine del 31 maggio al 15 luglio 2025.

Di stabilire che la prima relazione aziendale di cui al punto 7 della DGR n. 636/2025 dovrà essere trasmessa alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta entro il 15 ottobre 2025.

Di stabilire che il provvedimento di costituzione del tavolo tecnico di cui al punto 5 della DGR n. 636/2025 dovrà essere trasmesso alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, qualora non sia stato già inviato, entro il 30 giugno 2025.

Di dare atto che i Regolamenti di AFT già approvati dalle Aziende, per effetto della DGR n. 636/2025, debbano essere soggetti a revisione, in quanto non omologati e adottati sulla base di una normativa, di rango superiore, non più attuale.

Di dare atto della necessità di implementare nel sistema informativo Edotto, in ottemperanza ai punti 8 e 11 della DGR n. 636/2025, le previsioni dell'AIR, per il tramite della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie.

Di dare atto che l'assegnazione delle risorse, e conseguentemente la concreta operatività degli istituti presenti dell'AIR, sono suscettibili di variazioni in conseguenza delle valutazioni eventualmente effettuate dai Ministeri affiancanti, nonché all'esito dell'esame delle relazioni trimestrali delle AA.SS.LL., con particolare riferimento al monitoraggio e all'andamento della spesa.

Di riservare ogni altra disposizione e/o chiarimento applicativo a successivo provvedimento regionale.

Di notificare il presente provvedimento alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie, alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, nonché alle Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'AIR.

Il presente provvedimento:

- a. è unicamente formato con mezzi informatici e firmato digitalmente;
- b. è stato elaborato attraverso la piattaforma CIFRA2, composto da pagine tutte progressivamente numerate, firmato digitalmente e adottato in unico originale;
- c. sarà pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Provvedimenti dirigenti" del sito [www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it);

sarà pubblicato sul BURP, ai sensi della Legge Regionale 15 giugno 2023, n.18.

#### ALLEGATI INTEGRANTI

Documento - Impronta (SHA256)
ALLEGATO A.pdf - 50a976a4f71d03170b73d950a512e0c2438ae0a86f6155b06d875691ee5b7636
ALLEGATO B.pdf - 3b8c50b9154951e99e3894460488db1ea05f182858cecf59ac7825c87c34058

Il presente Provvedimento è direttamente esecutivo.

Firmato digitalmente da:

EQ Gestione e Monitoraggio degli Accordi Collettivi Nazionali (AA.CC.NN.) rivenienti dall'art.8 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Emanuele Carbonara

Il Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera-Gestione

Rapporti Convenzionali

Antonella Caroli

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

Mauro Nicastro

## ALLEGATO A

## SPESA MEDICINA GENERALE 2024 (fonte EDOTTO)

SPESA ANNO 2024 - MEDICINA GENERALE (RISULTANZE EDOTTO)							
ASL	BA	BT	BR	FG	LE	TA	TOTALE
A.P. A CICLO DI SCELTA	117.172.153,34 €	36.109.470,14 €	33.712.677,26 €	55.129.126,30 €	74.625.360,08 €	57.534.541,03 €	<b>374.283.328,15 €</b>
A.P. AD ATTIVITA' ORARIA	15.352.794,64 €	4.214.182,60 €	6.305.161,31 €	16.131.398,94 €	16.838.922,77 €	7.894.949,65 €	<b>66.737.409,91 €</b>
MEDICINA DEI SERVIZI	329.437,72 €	51.577,76 €	641,29 €	448.965,82 €	692.549,65 €	375.185,94 €	<b>1.898.358,18 €</b>
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	9.637.760,40 €	2.330.919,18 €	3.624.275,47 €	8.970.883,67 €	3.120.564,97 €	2.393.509,42 €	<b>30.077.913,11 €</b>
<b>TOTALE REGIONALE</b>	<b>142.492.146,10 €</b>	<b>42.706.149,68 €</b>	<b>43.642.755,33 €</b>	<b>80.680.374,73 €</b>	<b>95.277.397,47 €</b>	<b>68.198.186,04 €</b>	<b>472.997.009,35 €</b>

