

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 dicembre 2025, n. 1987

Recepimento del documento Rep. 25/117/CR05a/C7 approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 9 settembre 2025, recante “Linee di indirizzo per l’attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità”. Linee di indirizzo regionali.

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 del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell’offerta, Servizio Strategie e Governo dell’ Assistenza Ospedaliera-gestione rapporti convenzionali, concernente l’argomento in oggetto e la conseguente proposta del Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e 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.;

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 recepire il documento Rep 25/117/CR05a/C7, di cui all’Allegato A del presente provvedimento, approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 9 settembre 2025, recante “Linee di indirizzo per l’attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità”, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nonché quale parte integrante della programmazione regionale in ordine all’attività oraria dei medici a ruolo unico di assistenza primaria all’interno delle Case di Comunità hub e spoke;
2. di stabilire, in conformità alla DGR n. 371/2025 nonché a quanto rappresentato altresì dall’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), che nelle more della completa operatività, nella Regione Puglia, delle Case di Comunità, l’attività oraria del ruolo unico di assistenza primaria

potrà essere resa anche all'interno dei Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.) attualmente dislocati sul territorio pugliese, nonché in sedi aziendali a ciò destinate, con diritto da parte del medico al compenso aggiuntivo orario di € 13,62, ai sensi dell'art. 47 comma 3 lett. C dell'ACN 04.04.2024;

3. di stabilire che, attesa la natura contingentata delle risorse stanziare dall'art. 1, comma 274 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, occorre demandare a determinazione dirigenziale del competente Sezione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale il riparto delle stesse tra le Aziende Sanitarie Locali, in coerenza con i fabbisogni espressi dalle Direzioni Generali e la popolazione residente;
4. di prendere atto, in conformità a quanto espresso nel documento di indirizzo recepito con il presente provvedimento, della necessità di avviare una rivisitazione della continuità assistenziale, come attualmente intesa, utilizzando tutti gli strumenti previsti dall'art. 44 dell'ACN e prevedendo in via prioritaria che le attuali sedi di Continuità Assistenziale siano collocate all'interno delle Case della Comunità, al fine di espletare attività per bisogni non differibili, garantendo l'assistenza h 24 come prevista dal DM n. 77/2022, fatta salva la possibilità di definire sedi ulteriori per aree interne distanti dai presidi territoriali;
5. di demandare alla competente Sezione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale l'attività istruttoria propedeutica alla riorganizzazione della continuità assistenziale, in conformità ai principi nazionali espressi dal DM n. 77/2022, al fine dell'emanazione di un successivo provvedimento di Giunta regionale;
6. di stabilire che, nelle more della riorganizzazione di cui al precedente punto 5, qualora vi sia necessità di copertura dei turni di continuità assistenziale, le Aziende Sanitarie Locali devono prioritariamente impiegare le ore utilizzabili nell'ambito del ruolo unico;
7. di prendere atto dell'opportunità di prevedere che l'ambito per il calcolo degli incarichi vacanti coincida con il territorio delle AFT in cui il medico del ruolo unico di assistenza primaria svolge la propria attività individualmente e in integrazione con gli altri medici, partecipando alla realizzazione e al conseguimento degli obiettivi di assistenza e cura della propria AFT;
8. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione competente, alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, nonché alle Organizzazioni Sindacali della medicina generale;
9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

OGGETTO: Recepimento del documento Rep. 25/117/CR05a/C7 approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 9 settembre 2025, recante "Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità". Linee di indirizzo regionali.

Visti:

- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (di seguito A.C.N.) – triennio 2019-2021 del 04.04.2024;
- il Regolamento Regionale 19 dicembre 2023, n. 13, recante "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022";
- l'art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234.

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”.*

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 con Regolamento Regionale 19 dicembre 2023, n. 13, recante "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022":

- 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'equipe 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.

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".

Preso atto che:

- nella seduta del 9 settembre 2025, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha approvato il documento Rep. 25/117/CR05a/C7 recante *“Linee di indirizzo per l’attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità”*;
- tale documento è stato trasmesso ufficialmente alle Regioni e alle Province Autonome con nota prot. n. 5582/C7SAN del 10 settembre 2025.

