

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 settembre 2026, n. 1253

Accordo Integrativo Regionale del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118. Recepimento verbale Delegazione Trattante Medicina Generale del 09/07/2026. Applicazione istituti economici e determinazioni in merito all'assetto organizzativo.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

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

VISTO il documento istruttorio della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alla Salute e Benessere.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni del responsabile della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttorie e della proposta, ai sensi dell'art. 5, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 7 ottobre 2025, n. 1397;
- b) del parere di regolarità contabile, previsto dall'art. 79, co. 5, della L.R. 28/2001 e ss.mm.ii., e di attestazione di copertura finanziaria, espresso dal Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria, o suo delegato.

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

DELIBERA

1. di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di definire, per le motivazioni espresse in narrativa e al fine di fronteggiare la grave carenza di medici, il fondo necessario alla copertura comunque del numero di 395 unità, secondo tariffa oraria ACN, comprensiva di oneri, pari € 24.069.447,07, quale limite di spesa invalicabile, di cui € 11.791.597,80 su Fondo Sanitario Nazionale ed € 12.277.849,27 su bilancio autonomo;
3. di stabilire che ai medici del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale venga applicato e corrisposto il trattamento economico riconosciuto nella seduta della delegazione trattante del 9 luglio 2026, così come espresso in narrativa;
4. di stabilire espressamente che a far data dal 01/07/2026 cessano di esistere e non potranno più essere erogate tutte le indennità economiche accessorie eventualmente riconosciute (a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo: indennità per ambulanza, indennità per auto medica e qualsivoglia altra voce economica aggiuntiva regionale o aziendale), in quanto le stesse si intendono già ricomprese e assorbite nel trattamento economico stabilito in sede di delegazione trattante nella seduta del 9 luglio 2026;

5. di stabilire che la retribuzione mensile è calcolata convenzionalmente su un impegno orario istituzionale di 164 ore. A fronte di eccezionali urgenze e contingenze, il medico potrà espletare attività lavorativa sino al limite massimo complessivo di 250 ore mensili, da intendersi quale soglia perentoria ed assolutamente invalicabile. Sul punto, si richiama l'espressa e diretta responsabilità dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali al fine di garantire la rigorosa vigilanza e il pedissequo rispetto di tale prescrizione, come convenuto in sede di delegazione trattante. Eventuali ore retribuite ma non effettivamente prestate nel mese di competenza costituiscono debito orario a carico del medico, da recuperare obbligatoriamente nelle mensilità immediatamente successive al fine di riallineare il debito istituzionale;
6. di stabilire che le disposizioni e il trattamento economico, di cui al presente provvedimento, tengono conto dell'onere a carico del S.S.N. che si sarebbe determinato sulla base della dotazione organica prevista per un corretto funzionamento della rete emergenza urgenza, fatta salva e impregiudicata l'applicazione della condizione risolutiva espressa di cui al punto successivo;
7. di rinviare la definizione della parte organizzativa dell'Accordo Integrativo Regionale a un successivo momento di confronto con le Organizzazioni Sindacali nonché la definitiva riorganizzazione della rete emergenza – urgenza, ai sensi del D.M. n. 70/2015 da concludersi inderogabilmente entro il mese di dicembre 2026;
8. di sottoporre la presente deliberazione a condizione risolutiva espressa, statuendo che la stessa decadrà e cesserà di produrre qualsiasi effetto giuridico ed economico qualora non si pervenga, entro il predetto termine del mese di dicembre 2026, alla sottoscrizione di un accordo organizzativo che preveda inderogabilmente specifiche modifiche e regolamentazioni in merito a:
- revisione della disciplina riguardante la turnistica;
 - assegnazione del medico all'area/macro aree territoriali individuate dalle Aziende Sanitarie Locali.;
 - revisione del modello di coordinamento operativo territoriale, finalizzata al graduale superamento dell'attuale figura del referente di area, mediante una più efficiente riallocazione delle funzioni gestionali e di raccordo direttamente in capo ai Direttori delle Centrali Operative territorialmente competenti, strutture cui è demandata dalla Legge 24/2017 la funzione di unico centro di comando funzionale, mediante supervisione clinico-organizzativa dell'intero sistema e responsabilità di indirizzo operativo sulle attività territoriali;
 - numero di giorni di ferie e riposo annuale, nel rigoroso rispetto di quanto previsto dall'ACN;
 - ulteriori aspetti organizzativi volti all'efficientamento del Servizio;
9. di stabilire che, al verificarsi della predetta condizione risolutiva (mancato accordo organizzativo entro dicembre 2026) si applicherà in via esclusiva il regime giuridico ed economico previsto dall'ACN;
10. di statuire che l'onere finanziario derivante dall'attuazione della presente deliberazione, perentoriamente quantificato nell'importo di **24.069.447,07 €**, costituisce tetto massimo ed assolutamente invalicabile di spesa. Tale limite, calcolato in proiezione sulla dotazione organica minima indispensabile convenuta in n. 395 unità, viene analiticamente ripartito e vincolato per singola Azienda Sanitaria Locale secondo il seguente prospetto:

ASL	Numero medici in servizio	Spesa ACN (comprensiva di oneri)	Integrazione AIR (comprensiva di oneri)	Finanziamento massimo per azienda
BA	66	4.072.355,94 €	2.370.475,85 €	6.442.831,79 €
BR	20	1.215.628,64 €	911.721,48 €	2.127.350,12 €
BT	21	1.276.410,07 €	1.154.847,21 €	2.431.257,28 €
FG	45	2.735.164,44 €	3.342.978,76 €	6.078.143,20 €
LE	26	1.580.317,23 €	2.370.475,85 €	3.950.793,08 €