SPESA ANNO 2024 - ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA					
ASL	NUMERO MEDICI RETRIBUITI NELL'ANNO	NETTO	FONDO ASSICURATIVO	ENPAM	TOTALE
BA	1361	105.810.753,35 €	394.826,48 €	10.966.573,51 €	117.172.153,34 €
BT	397	32.608.983,39 €	120.310,67 €	3.380.176,08 €	36.109.470,14 €
BR	430	30.445.371,67 €	119.842,54 €	3.147.463,05 €	33.712.677,26 €
FG	687	49.786.518,73 €	184.197,64 €	5.158.409,93 €	55.129.126,30 €
LE	881	67.392.987,32 €	243.883,96 €	6.988.488,80 €	74.625.360,08 €
TA	622	51.969.498,76 €	177.504,21 €	5.387.538,06 €	57.534.541,03 €
<b>TOTALE REGIONALE</b>	<b>4378</b>	<b>338.014.113,22 €</b>	<b>1.240.565,50 €</b>	<b>35.028.649,43 €</b>	<b>374.283.328,15 €</b>

Dettaglio ciclo di scelta 2024 (quote a carico FSN + quote a carico bilancio autonomo):

SPESA EFFETTIVA CALCOLATA DA BUSTA PAGA ANNO 2024		
SPESA EFFETTIVAMENTE SOSTENUTA MEDICINA GENERALE 2024 REGIONE PUGLIA - FONTE DATI EDOTTO	QUOTA PARTE SPESA DA FSN	QUOTA PARTE SPESA 2024 DA BILANCIO AUTONOMO AIR 2007 (GIÀ SOSTENUTA)
<b>374.283.328,15</b>	332.809.728,15	41.473.600,00

SPESA ANNO 2024 - ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA					
ASL	NETTO	CONTRIBUTI PREVIDENZIALI	CONTRIBUTI ASSICURATIVI	IRAP	TOTALE
BA	13.249.809,67 €	1.294.540,96 €	70.479,10 €	737.964,91 €	15.352.794,64 €
BT	3.687.400,84 €	361.325,79 €	19.897,25 €	145.558,72 €	4.214.182,60 €
BR	5.538.163,81 €	544.625,53 €	27.842,89 €	194.529,08 €	6.305.161,31 €
FG	14.025.627,13 €	1.382.407,82 €	76.353,63 €	647.010,36 €	16.131.398,94 €
LE	14.682.116,09 €	1.443.230,74 €	79.439,97 €	634.135,97 €	16.838.922,77 €
TA	6.958.199,85 €	705.223,19 €	39.140,68 €	192.385,93 €	7.894.949,65 €
<b>TOTALE REGIONALE</b>	<b>58.141.317,39 €</b>	<b>5.731.354,03 €</b>	<b>313.153,52 €</b>	<b>2.551.584,97 €</b>	<b>66.737.409,91 €</b>

SPESA ANNO 2024 - SETTORE EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE					
ASL	NETTO	CONTRIBUTI PREVIDENZIALI	CONTRIBUTI ASSICURATIVI	IRAP	TOTALE
BA	8.096.313,80 €	839.992,48 €	29.610,71 €	671.843,41 €	9.637.760,40 €
BT	2.003.012,55 €	207.922,52 €	8.652,19 €	111.331,92 €	2.330.919,18 €
BR	3.104.854,01 €	322.152,16 €	12.562,22 €	184.707,08 €	3.624.275,47 €
FG	7.539.434,02 €	782.216,41 €	22.870,78 €	626.362,46 €	8.970.883,67 €
LE	2.620.550,37 €	269.991,72 €	11.470,94 €	218.551,94 €	3.120.564,97 €
TA	2.014.371,89 €	208.991,09 €	5.994,88 €	164.151,56 €	2.393.509,42 €
<b>TOTALE REGIONALE</b>	<b>25.378.536,64 €</b>	<b>2.631.266,38 €</b>	<b>91.161,72 €</b>	<b>1.976.948,37 €</b>	<b>30.077.913,11 €</b>

SPESA ANNO 2024 - SETTORE MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI					
ASL	NETTO	CONTRIBUTI PREVIDENZIALI	IRAP	TOTALE	
BA	271.208,37 €	35.940,27 €	22.289,08 €	329.437,72 €	
BT	42.222,10 €	5.766,82 €	3.588,84 €	51.577,76 €	
BR	522,84 €	74,02 €	44,43 €	641,29 €	
FG	368.386,64 €	49.824,35 €	30.754,83 €	448.965,82 €	
LE	570.148,93 €	75.589,88 €	46.810,84 €	692.549,65 €	
TA	307.931,13 €	41.567,46 €	25.687,35 €	375.185,94 €	
<b>TOTALE REGIONALE</b>	<b>1.560.420,01 €</b>	<b>208.762,80 €</b>	<b>129.175,37 €</b>	<b>1.898.358,18 €</b>	