Valutato che:

- occorre procedere al recepimento del predetto documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 9 settembre 2025, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nonché della programmazione regionale in ordine all’attività oraria dei medici a ruolo unico di assistenza primaria all’interno delle Case di Comunità *hub e spoke*;
- il predetto provvedimento prevede espressamente che *“è opportuno prevedere che l’ambito per il calcolo degli incarichi vacanti coincida con il territorio delle AFT in cui il medico del ruolo unico di assistenza primaria svolge la propria attività individualmente e in integrazione con gli altri medici, partecipando alla realizzazione e al conseguimento degli obiettivi di assistenza e cura della propria AFT”*;
- nelle linee di indirizzo approvate dalla Conferenza Stato Regioni, viene altresì rappresentata *“la necessità di avviare una rivisitazione della continuità assistenziale come attualmente intesa utilizzando tutti gli strumenti previsti dall’art. 44 dell’ACN e prevedendo in via prioritaria che le attuali sedi di Continuità Assistenziale siano collocate all’interno delle Case della Comunità al fine di espletare attività per bisogni non differibili, garantendo l’assistenza h 24 come prevista dal DM n. 77/2022, fatta salva la possibilità di definire sedi ulteriori per aree interne distanti dai presidi territoriali”*;
- occorre stabilire, in conformità a quanto rappresentato altresì dall’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), che nelle more della completa operatività, nella Regione Puglia, delle Case di Comunità, l’attività oraria del ruolo unico di assistenza primaria potrà essere resa anche all’interno dei Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.) attualmente dislocati sul territorio pugliese, nonché all’interno di sedi aziendali a ciò destinate, con diritto da parte del medico al compenso aggiuntivo orario di € 13,62, ai sensi dell’art. 47 comma 3 lett. C dell’ACN 04.04.2024;
- atteso che le risorse stanziate dall’art. 1, comma 274 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 sono contingentate, occorre demandare a determinazione dirigenziale del competente Sezione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale il riparto delle stesse tra le Aziende Sanitarie Locali, in coerenza con i fabbisogni espressi dalle Direzioni Generali;
- occorre altresì stabilire di demandare alla competente Sezione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale l’attività istruttoria propedeutica alla riorganizzazione della continuità assistenziale, in conformità ai principi nazionali espressi dal DM n. 77/2022, al fine dell’emanazione di un successivo provvedimento di Giunta regionale, nonché stabilire che, nelle more della riorganizzazione di cui sopra, qualora vi sia necessità di copertura dei turni di continuità assistenziale, le Aziende Sanitarie Locali devono prioritariamente impiegare le ore utilizzabili nell’ambito del ruolo unico.

Tutto ciò premesso, occorre procedere al recepimento del documento Rep. 25/117/CR05a/C7 approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 9 settembre 2025, recante *“Linee di indirizzo per l’attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità”*, nonché ad impartire le opportune disposizioni.

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 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 succitato Regolamento UE”.

Esiti Valutazione di impatto di genere:

L’impatto di genere stimato è **neutro**

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, con il presente provvedimento, ai sensi dell’art. 4, lett. d) della L.R. 7/1997, si propone alla Giunta regionale:

1. di recepire il documento Rep 25/117/CR05a/C7, di cui all’Allegato A del presente provvedimento, approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 9 settembre 2025, recante “Linee di indirizzo per l’attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità”, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nonché quale parte integrante della programmazione regionale in ordine all’attività oraria dei medici a ruolo unico di assistenza primaria all’interno delle Case di Comunità hub e spoke;
2. di stabilire, in conformità alla DGR n. 371/2025 nonché a quanto rappresentato altresì dall’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), che nelle more della completa operatività, nella Regione Puglia, delle Case di Comunità, l’attività oraria del ruolo unico di assistenza primaria potrà essere resa anche all’interno dei Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.) attualmente dislocati sul territorio pugliese, nonché in sedi aziendali a ciò destinate, con diritto da parte del medico al compenso aggiuntivo orario di € 13,62, ai sensi dell’art. 47 comma 3 lett. C dell’ACN 04.04.2024;
3. di stabilire che, attesa la natura contingentata delle risorse stanziare dall’art. 1, comma 274 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, occorre demandare a determinazione dirigenziale del competente Sezione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale il riparto delle stesse tra le Aziende Sanitarie Locali, in coerenza con i fabbisogni espressi dalle Direzioni Generali e la popolazione residente;
4. di prendere atto, in conformità a quanto espresso nel documento di indirizzo recepito con il presente provvedimento, della necessità di avviare una rivisitazione della continuità assistenziale, come attualmente intesa, utilizzando tutti gli strumenti previsti dall’art. 44 dell’ACN e prevedendo in via prioritaria che le attuali sedi di Continuità Assistenziale siano collocate all’interno delle Case della Comunità, al fine di espletare attività per bisogni non differibili, garantendo l’assistenza h 24 come prevista dal DM n. 77/2022, fatta salva la possibilità di definire sedi ulteriori per aree interne distanti dai presidi territoriali;

5. di demandare alla competente Sezione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale l'attività istruttoria propedeutica alla riorganizzazione della continuità assistenziale, in conformità ai principi nazionali espressi dal DM n. 77/2022, al fine dell'emanazione di un successivo provvedimento di Giunta regionale;
6. di stabilire che, nelle more della riorganizzazione di cui al precedente punto 5, qualora vi sia necessità di copertura dei turni di continuità assistenziale, le Aziende Sanitarie Locali devono prioritariamente impiegare le ore utilizzabili nell'ambito del ruolo unico;
7. di prendere atto dell'opportunità di prevedere che l'ambito per il calcolo degli incarichi vacanti coincida con il territorio delle AFT in cui il medico del ruolo unico di assistenza primaria svolge la propria attività individualmente e in integrazione con gli altri medici, partecipando alla realizzazione e al conseguimento degli obiettivi di assistenza e cura della propria AFT;
8. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione competente, alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, nonché alle Organizzazioni Sindacali della medicina generale;
9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP 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 Contrattuali rivenienti dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i."

Emanuele CARBONARA

 Emanuele Carbonara
15.12.2025 10:17:15
GMT+01:00

La DIRIGENTE della Sezione "Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata"
Antonella CAROLI

 ANTONELLA CAROLI
15.12.2025 18:03:08
GMT+01:00

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

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:
Vito MONTANARO

 VITO MONTANARO
15.12.2025 21:17:51
GMT+01:00

Il Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE

 RAFFAELE
PIEMONTESE
18.12.2025
16:20:02
GMT+01:00



25/117/CR05a/C7

**LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTIVITÀ ORARIA DA RENDERE DA PARTE
DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA NELLE CASE
DELLA COMUNITÀ**

1. Contesto generale

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

Come noto, il DM n. 77/2022 stabilisce gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture ad essa deputate, al fine di perseguire una nuova strategia sanitaria volta a potenziare i servizi assistenziali territoriali a garanzia dei LEA con l'intento di ridurre le disuguaglianze mediante la definizione di un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

In particolare, il modello organizzativo e di servizio relativo alla Casa di Comunità (CdC) traduce il principio dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento e permette che i professionisti lavorino insieme attraverso la continuità dei luoghi di lavoro, l'integrazione delle autonomie professionali e dei processi operativi al fine di rispondere ai bisogni della popolazione secondo il modello del *chronic care model*.

La CdC hub rappresenta uno dei nodi, insieme alla CdC spoke, della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e al tempo stesso è parte dei luoghi di vita della Comunità locale del territorio su cui insiste.

Come delineato nel DM n. 77/2022, la CdC è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria, offrendo i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali. Si tratta di una struttura facilmente riconoscibile, accessibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento.

La CdC hub e spoke, infatti, deve essere facilmente identificabile dai cittadini e diventa altresì luogo di contatto e di relazioni che vanno oltre i muri, creando così connessioni con servizi presenti e in ridefinizione organizzativa della rete dell'assistenza territoriale tra i quali, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), gli ospedali per acuti, i poliambulatori e i consultori, gli Ospedali di comunità (OdC), le Centrali operative territoriali (COT), la Centrale Operativa 116117, l'Unità di Continuità Assistenziale

(UCA), le farmacie dei servizi, i Punti Unici di Accesso (PUA), i Servizi Sociali dei Comuni, le associazioni del Terzo Settore, ovunque si possa generare salute individuale e collettiva, con un approccio sistemico, capillare, collaborativo e partecipativo di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo “secondo un approccio *One Health*”.