TA	15	911.721,48 €	2.127.350,12 €	3.039.071,60 €
TOTALE	193	11.791.597,80 €	12.277.849,27 €	24.069.447,07 €

Le nuove assunzioni determinano una riduzione del finanziamento, di cui all'AIR, in proporzione alle ore contrattualmente previste per ciascun medico. Qualora non si dovessero registrare nel corso del 2027 nuove assunzioni, si procederà ad una rivalutazione dell'incremento tariffario riconosciuto entro le 164 ore;

11. di richiamare espressamente la responsabilità dei Direttori Generali delle competenti Aziende Sanitarie Locali in ordine alla rigorosa vigilanza e all'assoluto rispetto dei succitati tetti di spesa invalicabili, al fine di scongiurare qualsivoglia potenziale nocumento all'erario. A tal fine, è fatto obbligo alle medesime Direzioni Generali di porre in essere una preventiva e stringente programmazione dell'impatto finanziario derivante dal monte ore lavorativo, procedendo ad un'oculata e calibrata allocazione del fabbisogno orario in capo a ciascun medico, funzionale a neutralizzare in radice qualsivoglia rischio di sfioramento dei tetti di spesa predeterminati;

12. di stabilire che le risorse debbano essere riconosciute nel caso in cui il medico, al fine di sopperire alla grave carenza di personale, abbia coperto, in base anche alle necessità rappresentate dalla Centrale Operativa 118, tutto il territorio provinciale e non già la sola postazione di prima assegnazione, tenuto conto della finalità dell'Accordo stesso;

13. di disporre 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 al servizio di emergenza sanitaria territoriale;

14. di stabilire che il sistema informativo Edotto debba essere implementato per una trasparente e chiara identificazione delle voci stipendiali conformi al presente provvedimento, per il tramite della Sezione Programmazione, Investimenti, Sistemi Informativi e Telemedicina ;

15. di rimandare a successivo provvedimento di Giunta regionale, da adottarsi entro il 31/12/2026, la riorganizzazione complessiva della rete emergenza – urgenza 118;

16. di stabilire che, nelle more della riorganizzazione complessiva della rete emergenza – urgenza 118, siano trasformati mezzi "Victor" in "India";

17. di stabilire che i Direttori Generali delle ASL provvedano al riconoscimento del saldo dei compensi dovuti per l'attività resa dal personale medico nell'anno 2025;

18. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del d.lgs 33/2013, nella sottosezione "Provvedimenti" - "Provvedimenti organi di indirizzo politico" - "Provvedimenti della Giunta Regionale";

19. di demandare alla competente Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata gli ulteriori adempimenti conseguenti al presente provvedimento;

20. di stabilire che il presente provvedimento possa essere modificato per mutate esigenze anche di finanza pubblica;

21. di trasmettere il presente provvedimento, a cura della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, alla Sezione Programmazione, Investimenti, Sistemi Informativi e Telemedicina, ai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. e ai Ministeri affiancanti;

22. 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

ANTONIO DECARO

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Accordo Integrativo Regionale del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118. Recepimento verbale Delegazione Trattante Medicina Generale del 09/07/2026. Applicazione istituti economici e determinazioni in merito all'assetto organizzativo.

Visti:

- il D.lgs. 23 giugno 2011, n. 118, come integrato dal D.lgs 10 agosto 2014, n. 126" Disposizioni integrative e correttive del D.lgs 118/2011", recante le disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009;
- la L.R. n. 18 del 27 ottobre 2025 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2026 e bilancio pluriennale 2026-2028 della Regione Puglia (Legge di stabilità regionale 2026)";
- la L.R. n. 19 del 27 ottobre 2025 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2026 e pluriennale 2026-2028";
- la D.G.R. n. 1818 del 19 novembre 2025 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2026 e pluriennale 2026-2028. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione.;
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 15/01/2026, modificato dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 26/06/2026;
- la D.G.R. 15 settembre 2021, n.1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. del 26/09/2024, n. 1295 recante ""Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturali;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1397 del 07/10/2025 "Aggiornamento linee guida sul "sistema dei controlli interni nella regione puglia" approvate con DGR n. 1374 del 23 luglio 2019;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1657 del 29/10/2025 "Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 "Modello Organizzativo Maia 2.0"e ss.mm.ii..

Affidamento incarichi di direzione delle Sezioni del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Giunta regionale oggetto di rimodulazione”.

Atteso che:

- in data 15/01/2026 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 2022-2024, modificato dall’ACN del 26/06/2026;

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 complementarità 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”.*

ai sensi dell’art.62 del suddetto A.C.N.:

- *“l’organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della **programmazione regionale**, in coerenza con le norme vigenti, gli atti d’intesa tra Stato e Regioni e i Livelli Essenziali di Assistenza”;*
- *“gli Accordi regionali definiscono le modalità organizzative del Servizio di Emergenza sanitaria convenzionata”;*

Considerato che:

- nell'ambito della rete emergenza 118 si riscontra una grave carenza di personale medico e che, a seguito di ricognizione effettuata con le direzioni strategiche delle ASL e i Direttori delle Centrali Operative 118;
- dalla predetta ricognizione è emersa la necessità di una dotazione di personale medico pari a 395 unità, definita sulla base della nuova ipotesi di riorganizzazione della rete emergenza – urgenza;
- la rete emergenza urgenza è da intendersi parte integrante e sostanziale della rete ospedaliera ex D.M. n. 70/2015.

Tenuto conto che l'Allegato 1 al D.M. n. 70/2015 è stato previsto quanto segue:

“9. Rete dell'emergenza urgenza

Il sistema dell'emergenza urgenza opera attraverso le centrali Operative 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.

