

**INFORMATIVA**  
estratto dell'ACN 4.4.2024 con articoli riferiti al  
**RUOLO UNICO DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.**

**ART. 31 – RUOLO UNICO DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**

1. Dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente Accordo i nuovi incarichi del ruolo unico di assistenza primaria sono conferiti in una sola Azienda a seguito delle procedure di cui all'articolo 34 e comportano un impegno a tempo pieno, con progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria. L'incarico del ruolo unico di assistenza primaria riguarda anche i medici incaricati APP di cui all'Allegato 5.

2. Il ruolo unico di assistenza primaria dei medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta o su base oraria fino al termine di cui al comma 1, istituito dal D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, è disciplinato dall'articolo 31 dell'ACN 28 aprile 2022. Il presente Accordo ne dà effettiva attuazione, con previsione di svolgimento a tempo pieno dell'attività convenzionale, a ciclo di scelta e/o su base oraria, nell'ambito delle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP).

3. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria già operanti a tempo indeterminato di cui al comma precedente l'Azienda propone il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale di cui all'articolo 38 del presente Accordo, al fine della riconduzione ad una unica AFT dei rapporti convenzionali finora possibili fra diverse Aziende, anche di altre Regioni. Il completamento è offerto ai medici con maggiore anzianità di incarico operanti in AFT e successivamente in Azienda. In caso di pari anzianità si fa riferimento ai criteri di cui all'articolo 34, comma 11. L'accettazione del completamento comporta il conferimento dell'incarico del ruolo unico di assistenza primaria di cui al presente Accordo.

**ART. 32 – RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE**

1. L'assetto organizzativo dell'assistenza primaria e l'attuazione del ruolo unico implicano l'individuazione di nuovi parametri ed un diverso criterio di determinazione del rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio ed abitanti residenti, come definito nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, coerentemente con i modelli organizzativi adottati. Tali Accordi possono indicare per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale rapporti ottimali diversi, tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, anche con riferimento a territori a bassa densità abitativa, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale.

2. In assenza degli Accordi Integrativi Regionali, dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente Accordo, si applica il parametro di un medico ogni 1.200 residenti o frazione di 1.200 superiore al 50%, calcolato secondo quanto previsto dall'Allegato 7, con un correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5.000 residenti.

3. La AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale a scelta e su base oraria.

4. Per la determinazione del rapporto medici / residenti nei Comuni comprendenti più Aziende, si fa riferimento alla popolazione complessiva residente nel Comune.

5. L'ambito territoriale di iscrizione del medico, ai fini dell'esercizio della scelta da parte del cittadino e della apertura degli studi medici, è costituito, sulla base di determinazioni regionali, da uno o più Comuni con popolazione di almeno 7.000 abitanti; per particolari situazioni possono essere individuati ambiti territoriali con popolazione minore di 7.000 ma comunque non inferiore a 5.000 unità. Il medico operante in un Comune comprendente più Aziende è iscritto nell'elenco di una sola Azienda. In caso di modifica di ambito territoriale, il medico conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, nel rispetto del diritto di scelta degli assistiti.

6. In tutti i Comuni, Circostrizioni e località con un numero di residenti superiore al 50% del valore utilizzato nella determinazione del rapporto ottimale riferito all'attività a ciclo di scelta deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, in presenza o in telemedicina sulla base di regolamentazione aziendale.

7. Gli Accordi Integrativi Regionali possono individuare specifiche modalità di determinazione degli ambiti da definirsi carenti per renderli più aderenti al fabbisogno assistenziale delle varie AFT, tenendo conto, in particolare, delle seguenti condizioni:

- a) diverso impegno professionale relativo agli assistibili appartenenti alle varie classi di età;
- b) peculiarità geografiche del territorio e densità abitativa;
- c) presidi sanitari pubblici operanti nel territorio;
- d) incidenza di patologie croniche e disabilità.

8. In caso di carenza assistenziale, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti come previsto dall'articolo 34, comma 1, l'Azienda propone ai medici, già titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta all'entrata in vigore dell'ACN, il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario. Ai medici, orario (24 ore), l'Azienda propone il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente ricompreso nella AFT di riferimento, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'articolo 38, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale. Il completamento è offerto ai medici con maggiore anzianità di incarico operanti in AFT e successivamente in Azienda. In caso di pari anzianità si fa riferimento ai criteri di cui all'articolo 34, comma 11. L'accettazione del completamento comporta il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria ai sensi del presente Accordo.

9. L'Azienda esamina eventuali richieste di mobilità intraaziendale presentate dai medici già titolari di incarico del ruolo unico di assistenza primaria. I medici aspiranti alla mobilità devono essere titolari di incarico da almeno 2 anni nella Azienda stessa con priorità dell'assegnazione ai medici con maggiore anzianità di incarico.

10. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora permanga un fabbisogno assistenziale, l'Azienda procede all'inserimento di medici ai sensi dell'articolo 33.

#### **ART. 38 – MASSIMALE E SUE LIMITAZIONI**

1. L'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria di cui all'articolo 31 è conferito in una sola Azienda e comporta lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali, con progressiva riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti. La modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito indicato:

- a) dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti, 38 ore;
- b) da 401 a 1.000 assistiti, 24 ore;
- c) da 1.001 a 1.200 assistiti, 12 ore;
- d) da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore.

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

Eventuali deroghe al massimale possono essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'articolo 48, comma 3, punto 5, della Legge 833/78, per un tempo determinato, non superiore comunque a sei mesi.

Si allega di seguito il testo integrale dell' **ART. 47 TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA** con evidenza degli importi della quota capitaria e della quota per ulteriori attività e prestazioni.