DETTAGLIO QUOTA VARIABILE - QUOTE DA FSN + QUOTE DA BILANCIO AUTONOMO							
descrizione	ASL BA	ASL BR	ASL BT	ASL FG	ASL LE	ASL TA	Totale regionale
ADP	3.175.961,74 €	325.717,39 €	1.294.478,55 €	1.609.414,87 €	2.570.790,83 €	2.493.440,93 €	11.469.804,31 €
A.D.I.	1.006.592,00 €	516.362,31 €	481.431,24 €	725.458,20 €	1.652.141,76 €	1.129.901,59 €	5.511.887,10 €
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	3.768.766,49 €	751.155,13 €	1.059.832,39 €	1.577.317,41 €	3.068.349,01 €	4.192.745,06 €	14.418.165,49 €
VISITE DOMICILIARI	3.220,00 €	1.610,00 €	1.586,06 €	8.610,00 €	9.765,00 €	1.190,00 €	25.981,06 €
R.S.A.	155.673,78 €	60.029,10 €	110.444,04 €	136.665,90 €	97.160,98 €	41.330,52 €	601.304,32 €
ASSISTENZA ADT	19.723,44 €	4.829,64 €	433,80 €	- €	34.385,88 €	5.003,16 €	64.375,92 €
ADI FESTIVI	81.305,00 €	57.330,00 €	50.890,00 €	139.825,00 €	161.923,28 €	135.555,00 €	626.828,28 €
SLA	59.848,73 €	36.700,00 €	11.120,62 €	5.100,00 €	1.900,00 €	25.300,00 €	139.969,35 €
ADI SLA FERIALE	26.800,00 €	8.120,00 €	4.239,38 €	1.280,00 €	3.360,00 €	17.760,00 €	61.559,38 €
ADI SLA FESTIVI E PREFESTIVI	3.350,00 €	2.450,00 €	1.300,00 €	- €	50,00 €	3.550,00 €	10.700,00 €
U.D.T.	- €	- €	- €	25.607,25 €	6.911,88 €	- €	32.519,13 €
ATTIVAZIONE PIANO ASSISTENZIALE ADI	184.068,72 €	285.089,60 €	101.620,88 €	151.298,91 €	156.159,89 €	91.130,54 €	969.368,54 €
ATTIVAZIONE PIANO ASSISTENZIALE ADT	3.759,60 €	2.197,92 €	86,76 €	115,68 €	4.511,52 €	173,52 €	10.845,00 €
<b>TOTALE</b>	<b>8.489.069,50 €</b>	<b>2.051.591,09 €</b>	<b>3.117.463,72 €</b>	<b>4.380.693,22 €</b>	<b>7.767.410,03 €</b>	<b>8.137.080,32 €</b>	<b>33.943.307,88 €</b>

DETTAGLIO QUOTA VARIABILE - QUOTE DA FSN + QUOTE DA BILANCIO AUTONOMO			
descrizione	Totale regionale	subtotale quota FSN	subtotale quota bilancio autonomo
ADP	11.469.804,31 €	8.192.717,36 €	3.277.086,95 €
A.D.I.	5.511.887,10 €	3.602.166,88 €	1.909.720,22 €
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	14.418.165,49 €	10.840.129,95 €	3.578.035,54 €
VISITE DOMICILIARI	25.981,06 €	25.981,06 €	
R.S.A.	601.304,32 €	429.503,09 €	171.801,23 €
ASSISTENZA ADT	64.375,92 €	- €	64.375,92 €
ADI FESTIVI	626.828,28 €	338.487,27 €	288.341,01 €
SLA	139.969,35 €	- €	139.969,35 €
ADI SLA FERIALE	61.559,38 €	29.086,81 €	32.472,57 €
ADI SLA FESTIVI E PREFESTIVI	10.700,00 €	4.044,60 €	6.655,40 €
U.D.T.	32.519,13 €	- €	32.519,13 €
ATTIVAZIONE PIANO ASSISTENZIALE ADI	969.368,54 €	- €	969.368,54 €
ATTIVAZIONE PIANO ASSISTENZIALE ADT	10.845,00 €	- €	10.845,00 €
<b>TOTALE</b>	<b>33.943.307,88 €</b>		<b>10.481.190,86 €</b>