*9.1 Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso.**9.1.1 Centrale operativa*

La CO effettua la valutazione del grado di complessità dell'intervento necessario, definendo il grado di criticità dell'evento e, conseguentemente, attiva l'intervento più idoneo, utilizzando i codici colore gravità.

Le centrali operative gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate con medico ed infermiere a bordo, le automediche (i mezzi avanzati di base con infermiere e medico, le ambulanze di base con personale soccorritore certificato), in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non, che in forma continuativa o estemporanea intervengono nel soccorso sanitario. Tra i mezzi di soccorso l'eliambulanza, che rappresenta un mezzo integrativo e non alternativo delle altre forme di soccorso, deve essere usata in quelle situazioni tempo-dipendenti o legate a particolari condizioni assistenziali o a realtà territoriali disagiate (isole, zone montane).

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard che verranno indicati, per le tipologie dei mezzi non ancora identificati nel presente documento, in sede di Conferenza Stato-regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali, entro sei mesi dalla data di approvazione del presente decreto.

Sulla base dell'esperienza organizzativa e gestionale maturata, nonché degli investimenti informatici, nelle tecnologie di supporto con importanti contributi di modernità ed efficienza, si ritiene percorribile una revisione organizzativa che preveda una centrale operativa con un bacino di riferimento

orientativamente non inferiore a 0,6 milioni ed oltre di abitanti o almeno una per regione /provincia autonoma.

La regione stabilisce quali Centrali operative mantengono funzioni operative sovrazionali per l'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie, considerando la organizzazione comune con regioni viciniori per funzioni a basso volume di attività.

La configurazione dei dati raccolti deve necessariamente adeguarsi al percorso ministeriale EMUR, che permette anche la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Alle regioni che hanno un bacino di popolazione inferiore a quello minimo indicato nel presente punto è fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle regioni confinanti tramite apposite convenzioni.

9.1.2 Rete territoriale di soccorso

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, deve prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati.

9.1.3 Le postazioni territoriali

La definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km², applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali.

Nel calcolo delle postazioni territoriali occorre tener conto della peculiare risposta organizzativa del 118 scelta, ad es. con l'affidare o meno al 118 la totalità dei trasporti non solo secondari urgenti ma anche dei trasporti ordinari, in alcune Regioni attualmente a carico dei presidi ospedalieri ed in altre a carico del servizio 118.

Nel caso in cui i trasporti secondari programmati vengano affidati al 118, la gestione degli stessi deve essere assolutamente separata dalla gestione dei servizi di soccorso sanitario urgente.

Pertanto, nel calcolo del totale di mezzi di soccorso riorganizzati vanno considerati i trasporti primari e secondari urgenti, in particolare per l'implementazione delle reti delle patologie complesse tempo-dipendenti, nonché i trasporti ordinari.

9.1.4 Elisoccorso sanitario ed elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

L'analisi condotta sul numero degli interventi di soccorso effettuati nelle regioni e nelle province autonome di Trento e di Bolzano in particolare sugli eventi con codice di gravità giallo e rosso, permette di calcolare l'adeguato fabbisogno di basi operative di elisoccorso. Alla luce dei dati di attività del servizio negli ultimi cinque anni, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con mezzi a terra, si propone un servizio di elisoccorso regionale, integrato con il sistema di soccorso a terra, che impieghi un numero di mezzi diurno pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 400 e 600 anno per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosità dei mezzi a terra ed alla definizione della rete ospedaliera.

Per i mezzi notturni, si propone un servizio di elisoccorso integrato con il sistema di soccorso a terra tramite adeguata rete di elisuperfici notturne a servizio delle destinazioni sanitarie, ed elisuperfici a servizio di comunità isolate o aree disagiate, che impieghi un numero di mezzi notturni pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 anno per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosità dei mezzi a terra, alla definizione della rete ospedaliera ed alla rete di elisuperfici notturne.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano potranno definire riduzioni dei parametri sopra descritti in relazione alla necessità di erogare il servizio per situazioni peculiari, quali l'assistenza alle isole minori o a comunità isolate, dove l'integrazione con il soccorso ordinario presenti difficoltà non altrimenti superabili anche esperite le possibili sinergie interregionali.

Data la peculiarità del servizio e dei mezzi sono fortemente auspiccate sinergie di intervento a copertura delle aree di confine tra le diverse regioni. In caso di particolari emergenze o comunque quando se ne ravvisino necessità organizzative in relazione alla rete di emergenza, dovrà essere possibile la gestione flessibile delle basi operative con trasferimenti temporanei o definitivi delle stesse negli ambiti regionali.

La complessità degli adempimenti richiesti dalla vigente normativa aeronautica richiede che le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano individuino, anche a fini di ottimizzazione del servizio, un piano complessivo di interventi che possa trovare graduale applicazione nel tempo, relativamente ad

una rete integrata di siti collegati all'attività di elisoccorso, individuati a diversi livelli. In adesione a quanto già previsto nelle JAR-OPS 3 (normativa internazionale di riferimento), anche la normativa italiana recepisce in proposito la seguente distinzione:

Basi operative Servizio Medico in Elicottero di Emergenza (c.d. HEMS);

- 1) Destinazioni sanitarie;*
- 2) Elisuperfici a servizio di strutture sanitarie;*
- 3) Elisuperfici a servizio di comunità isolate;*
- 4) Siti per il Servizio Medico in Elicottero di Emergenza (c.d. HEMS).*

Alle regioni per le quali si preveda un numero di interventi annui inferiori a quelli minimi indicati nel presente punto è fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle regioni confinanti tramite apposite convenzioni.