2. Case della Comunità e forme organizzative della medicina convenzionata.

La CdC, intesa come struttura dell'assistenza territoriale e presidio sanitario di un territorio, costituisce il riferimento naturale dell'Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP) prevista dagli Accordi collettivi nazionali della medicina convenzionata, alla quale sono funzionalmente collegate le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari eventualmente integrati (art. 6, co. 3 dell'ACN SAI 2024) e dei professionisti.

Il carattere multiprofessionale dell'UCCP viene garantito attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Viene pertanto naturale prevedere che le UCCP trovino collocazione fisica prioritariamente nelle Case di Comunità hub che verranno realizzate secondo il cronoprogramma compreso nei Piani operativi regionali in attuazione del PNRR e secondo gli standard del DM n. 77/2022.

Le AFT dei Medici del ruolo unico di assistenza primaria, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari eventualmente integrati e dei professionisti sono collegate funzionalmente con la CdC/UCCP di riferimento, anche attraverso la condivisione di strumenti e sistemi applicativi informatici, che permettono interscambio di informazioni allo scopo di diagnosi e cura. I medici del ruolo unico di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta si raccordano tramite le proprie AFT alla UCCP di riferimento, con particolare attenzione alle fasi di transizione dall'età evolutiva all'età adulta, favorendo in collaborazione con gli altri servizi territoriali e ospedalieri, l'individuazione precoce del disagio giovanile e alla presa in carico della cronicità secondo modelli proattivi e di iniziativa, anche finalizzati all'intervento precoce e/o di tipo preventivo finalizzato al mantenimento delle capacità e dell'autonomia funzionale della persona.

Le UCCP realizzano i propri compiti attraverso:

- a. l'attività di equipe multidisciplinare così come inquadrata dal DM n. 77/22;
- b. la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;

- c. la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al precedente capoverso;
- d. la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo i referenti di AFT dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, dei pediatri di libera scelta e della specialistica ambulatoriale.

3. Integrazione tra i professionisti

L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)– anche nelle loro forme organizzative – e dipendenti, infermieri, Assistenti Sociali e altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio psicologi ambulatoriali interni e dipendenti, ostetrica/o e professionisti dell'area della Prevenzione, della riabilitazione e tecnica.

Queste figure, operando all'interno del modello organizzativo della CdC con modalità integrate, provvedono a garantire l'assistenza territoriale attraverso un approccio di sanità di iniziativa e contribuiscono alla presa in carico della Comunità di riferimento, con i servizi h12 e h24 presenti sul territorio e cooperano nella discussione, definizione e contestualizzazione del piano di cura adeguandolo al livello di complessità degli assistiti e superando la logica di passaggio tra un setting e l'altro, nell'ottica di una presa in carico in équipe.

A regime, le comunicazioni tra tutti i professionisti dei servizi ed organizzazioni presenti sul territorio avvengono attraverso il supporto dei sistemi informatici e le banche dati disponibili (COT, servizi territoriali, ambulatoriali, specialistica, ecc.). Al fine di facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, favorire la sicurezza delle cure e accedere alle informazioni in tempi rapidi, vengono attivate modalità di cooperazione applicativa tra i software in uso nei diversi setting assistenziali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nel rispetto degli standard di interoperabilità definiti dalle linee guida nazionali, per una comunicazione condivisa orientata al supporto nella gestione della documentazione sociosanitaria degli assistiti, allo scambio di informazioni aggiornate e al confronto professionale facilitato (teleconsulenza e teleconsulto) all'interno dell'équipe territoriale e nel rispetto del diritto alla privacy del paziente.

4. Il Ruolo Unico dei medici di assistenza primaria

Fin dall'entrata in vigore dell'ACN 28.04.2022, i medici già titolari di incarico di assistenza primaria e di continuità assistenziale hanno assunto la denominazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria che svolgono attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria.