DETTAGLIO QUOTA VARIABILE - AL NETTO DI QUOTE FSN			
descrizione	subtotale al netto quota FSN	oneri	Totale al lordo oneri
ADP	3.277.086,95 €	339.997,77 €	3.617.084,72 €
ADI	1.909.720,22 €	198.133,47 €	2.107.853,69 €
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DOMICILIARI	3.578.035,54 €	371.221,19 €	3.949.256,73 €
RSA	171.801,23 €	17.824,38 €	189.625,61 €
ASSISTENZA ADI	64.375,92 €	6.679,00 €	71.054,92 €
ADI FESTIVI	288.341,01 €	29.915,38 €	318.256,39 €
SLA	139.969,35 €	14.521,82 €	154.491,17 €
ADI SLA FERIALE	32.472,57 €	3.369,03 €	35.841,60 €
ADI SLA FERIALE E PREFESTIVI	6.655,40 €	690,50 €	7.345,90 €
UDT	32.519,13 €	3.373,86 €	35.892,99 €
ATTIVAZIONE PIANO ASSISTENZIALE ADI	969.368,54 €	100.571,99 €	1.069.940,53 €
ATTIVAZIONE PIANO ASSISTENZIALE ADT	10.845,00 €	1.125,17 €	11.970,17 €
<b>TOTALE</b>	<b>10.481.190,86 €</b>	<b>1.087.423,55 €</b>	<b>11.568.614,41 €</b>

**ALLEGATO B**

**AIR MEDICINA GENERALE 12.05.2025**  
**DGR n. 636/2025**  
**LIMITI DI SPESA 2025**

ASL	art. 8 comma 1 AIR 2025 (comprensivo della spesa consolidata sulle decadute forme associative)	
	assistiti al 30 aprile 2025	LIMITE DI SPESA 2025
BARI	766.006	7.586.291,19 €
BRINDISI	271.777	2.691.584,23 €
BT	208.085	2.099.114,74 €
FOGGIA	318.605	3.074.948,40 €
LECCE	439.811	4.220.389,94 €
TARANTO	413.554	2.489.071,31 €
<b>TOTALI</b>	<b>2.417.838</b>	<b>22.161.399,81 €</b>

ASL	mS2 (comprensivo della spesa consolidata sulla decaduta medicina di super gruppo)	
	assistiti al 30 aprile 2025	LIMITE DI SPESA 2025
BARI	282.090	4.795.933,15 €
BRINDISI	45.643	775.996,23 €
BT	101.256	1.721.496,71 €
FOGGIA	173.131	2.943.474,43 €
LECCE	197.557	3.358.751,34 €
TARANTO	108.200	1.839.554,64 €
<b>TOTALI</b>	<b>907.877</b>	<b>15.435.206,51 €</b>

ASL	mS3 (comprensivo della spesa consolidata sulla decaduta forma CPT)	
	assistiti al 30 aprile 2025	LIMITE DI SPESA 2025
BARI	29.073	629.378,60 €
BRINDISI	7.513	162.643,05 €
BT	14.745	319.202,95 €
FOGGIA	13.216	286.102,83 €
LECCE	22.198	480.547,11 €
TARANTO	10.655	230.661,75 €
<b>TOTALI</b>	<b>97.400</b>	<b>2.108.536,30 €</b>

ASL	INCREMENTO mS3				LIMITE DI SPESA 2025 per l'ulteriore sviluppo modelli mS3 (decorrenza 1°luglio)
	mS3 attuali	n. distretti socio-sanitari	Incidenza % distretti	fabbisogno ulteriori mS3	
BARI	2	12	27%	4	383.363,28 €
BRINDISI	1	4	9%	1	111.814,29 €
BT	1	5	11%	2	223.628,58 €
FOGGIA	1	8	18%	3	335.442,87 €
LECCE	3	10	22%	4	447.257,16 €
TARANTO	1	6	13%	2	223.628,58 €
<b>TOTALI</b>	<b>9</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>1.725.134,76 €</b>