9.1.5 Punti di Primo Intervento (PPI)

Esclusivamente a seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post-acuzie oppure in una struttura territoriale, potrebbe rendersi necessario prevedere, per un periodo di tempo limitato, il mantenimento nella località interessata di un Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 ore diurne e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne. Qualora gli accessi superino le 6.000 unità anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura.

La funzione dei Punti di Primo Intervento è la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, implementando l'attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra 118, DEA, hub o spoke di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria. Nei punti di primo intervento non è prevista l'osservazione breve del paziente.

Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale.

Possono essere organizzati Punti di Primo Intervento anche per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa, gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema 118.

Nella fase di transizione verso la gestione del 118, la loro funzione per le urgenze si limita unicamente ad ambienti e dotazioni tecnologiche atte al trattamento delle urgenze minori e ad una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel pronto soccorso più appropriato”.

Nella Regione Puglia si è registrata una grave carenza di personale medico, in un settore particolarmente critico come l'emergenza – urgenza 118, caratterizzato dalla necessità di garantire un'assistenza tempo dipendente e capillare.

Il sistema dell'emergenza urgenza opera attraverso le centrali operative 118, la rete dei mezzi di soccorso e dei punti di primo intervento e la rete ospedaliera (pronto soccorso, dea di I e II livello).

La centrale operativa 118 è preposta alla ricezione delle richieste di soccorso e all'attivazione dell'intervento più appropriato in base alla gravità e urgenza del caso. Gestisce le postazioni di elisoccorso, le ambulanze e le automediche e assicura il coordinamento di tutti gli interventi dalla chiamata fino al trasporto del paziente nell'ospedale più vicino o più idoneo alla gestione della patologia.

La centrale operativa 118 svolge un ruolo strategico nella gestione dell'emergenza urgenza e deve poter disporre della turnistica del personale medico, al fine di garantire una distribuzione del personale in coerenza alle necessità assistenziali e, soprattutto, al fine di garantire il tempo massimo di percorrenza previsto dalla normativa vigente in materia, soprattutto se si considera la grave carenza di medici, più volte richiamata.

Con il presente provvedimento, dunque, si prende atto della grave carenza di medici presente nella Regione Puglia, tanto da rendere necessari determinare un dffondo, calcolato secondo la tariffa ACN, necessario a garantire una copertura dell'intero territorio regionale.

In particolare:

1. a fronte di n. 395 unità che occorrerebbero in servizio, ne risultano n. 193;
2. il predetto numero è stato determinato sulla base, tra l'altro, di una riorganizzazione del servizio emergenza urgenza 118, attraverso la riduzione dei mezzi “Mike” e il potenziamento delle auto mediche e la trasformazione delle “Victor” in mezzi “India”, così come condiviso con le direzioni strategiche delle ASL, che ha ridotto ulteriormente il numero massimo di medici, al fine di non compromettere comunque la sicurezza delle cure;
3. il fondo necessario alla copertura comunque del numero di 395 unità, secondo tariffa oraria ACN, comprensiva di oneri è pari ad € 24.069.447,07, quale limite di spesa invalicabile, calcolato moltiplicando il numero di ore previste da ACN e il numero di medici necessari;

Con il presente provvedimento si intende operare, in analogia a quanto previsto dall'art. 1 comma 293 della L. 30 dicembre 2021 n. 234 e dell'art. 1, comma 526 della L. n. 197 del 29 dicembre 2022 secondo cui *"Ai fini del riconoscimento delle particolari condizioni del lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto sanità, dipendente dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale ed operante nei servizi di pronto soccorso (...)"*, al fine di rendere attrattiva l'attività del 118.

Pertanto, nelle more della modifica della riorganizzazione della rete emergenza urgenza 118, quale parte integrante del Piano ospedaliero della Regione Puglia:

- la Delegazione Trattante Regionale ha avviato i lavori per l'elaborazione del nuovo accordo regionale, raggiungendo in data 09/07/2026 un'intesa in merito alla proposta di riorganizzazione della rete emergenza – urgenza e quantificazione del trattamento economico spettante ai medici dell'emergenza sanitaria territoriale, quale misura incentivante per far fronte all'attuale grave carenza di personale medico, con particolare riferimento alla gestione dell'afflusso turistico nel periodo estivo;
- è obbligo dei Direttori Generali delle competenti Aziende Sanitarie Locali garantire la rigorosa vigilanza e all'assoluto rispetto dei succitati tetti di spesa invalicabili e, soprattutto, delle ore svolte da ciascun medico in conformità alla normativa vigente in materia di turni di lavoro;
- considerato altresì che l'onere finanziario, astrattamente ascrivibile al presidio del fabbisogno a pianta organica completa – parametrato sulla dotazione organica minima e inderogabile convenuta in n. 395 unità assoggettate al debito orario istituzionale di 164 ore mensili ex ACN – risulta perentoriamente quantificato nell'importo di 24.069.447,07 €;
- l'onere finanziario Derivante dall'attuazione della presente deliberazione, perentoriamente quantificato nell'importo di 24.069.447,07 €, distinta tra quota ACN e AIR, come di seguito riportato, costituisce tetto massimo ed assolutamente invalicabile di spesa. Tale limite, calcolato in proiezione sulla dotazione organica minima indispensabile convenuta in n. 395 unità, viene analiticamente ripartito e vincolato per singola Azienda Sanitaria Locale secondo il seguente prospetto:

ASL	Numero medici in servizio	Spesa ACN (comprensiva di oneri)	Integrazione AIR (comprensiva di oneri)	Finanziamento massimo per azienda
BA	66	4.072.355,94 €	2.370.475,85 €	6.442.831,79 €
BR	20	1.215.628,64 €	911.721,48 €	2.127.350,12 €
BT	21	1.276.410,07 €	1.154.847,21 €	2.431.257,28 €
FG	45	2.735.164,44 €	3.342.978,76 €	6.078.143,20 €

LE	26	1.580.317,23 €	2.370.475,85 €	3.950.793,08 €
TA	15	911.721,48 €	2.127.350,12 €	3.039.071,60 €
TOTALE	193	11.791.597,80 €	12.277.849,27 €	24.069.447,07 €

La spesa complessiva stimata è in linea con quanto sostenuto nell'anno 2025.