Con l'ACN 04.04.2024, a partire dall'anno 2025 tutti i nuovi incarichi saranno pubblicati ed assegnati a ruolo unico con obbligo per il medico attività oraria (con progressiva riduzione del monte ore al crescere del numero delle scelte degli assistiti) in favore

dell'Azienda e con la contemporanea apertura dello studio per acquisire assistiti. I medici già titolari di convenzione, ogni volta che verranno determinati e indetti gli incarichi vacanti, potranno chiedere di transitare a ruolo unico nel limite delle necessità di carenza assistenziale determinate sulla base del fabbisogno individuato dall'Azienda.

In quest'ottica, è opportuno prevedere che l'ambito per il calcolo degli incarichi vacanti coincida con il territorio delle AFT in cui il medico del ruolo unico di assistenza primaria svolge la propria attività individualmente e in integrazione con gli altri medici, partecipando alla realizzazione e al conseguimento degli obiettivi di assistenza e cura della propria AFT.

I medici del ruolo unico di assistenza primaria con incarico conferito ai sensi dell'ACN 2024 sono tenuti a svolgere sia l'attività a ciclo di scelta che l'attività su base oraria. Pertanto, tali medici saranno impegnati in attività a ciclo di scelta rivolta ai propri assistiti e, mediante il piano di coordinamento di apertura dei propri studi, a tutti gli assistiti dell'AFT, secondo il modello adottato a livello regionale, dalle ore 8:00 alle ore 20:00, nei giorni feriali. I medesimi, inoltre, espletano attività oraria, secondo l'atto di programmazione regionale e le indicazioni aziendali, al fine di garantire l'accesso a tutta la popolazione presente sul territorio 7 giorni su 7, h 24.

La creazione del ruolo unico dei medici di assistenza primaria con incarichi, che prevedono attività sia a ciclo di scelta che ad attività oraria, apre alla possibilità di individuare soluzioni organizzative che aumentino la capacità assistenziale sia in termini qualitativi che quantitativi, siano in grado di ridurre la discontinuità dell'assistenza e contemporaneamente garantire l'accesso alla popolazione.

5. Attività assistenziale a prestazione oraria presso le CdC

Tra le attività della CdC, assume particolare rilievo la figura del medico del ruolo unico di assistenza primaria nel contribuire all'erogazione dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale che prevede la presenza di personale medico h24 sette giorni su sette, nelle hub e, h12 sei su sette, nelle spoke.

Ad ogni CdC hub afferiscono quindi funzionalmente i Medici del ruolo unico di assistenza primaria nei modi definiti dall'ACN. Tali medici, appartenenti alle rispettive AFT, devono essere collegati tra loro e con la CdC hub, anche attraverso la condivisione di strumenti e sistemi applicativi informatici, che permettano interscambio di informazioni allo scopo di diagnosi e cura.

I Medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta operano all'interno delle CdC hub e spoke secondo la programmazione regionale e aziendale e nei rispettivi studi professionali al fine di garantire la capillarità del servizio erogato, in particolare nelle aree interne e rurali.

In applicazione dell'ACN vigente, i medici del ruolo unico da impegnare nello svolgimento dell'attività oraria presso le CdC sono:

- a. i medici con incarico a ciclo di scelta attribuito fino al 31.12.2024 non massimalisti che optano volontariamente per il nuovo ruolo unico secondo le procedure previste dall'ACN 2024;
- b. i medici con incarico temporaneo che si diplomano a partire dall'anno 2025;
- c. i medici convenzionati a partire dall'anno 2025 a seguito delle procedure per l'attribuzione di incarichi a tempo indeterminato, determinato e temporaneo;
- d. i medici già titolari di incarico a tempo determinato e indeterminato o temporaneo ad attività oraria.

Con riferimento specifico all'attività oraria da svolgersi presso le CdC, il medico del ruolo unico di assistenza primaria fornisce prestazioni ambulatoriali, al fine di contribuire alla continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata ed allo svolgimento di ulteriori attività in favore dei cittadini.