COLLABORATORE DI STUDIO FORME COMPLESSE vecchia indennità = € 5,633 assistito/anno	
ASL	LIMITE DI SPESA 2025
BA	3.023.775,52 €
BR	789.081,28 €
BT	625.780,38 €
FG	1.159.585,06 €
LE	1.458.652,00 €
TA	1.171.033,62 €
<b>TOTALI</b>	<b>8.227.907,86 €</b>

art. 5 AIR 2025 - COLLABORATORE DI STUDIO commi 1 e 7 (comma 7 in subordine a comma 1 e solo in caso di risorse disponibili e certificate dalla ASL)		
ASL	Medici attivi al 30/04/2025	LIMITE DI SPESA 2025 (decorrenza 1° luglio)
BA	778	919.215,22 €
BR	235	540.973,55 €
BT	237	453.010,37 €
FG	375	862.039,15 €
LE	485	989.585,76 €
TA	349	584.955,14 €
<b>TOTALI</b>	<b>2459</b>	<b>4.349.779,20 €</b>

PERSONALE INFERMIERISTICO FORME COMPLESSE vecchia indennità = € 12,73 assistito/anno	
ASL	LIMITE DI SPESA 2025
BA	2.154.974,25 €
BR	68.017,15 €
BT	583.669,67 €
FG	915.205,05 €
LE	2.331.532,42 €
TA	1.725.071,58 €
<b>TOTALI</b>	<b>7.778.470,11 €</b>

art. 6 AIR 2025 - PERSONALE INFERMIERISTICO E SANITARIO comma 1, primo periodo (n.4 ore settimanali)		
ASL	Medici attivi al 30/04/2025	LIMITE DI SPESA 2025 (decorrenza 1° luglio)
BA	778	1.106.332,45 €
BR	235	426.649,08 €
BT	237	328.759,89 €
FG	375	539.313,98 €
LE	485	642.744,06 €
TA	349	456.200,53 €
<b>TOTALI</b>	<b>2459</b>	<b>3.500.000,00 €</b>

art. 7 AIR 2025 - INNOVAZIONE DIGITALE	
ASL	LIMITE DI SPESA 2025
BA	2.163.941,99 €
BR	610.058,25 €
BT	663.127,67 €
FG	1.046.784,88 €
LE	1.364.551,32 €
TA	969.609,69 €
<b>TOTALI</b>	<b>6.818.073,81 €</b>

<b>TABELLA 7 - INDENNITA' DI COMPLESSITA'</b>	
<b>ASL</b>	<b>LIMITE DI SPESA 2025</b>
BA	796.345,97 €
BR	17.880,75 €
BT	107.558,01 €
FG	153.681,00 €
LE	339.055,20 €
TA	257.434,90 €
<b>TOTALI</b>	<b>1.671.955,82 €</b>

<b>art. 26, comma 1 ZONE DISAGIATE E DISAGIATISSIME</b>	
<b>ASL</b>	<b>LIMITE DI SPESA 2025</b>
FG	838.868,26 €

<b>VARIE AIR (es. PARTECIPAZIONE A COMITATO - DELEGAZIONE TRATTANTE - UFFICI AZIENDALI E DISTRETTUALI) esclusi compensi Referenti AFT</b>	
<b>ASL</b>	<b>LIMITE DI SPESA 2025</b>
BA	178.063,82 €
BR	85.773,85 €
BT	20.700,83 €
FG	100.246,08 €
LE	160.395,45 €
TA	64.981,58 €
<b>TOTALI</b>	<b>610.161,61 €</b>

<b>art. 10 comma 3 - COMPENSI REFERENTI AFT art. 47, comma 2, lett. B), punto II dell'ACN 04.04.2024 - a carico FSN</b>	
<b>ASL</b>	<b>LIMITE DI SPESA 2025 (decorrenza 17 maggio)</b>
BA	211.920,00 €
BR	79.470,00 €
BT	42.384,00 €
FG	111.258,00 €
LE	132.450,00 €
TA	100.662,00 €
<b>TOTALI</b>	<b>678.144,00 €</b>

<b>ASSISTENZA DOMICILIARE - artt. 19-20-21-22 + ALLEGATO 1</b>			
	<b>ASSISTITI al 30.04.2025</b>	<b>incidenza % [B]</b>	<b>LIMITE DI SPESA 2025</b>
ASL BARI	1.077.169	31,47%	3.776.101,01 €
ASL BRINDISI	324.933	9,49%	1.139.078,30 €
ASL BT	324.086	9,47%	1.136.109,07 €
ASL FOGGIA	504.952	14,75%	1.770.149,12 €
ASL LECCE	659.566	19,27%	2.312.160,71 €
ASL TARANTO	532.409	15,55%	1.866.401,80 €
<b>TOTALE</b>	<b>3.423.115</b>	<b>100,00%</b>	<b>12.000.000,00 €</b>