Le nuove assunzioni determinano una riduzione del finanziamento, di cui all'AIR, in proporzione alle ore contrattualmente previste per ciascun medico. Qualora non si dovessero registrare nel corso del 2027 nuove assunzioni, si procederà ad una rivalutazione dell'incremento tariffario riconosciuto entro le 164 ore;

Pertanto,

- atteso che l'organico attualmente in effettivo servizio consta di 193 unità, costituisce precipuo intendimento strategico dell'Amministrazione Regionale riconoscere e valorizzare l'eccezionale abnegazione, il gravoso impegno e l'alto senso di appartenenza dimostrati dal personale medico continuativamente operante per garantire la tenuta del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, individuando in tale riconoscimento il fondamento per l'applicazione delle tariffe economiche stabilite dal presente provvedimento;
- l'Amministrazione Regionale ritiene prioritario e indifferibile procedere all'immediata applicazione di tale assetto economico con decorrenza 01/07/2026;
- l'intesa raggiunta fissa inderogabilmente la decorrenza dell'efficacia giuridica ed economica degli obblighi convenuti in via retroattiva (ex post) a partire dal 01/07/2026. Inoltre, nel corso della riunione si è inteso garantire la totale riconversione delle "Victor" in India, a garanzia della sicurezza del percorso assistenziale, fatto salvo quanto previsto dalla successiva condizione risolutiva;
- si rende necessaria l'espressa soppressione di ogni ulteriore voce indennitaria riconosciuta (quali, ad esempio, le indennità legate all'impiego su ambulanza o automedica), in quanto le stesse si intendono già ricomprese e assorbite nel trattamento economico stabilito in sede di delegazione trattante nella citata seduta del 9 luglio 2026;
- si rende parimenti necessario disgiungere temporalmente l'adeguamento economico dalla definizione del nuovo modello organizzativo del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, demandando quest'ultimo a un accordo da stipularsi entro il mese di dicembre 2026;

- tale differimento è strettamente vincolato alla necessità di un confronto con le nuove direzioni strategiche, recentemente insediatesi nonché al raggiungimento di un'intesa, con le organizzazioni sindacali di settore, su nodi organizzativi cruciali (turnistica, macro-aree ASL, riassetto e superamento delle funzioni di referenza di area in favore delle Centrali Operative, ferie ex ACN), la cui mancata risoluzione determinerà, quale condizione risolutiva espressa del presente atto, la cessazione anticipata della validità e il ripristino delle condizioni previste da ACN.

Dato atto che:

- l'art. 1. comma 180 della legge 311/2004, richiamato dal comma 97 dell'art. 2 della L.191/2009, stabilisce che nelle situazioni di squilibrio economico-finanziario la Regione procede ad una ricognizione delle cause dello squilibrio ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;
- 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 rinvenivano 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”;

- richiamato l’art. 1 della legge regionale 9 febbraio 2011 n. 2 con il quale 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*”;

Considerato inoltre che:

- La Regione Puglia è in Piano Operativo per il recupero del disavanzo sanitario, si rende necessario monitorare complessivamente la spesa sanitaria riferita alla medicina generale, riveniente da ACN e AIR;
- Le Aziende Sanitarie Locali devono attivare un’attività di controllo periodico della spesa sanitaria. E’ responsabilità delle Aziende Sanitarie Locali il caricamento dei dati nel sistema informativo regionale e la verifica delle singole posizioni creditorie di ciascun medico del servizio di emergenza sanitaria territoriale. Le Aziende Sanitarie Locali devono trasmettere entro il 15 del mese successivo a ciascun trimestre, una relazione dettagliata in merito all’andamento della spesa nonché alle attività rese;
- Le risorse devono essere riconosciute nel caso in cui il medico, al fine di sopperire alla grave carenza di personale, abbia coperto, in base anche alle necessità rappresentate dalla Centrale Operativa 118 tutto il territorio provinciale e non già la sola postazione di prima assegnazione, tenuto conto della finalità dell’Accordo stesso;
- Occorre quindi demandare alle Aziende Sanitarie Locali l’attività di monitoraggio sulla regolare esecuzione dell’accordo e sul regolare utilizzo delle risorse finanziarie e stabilire che le AA.SS.LL. trasmettano, entro il giorno 15 del mese successivo a ogni trimestre (da intendersi gennaio- marzo, aprile-giugno, luglio- settembre e ottobre- dicembre), alla Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, una relazione dettagliata sull’andamento della spesa, con la conseguente possibilità, in capo alla citata Sezione regionale, di richiedere ulteriori chiarimenti e adottare i provvedimenti di competenza. A tal fine, si rende parimenti cogente l’obbligo per le Aziende Sanitarie Locali di procedere ad una puntuale e preventiva pianificazione dell’impatto economico generato dalle prestazioni orarie, attuando una rigorosa ripartizione del monte ore individuale idonea a precludere in radice ogni possibile elusione o sfioramento del budget invalicabile assegnato;

Alla luce di quanto sopra esposto, con il presente provvedimento si intende definire, per le motivazioni espresse in narrativa e al fine di fronteggiare la grave carenza di medici, il fondo necessario alla copertura comunque del numero di 395 unità, secondo tariffa oraria ACN, comprensiva di oneri, pari 24.069.447,07 €, quale limite di spesa invalicabile, di cui € 11.791.597,80 su Fondo Sanitario Nazionale ed €12.277.849,27 su bilancio autonomo.