L'attività oraria svolta dai medici del ruolo unico presso le CdC è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale ed è rivolta alla popolazione di riferimento nei modi definiti dall'ACN per garantire l'integrazione organizzativa e professionale e agevolare l'accesso dei cittadini alle cure.

L'Azienda assegna ai medici del ruolo unico le sedi di attività a prestazione oraria e predispone, su base distrettuale, i turni di servizio, in collaborazione con i referenti di AFT, sentiti i medici interessati. I turni di servizio sono assegnati sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati.

6. Organizzazione della continuità dell'assistenza e CdC

L'ACN vigente supera il concetto di servizio di continuità dell'assistenza (SCA) articolato in turni notturni e diurni festivi che assicurava le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti negli ambiti territoriali afferenti alle sedi di servizio assegnate dalle Aziende per passare ad una concezione più ampia di continuità assistenziale anche in orario diurno e feriale che favorisce l'integrazione dei servizi territoriali attraverso il coordinamento dell'attività oraria dei medici del ruolo unico da svolgersi presso le sedi delle AFT, UCCP, Case della Comunità hub e spoke, Ospedali di Comunità nonché presso ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria concorrendo in questo modo all'incremento della capacità e della qualità di tutto il sistema.

La continuità dell'assistenza nei confronti di tutta la popolazione di riferimento nei modi definiti dall'ACN, inclusa quella in età pediatrica per le prestazioni richieste nelle fasce orarie notturne, il sabato ed i festivi, è organizzata dalla Azienda sanitaria secondo quanto disposto dall'art. 44 ACN dei MMG tenendo conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici a ciclo di scelta e dei pediatri di libera scelta nonché dell'offerta assistenziale in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche e di densità abitativa del territorio.

6.1 Integrazione della continuità assistenziale nella CdC

Si rappresenta quindi la necessità di avviare una rivisitazione della continuità assistenziale come attualmente intesa utilizzando tutti gli strumenti previsti dall'art. 44 dell'ACN e prevedendo in via prioritaria che le attuali sedi di Continuità Assistenziale siano collocate all'interno delle Case della Comunità al fine di espletare attività per bisogni non differibili, garantendo l'assistenza h 24 come prevista dal DM n. 77/2022, fatta salva la possibilità di definire sedi ulteriori per aree interne distanti dai presidi territoriali.

Allo scopo di rinforzare la rete di offerta delle cure primarie, nella CdC hub è garantita l'assistenza medica ad integrazione dell'assistenza fiduciaria con la presenza dei medici del ruolo unico h 24, 7 giorni su 7.

L'orario di attività articolato nell'arco delle 24/12 ore giornaliere permette alla CdC hub e spoke di svolgere funzioni di primo livello disponendo di competenze cliniche e strumentali adeguate a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità e a garantire una prima risposta sanitaria sul territorio.

Nelle CdC viene espletata attività per bisogni non differibili che comprende:

- erogazione di prestazioni assistenziali non differibili, a tutta la popolazione, di ogni fascia di età, secondo i modelli organizzativi regionali, con particolare riferimento alla funzionalità del Numero Unico Europeo 116117;
- effettuazione di visite mediche anche mediante l'utilizzo di strumentazione di diagnostica di primo livello e rilascio di prescrizioni mediche;
- gestione e supporto della presa in carico di pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, sulla base di protocolli aziendali;
- effettuazione di visite occasionali;
- erogazione dell'assistenza ai turisti ed agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti ed altre categorie di utenti.

L'accesso del cittadino avviene mediante invio del 116117, da parte dei Medici del Ruolo unico di assistenza primaria e PLS, fermo restando l'accesso in autopresentazione.

I criteri di esclusione dall'accesso sono definiti a livello regionale per fattispecie particolari quali ad esempio:

- Dolore toracico
- Dispnea acuta
- Deficit neurologico acuto
- Cefalea intensa e inusuale
- (Poli)Trauma
- Sincope/perdita di conoscenza

6.2 Esiti dell'attività

Il medico del ruolo unico di assistenza primaria nello svolgimento dell'attività oraria per bisogni non differibili della CdC effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati,

riconosciuti tali sulla base delle linee guida nazionali o regionali in relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dal 116117.