Inoltre, si ritiene necessario prevedere che:

- a) ai medici del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale venga applicato e corrisposto il trattamento economico riconosciuto nella seduta della delegazione trattante del 9 luglio 2026, così come espresso in narrativa;
- b) a far data dal 01/07/2026 cessano di esistere e non potranno più essere erogate tutte le indennità economiche accessorie eventualmente riconosciute (a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo: indennità per ambulanza, indennità per auto medica e qualsivoglia altra voce economica aggiuntiva regionale o aziendale), in quanto le stesse si intendono già ricomprese e assorbite nel trattamento economico stabilito in sede di delegazione trattante nella seduta del 9 luglio 2026;
- c) la retribuzione mensile è calcolata convenzionalmente su un impegno orario istituzionale di 164 ore. A fronte di eccezionali urgenze e contingenze, il medico potrà espletare attività lavorativa sino al limite massimo complessivo di 250 ore mensili, da intendersi quale soglia perentoria ed assolutamente invalicabile. Sul punto, si richiama l'espressa e diretta responsabilità dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali al fine di garantire la rigorosa vigilanza e il pedissequo rispetto di tale prescrizione, come convenuto in sede di delegazione trattante. Eventuali ore retribuite ma non effettivamente prestate nel mese di competenza costituiscono debito orario a carico del medico, da recuperare obbligatoriamente nelle mensilità immediatamente successive al fine di riallineare il debito istituzionale;
- d) le disposizioni e il trattamento economico, di cui al presente provvedimento, tengano conto dell'onere a carico del S.S.N. che si sarebbe determinato sulla base della dotazione organica prevista per un corretto funzionamento della rete emergenza urgenza, fatta salva e impregiudicata l'applicazione della condizione risolutiva espressa di cui al punto successivo;
- e) la riorganizzazione della rete emergenza – urgenza, ai sensi del D.M. n. 70/2015, debba concludersi inderogabilmente entro il mese di dicembre 2026;
- f) al verificarsi della predetta condizione risolutiva (mancato accordo organizzativo entro dicembre 2026) si applicherà in via esclusiva il regime giuridico ed economico previsto dall'ACN;
- g) l'onere finanziario derivante dall'attuazione della presente deliberazione, perentoriamente quantificato nell'importo di 24.069.447,07 €, costituisce tetto massimo ed assolutamente invalicabile di spesa.

- h) le nuove assunzioni determinano una riduzione del finanziamento, di cui all'AIR, in proporzione alle ore contrattualmente previste per ciascun medico. Qualora l'accordo di cui al presente provvedimento non dovesse determinare nel corso del 2027 maggiori assunzioni, si procederà ad una rivalutazione dell'incremento tariffario riconosciuto entro le 164 ore;
- i) è responsabilità dei Direttori Generali delle competenti Aziende Sanitarie Locali in ordine alla rigorosa vigilanza e all'assoluto rispetto dei succitati tetti di spesa invalicabili, al fine di scongiurare qualsivoglia potenziale nocumento all'erario. A tal fine, è fatto obbligo alle medesime Direzioni Generali di porre in essere una preventiva e stringente programmazione dell'impatto finanziario derivante dal monte ore lavorativo, procedendo ad un'oculata e calibrata allocazione del fabbisogno orario in capo a ciascun medico, funzionale a neutralizzare in radice qualsivoglia rischio di sfioramento dei tetti di spesa predeterminati;
- j) le risorse debbano essere riconosciute nel caso in cui il medico, al fine di sopperire alla grave carenza di personale, abbia coperto, in base anche alle necessità rappresentate dalla Centrale Operativa 118, tutto il territorio provinciale e non già la sola postazione di prima assegnazione, tenuto conto della finalità dell'Accordo stesso;
- k) la Regione Puglia, in quanto in Piano Operativo per il recupero del disavanzo sanitario, avvii un'attività di monitoraggio della spesa sanitaria complessiva riferita al servizio di emergenza sanitaria territoriale;
- l) che il sistema informativo Edotto debba essere implementato per una trasparente e chiara identificazione delle voci stipendiali conformi al presente provvedimento, per il tramite della Sezione Programmazione, Investimenti, Sistemi Informativi e Telemedicina ;
- m) nelle more della riorganizzazione complessiva della rete emergenza – urgenza 118, siano trasformati mezzi "Victor" in "India".

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

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 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.

Gli oneri derivanti dal presente provvedimento, pari a complessivi € 24.069.447,07, di cui € 11.791.597,80 su Fondo Sanitario Nazionale ed € 12.277.849,27 trovano copertura sul capitolo U 1307098 del bilancio autonomo "Accordo integrativo per la medicina generale e PLS, la continuità assistenziale e l'emergenza-urgenza", come di seguito si riporta

copertura	CRA	BILANCIO	CAPITOLO	MISSIONE PROGRAM MA TITOLO	CODIFICA PIANO DEI CONTI FINANZIARI O	SPESE RICORRENTI	CODICE UE
€ 12.277.849,27	15.07	Autonomo	U1307098/2026	13.7.01	1.04.01.02	3	8

Tutto ciò premesso, al fine di recepire l'Accordo Integrativo Regionale dei medici del servizio di emergenza sanitaria territoriale come da verbale della delegazione trattante della medicina generale del 09/07/2026, ai sensi dell'art. 4 co. 4 lett. d), della L.R. n. 7/1997, si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di definire, per le motivazioni espresse in narrativa e al fine di fronteggiare la grave carenza di medici, il fondo necessario alla copertura comunque del numero di 395 unità, secondo tariffa oraria ACN, comprensiva di oneri, pari € 24.069.447,07, quale limite di spesa invalicabile, di cui € 11.791.597,80 su Fondo Sanitario Nazionale ed € 12.277.849,27 su bilancio autonomo ;
3. di stabilire che ai medici del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale venga applicato e corrisposto il trattamento economico riconosciuto nella seduta della delegazione trattante del 9 luglio 2026, così come espresso in narrativa;
4. di stabilire espressamente che a far data dal 01/07/2026 cessano di esistere e non potranno più essere erogate tutte le indennità economiche accessorie eventualmente riconosciute (a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo: indennità per ambulanza, indennità per auto medica e qualsivoglia altra voce economica aggiuntiva regionale o aziendale), in quanto le stesse si intendono già ricomprese e assorbite nel trattamento economico stabilito in sede di delegazione trattante nella seduta del 9 luglio 2026;
5. di stabilire che la retribuzione mensile è calcolata convenzionalmente su un impegno orario istituzionale di 164 ore. A fronte di eccezionali urgenze e contingenze, il medico potrà espletare attività

lavorativa sino al limite massimo complessivo di 250 ore mensili, da intendersi quale soglia perentoria ed assolutamente invalicabile. Sul punto, si richiama l'espressa e diretta responsabilità dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali al fine di garantire la rigorosa vigilanza e il pedissequo rispetto di tale prescrizione, come convenuto in sede di delegazione trattante. Eventuali ore retribuite ma non effettivamente prestate nel mese di competenza costituiscono debito orario a carico del medico, da recuperare obbligatoriamente nelle mensilità immediatamente successive al fine di riallineare il debito istituzionale;

6. di stabilire che le disposizioni e il trattamento economico, di cui al presente provvedimento, tengono conto dell'onere a carico del S.S.N. che si sarebbe determinato sulla base della dotazione organica prevista per un corretto funzionamento della rete emergenza urgenza, fatta salva e impregiudicata l'applicazione della condizione risolutiva espressa di cui al punto successivo;

7. di rinviare la definizione della parte organizzativa dell'Accordo Integrativo Regionale a un successivo momento di confronto con le Organizzazioni Sindacali nonché la definitiva riorganizzazione della rete emergenza – urgenza, ai sensi del D.M. n. 70/2015 da concludersi inderogabilmente entro il mese di dicembre 2026;

8. di sottoporre la presente deliberazione a condizione risolutiva espressa, statuendo che la stessa decadrà e cesserà di produrre qualsiasi effetto giuridico ed economico qualora non si pervenga, entro il predetto termine del mese di dicembre 2026, alla sottoscrizione di un accordo organizzativo che preveda inderogabilmente specifiche modifiche e regolamentazioni in merito a:

- a) revisione della disciplina riguardante la turnistica;
- b) assegnazione del medico all'area/macro aree territoriali individuate dalle Aziende Sanitarie Locali;
- c) revisione del modello di coordinamento operativo territoriale, finalizzata al graduale superamento dell'attuale figura del referente di area, mediante una più efficiente riallocazione delle funzioni gestionali e di raccordo direttamente in capo ai Direttori delle Centrali Operative territorialmente competenti, strutture cui è demandata dalla Legge 24/2017 la funzione di unico centro di comando funzionale, mediante supervisione clinico-organizzativa dell'intero sistema e responsabilità di indirizzo operativo sulle attività territoriali;
- d) numero di giorni di ferie e riposo annuale, nel rigoroso rispetto di quanto previsto dall'ACN;
- e) ulteriori aspetti organizzativi volti all'efficientamento del Servizio;

9. di stabilire che, al verificarsi della predetta condizione risolutiva (mancato accordo organizzativo entro dicembre 2026) si applicherà in via esclusiva il regime giuridico ed economico previsto dall'ACN;

10. di statuire che l'onere finanziario derivante dall'attuazione della presente deliberazione, perentoriamente quantificato nell'importo di € **24.069.447,07**, costituisce tetto massimo ed assolutamente invalicabile di spesa. Tale limite, calcolato in proiezione sulla dotazione organica

minima indispensabile convenuta in n. 395 unità, viene analiticamente ripartito e vincolato per singola Azienda Sanitaria Locale secondo il seguente prospetto:

ASL	Numero medici in servizio	Spesa ACN (comprensiva di oneri)	Integrazione AIR (comprensiva di oneri)	Finanziamento massimo per azienda
BA	66	4.072.355,94 €	2.370.475,85 €	6.442.831,79 €
BR	20	1.215.628,64 €	911.721,48 €	2.127.350,12 €
BT	21	1.276.410,07 €	1.154.847,21 €	2.431.257,28 €
FG	45	2.735.164,44 €	3.342.978,76 €	6.078.143,20 €
LE	26	1.580.317,23 €	2.370.475,85 €	3.950.793,08 €
TA	15	911.721,48 €	2.127.350,12 €	3.039.071,60 €
TOTALE	193	11.791.597,80 €	12.277.849,27 €	24.069.447,07 €

Le nuove assunzioni determinano una riduzione del finanziamento, di cui all'AIR, in proporzione alle ore contrattualmente previste per ciascun medico. Qualora non si dovessero registrare nel corso del 2027 nuove assunzioni, si procederà ad una rivalutazione dell'incremento tariffario riconosciuto entro le 164 ore;