Il medico effettua l'annotazione nella scheda sanitaria individuale del paziente della propria valutazione, la prestazione eseguita, le prescrizioni di farmaci e/o accertamenti e le eventuali certificazioni rilasciate, al fine di garantire che il medico titolare del rapporto di fiducia possa assicurare la continuità dell'assistenza.

All'esito della propria attività, il medico:

- attiva direttamente il servizio di emergenza urgenza – 118, qualora ne ravvisi la necessità;
- segnala alla COT la necessità di attivare servizi;
- rinvia al medico curante per la presa in carico;
- effettua proposte di ricovero;
- rilascia la certificazione di assenza per malattia dei lavoratori dipendenti;
- rilascia la certificazione di riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previste;
- rilascia prescrizioni per valutazioni specialistiche;
- rilascia prescrizioni per valutazione specialistica urgente con accesso diretto sulla base dell'offerta presente presso la CdC;
- rilascia prescrizioni farmaceutiche secondo le disposizioni vigenti in materia.
- effettua la chiusura del caso;
- effettua la constatazione di decesso nella CdC.

7. Attività per la “presa in carico della cronicità e della fragilità”

I medici del ruolo unico di assistenza primaria prestano attività oraria presso la CdC anche in attività orientate alla presa in carico della cronicità e della fragilità che hanno valenza multiprofessionale in integrazione con infermieri e specialisti secondo lo specifico bisogno.

All'interno della CdC vengono svolte attività programmate che si inseriscono nel processo di cura e presa in carico e hanno la finalità di monitorare il paziente anche al fine di limitare gli accessi in ospedale o in pronto soccorso.

Vi accedono pazienti in carico alla/e AFT afferenti alla Casa della Comunità.

8. Attività per interventi di salute pubblica e di promozione della salute rivolte alla comunità

I medici del ruolo unico di assistenza primaria prestano attività oraria presso la CDC anche in attività orientate all'effettuazione di pratiche di sanità pubblica e di promozione della salute indirizzate alla comunità di riferimento della CDC, con logiche sistematiche di medicina d'iniziativa e di presa in carico attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni su programmazione aziendale e regionale. Tali attività sono volte ad un'ampia diffusione di buone pratiche preventive al fine di ridurre la domanda assistenziale e il carico di malattia nella popolazione.

9. Strumentazioni medicali e dispositivi medici

Gli ambulatori per bisogni non differibili collocati all'interno delle CdC sono dotati di strumentazioni medicali e dispositivi medici che tengono conto dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento e di quanto previsto dal DM n. 77/22.

Gli stessi ambulatori per bisogni non differibili devono essere collegati con la Centrale operativa territoriale (COT), la Centrale Operativa 116117 e la Centrale 112 – numero unico emergenze.

Per fare fronte alla necessità di garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, alla CdC sono destinate in via prioritaria le apparecchiature di diagnostica di primo livello individuate ai sensi dell'articolo 1 comma 449 della legge 27 dicembre 2019 n. 160 (Legge di Bilancio 2020).

Le apparecchiature di diagnostica di primo livello utilizzate devono essere compatibili ed integrarsi con la Piattaforma nazionale di telemedicina e con i servizi di telemedicina previsti dalla Component 1 della Missione 6 del PNRR nonché con il Fascicolo sanitario elettronico (FSE).

Deve essere presente un sistema informatico in grado di assolvere le funzioni di registrazione delle prestazioni e alimentazione dei flussi delle prescrizioni di farmaci ed accertamenti urgenti, accesso al FSE, certificazioni e, a regime, condivisione dei dati con i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta del territorio di riferimento.

10. Formazione

Le iniziative regionali ed aziendali di formazione, disciplinate dall'art. 26 dell'ACN MMG, prevedono l'inserimento nei piani formativi del corso di basic life support- early defibrillation BLS-D e, in generale, la formazione specifica per l'utilizzo delle apparecchiature di diagnostica di primo livello da utilizzare.

Roma, 9 settembre 2025.



Antonella
Caroli
19.12.2025
09:38:29
GMT+01:00