11. di richiamare espressamente la responsabilità dei Direttori Generali delle competenti Aziende Sanitarie Locali in ordine alla rigorosa vigilanza e all'assoluto rispetto dei succitati tetti di spesa invalicabili, al fine di scongiurare qualsivoglia potenziale nocumento all'erario. A tal fine, è fatto obbligo alle medesime Direzioni Generali di porre in essere una preventiva e stringente programmazione dell'impatto finanziario derivante dal monte ore lavorativo, procedendo ad un'oculata e calibrata allocazione del fabbisogno orario in capo a ciascun medico, funzionale a neutralizzare in radice qualsivoglia rischio di sfioramento dei tetti di spesa predeterminati;

12. di stabilire che le risorse debbano essere riconosciute nel caso in cui il medico, al fine di sopperire alla grave carenza di personale, abbia coperto, in base anche alle necessità rappresentate dalla Centrale Operativa 118, tutto il territorio provinciale e non già la sola postazione di prima assegnazione, tenuto conto della finalità dell'Accordo stesso;

13. di disporre 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 al servizio di emergenza sanitaria territoriale;
14. di stabilire che il sistema informativo Edotto debba essere implementato per una trasparente e chiara identificazione delle voci stipendiali conformi al presente provvedimento, per il tramite della Sezione Programmazione, Investimenti, Sistemi Informativi e Telemedicina ;
15. di rimandare a successivo provvedimento di Giunta regionale, da adottarsi entro il 31/12/2026, la riorganizzazione complessiva della rete emergenza – urgenza 118;
16. di stabilire che, nelle more della riorganizzazione complessiva della rete emergenza – urgenza 118, siano trasformati mezzi "Victor" in "India";
17. di stabilire che i Direttori Generali delle ASL provvedano al riconoscimento del saldo dei compensi dovuti per l'attività resa dal personale medico nell'anno 2025;
18. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del d.lgs 33/2013, nella sottosezione "Provvedimenti" - "Provvedimenti organi di indirizzo politico" - "Provvedimenti della Giunta Regionale";
19. di demandare alla competente Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata gli ulteriori adempimenti conseguenti al presente provvedimento;
20. di stabilire che il presente provvedimento possa essere modificato per mutate esigenze anche di finanza pubblica;
21. di trasmettere il presente provvedimento, a cura della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, alla Sezione Programmazione, Investimenti, Sistemi Informativi e Telemedicina, ai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. e ai Ministeri affiancanti;
22. 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. 5, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 7 ottobre 2025, n. 1397.

La DIRIGENTE di Sezione "Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata":

Antonella CAROLI



ANTONELLA
CAROLI
21.09.2026
19:25:23
GMT+02:00

Il DIRETTORE di Dipartimento Salute e Benessere:

Vito MONTANARO

 VITO
MONTANARO
22.09.2026
09:54:50
GMT+02:00

L'Assessore alla Salute e Benessere, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Donato PENTASSUGLIA

 Donato Pentassuglia
22.09.2026 09:59:05
GMT+02:00

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

Il Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria, o suo delegato

 Firmato digitalmente da:
Stefano Regine
Firmato il 22/09/2026 14:38
Serialo Certificato: 5833319
Valido dal 04/03/2026 al 04/03/2029
InfoCertaria Qualified Electronic Signature CA

ALLEGATO A

Codice CIFRA: ASM/DEL/2026/00055

PARERE TECNICO

OGGETTO: Accordo Integrativo Regionale del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118- anno 2026. Recepimento verbale Delegazione Trattante Medicina Generale del 09/07/2026. Applicazione istituti economici e determinazioni in merito all'assetto organizzativo.

Gli oneri derivanti dal presente provvedimento, pari a complessivi € 24.069.447,07, di cui € 11.791.597,80 Su Fondo Sanitario Nazionale ed € 12.277.849,27 trovano copertura sul capitolo U 1307098 del bilancio autonomo "Accordo integrativo per la medicina generale e PLS, la continuità assistenziale e l'emergenza-urgenza", come di seguito si riporta

copertura	CRA	BILANCIO	CAPITOLO	MISSIONE PROGRAM MA TITOLO	CODIFICA PIANO DEI CONTI FINANZIARI O	SPESE RICORRENTI	CODICE UE
€ 12.277.849,27	15.07	Autonomo	U1307098/2026	13.7.01	1.04.01.02	3	8

Pertanto, per la sola parte riferita al Fondo sanitario si rende necessaria l'acquisizione della presa d'atto della GSA.

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

SI ☒ NO ☐

FIRMA DEL DIRIGENTE DELLA SEZIONE

PROPONENTE

Dott.ssa Antonella Caroli

ANTONELLA
CAROLI
21.09.2026
19:25:24
GMT+02:00



**PRESA D'ATTO DEGLI EFFETTI FINANZIARI DELLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE
SUL FONDO SANITARIO REGIONALE (D.LGS. 118/2011 – LL.GG. approvate con DGR 1161/2024)**

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA GSA

(NEL CASO IN CUI COMPORTI IMPLICAZIONI SUL FSR)**Dott. Benedetto Pacifico**

BENEDETTO
GIOVANNI PACIFICO
22.09.2026 08:08:16
GMT+02:00



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

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
ASM	DEL	2026	55	22.09.2026

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118.
RECEPIMENTO VERBALE DELEGAZIONE TRATTANTE MEDICINA GENERALE DEL 09/07/2026. APPLICAZIONE
ISTITUTI ECONOMICI E DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'ASSETTO ORGANIZZATIVO.

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

ANNOTAZIONE:

Responsabile del Procedimento

E.Q.-CARMEN PARTIPILO

Dirigente

D.SSA REGINA STOLFA

