

Tra

la delegazione trattante di parte pubblica dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

e

la delegazione di parte sindacale della medesima azienda, costituita ex art. 15 dell'ACN 15 gennaio 2026,

viene stipulato il seguente

**ACCORDO AZIENDALE ATTUATIVO
DELL'ART. 17 DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
EX DGR N. 1381/2025
PER IL TRIENNIO 2026-2028**

Premesso:

- che il rapporto convenzionale con i medici di medicina generale è attualmente regolato dall'accordo collettivo nazionale reso esecutivo il 15 gennaio 2026;
- che in data 14 ottobre 2025 l'assessore alla salute, politiche sociali e disabilità della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia ha sottoscritto l'accordo integrativo regionale per l'attuazione dell'accordo collettivo nazionale reso esecutivo il 4 aprile 2024, nel testo allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 1381 del 10 ottobre 2025;
- che l'accordo appena citato rinvia al livello aziendale la specificazione di progetti e obiettivi specifici e misurabili, nonché indicatori di processo e/o di risultato relativamente alle progettualità stabilite a livello regionale;
- che, secondo il medesimo accordo, tali progetti possono avere uno sviluppo pluriennale purché coerenti con le linee di gestione annuali del Servizio sanitario regionale;
- che la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, con nota n. 783697 del 13 novembre 2025, avente ad oggetto «Modalità per la corresponsione della quota variabile derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico», ha fornito alle aziende chiarimenti in merito all'art. 17 dell'AIR succitato **per il solo anno 2025**;
- che l'AIR all'art.17, punto II, ultimo paragrafo prevede che "Le risorse del fondo devono essere integralmente utilizzate nell'anno di riferimento. Ove ciò non sia possibile, le eventuali risorse del fondo specifici programmi non ripartite con AAA confluiscono nel fondo dell'anno successivo, in aggiunta alla quota annuale ordinariamente disponibile. Tali risorse non si storicizzano. Il loro ammontare definito a consuntivo va comunicato alle OO SS in tempo utile per integrare il fondo per il AAA/anno successivo";
- che le risorse disponibili nell'esercizio 2026 per gli obiettivi finalizzati al governo clinico, quale conseguenza degli accordi sopra richiamati, sono le seguenti:

Risorse disponibili	Importi (senza oneri c/ente)
Obiettivi finalizzati al governo clinico (€ 11,56 per n. 445.729 assistiti al 31.12.2025)	
€ 4,74 per n. assistiti al 31.12.2025, quota da ACN	€ 2.112.755,46
€ 1,90 per n. assistiti al 31.12.2025, quota da ACN	€ 846.885,10
€ 4,92 per n. assistiti al 31.12.2025, quota integrativa da AIR DGR n. 1381/2025	€ 2.192.986,68
RESIDUI AAA PRECEDENTI	????????
Totale risorse 2026	€ 5.152.627,24 + RESIDUI

- che i residui dell'esercizio 2025 sono in fase di **determinazione**;
- le parti concordano quanto **segue**.

1. Obiettivi strategici regionali finalizzati al governo clinico

Le parti, preso atto dell'individuazione degli obiettivi strategici stabiliti dall'accordo regionale in tema di governo clinico, definiscono le progettualità di seguito descritte, valide per il triennio 2026-2028, riferite all'art. 17 del medesimo accordo e remunerate con la quota complessiva annua di € 9,66/assistito (€ 4,74/assistito/anno, quota da ACN, + € 4,92/assistito/anno, quota integrativa AIR ex DGR n. 1381/2025), ripartite, per ciascun obiettivo, secondo la percentuale precisata a margine della definizione e correlata per il 70% alla valutazione del risultato individuale e per il 30% al risultato complessivo ottenuto dall'AFT di appartenenza, in entrambi i casi con riferimento a ogni singolo progetto. Al risultato di AFT, calcolato quale media dei risultati individuali in proporzione alle giornate di attività nell'anno, partecipano tutti i componenti dell'AFT aderenti all'obiettivo, indipendentemente dal risultato individuale relativo all'obiettivo medesimo.

Le risorse destinate al finanziamento degli obiettivi finalizzati al governo clinico dal presente accordo sono integralmente utilizzate nell'anno 2026 secondo ripartizione tra gli obiettivi stabilita

Commentato [SV1]: SNAMI rimane in attesa di risposte ai vari quesiti e richiesta di informazioni contenuti nelle pec Ad es 30/06/2026 (e succ.) sui Residui.

Commentato [SV2]: L'AIR 2025, art. 17 p. 1 rubricato "I. Ripartizione del fondo" così dispone "Ai sensi dell'art. 47, comma 2, lett. B dell'ACN punto I), si destinano le risorse aziendali relative alla quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico pari a 4,74 euro/anno per assistito come da ACN, incrementata dall'ACN 2024 di 1,90 euro per obiettivi di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici ed integrata dalla Regione con la quota di 4,92 euro/anno per assistito. L'importo complessivo della quota pari a 11,56 euro/anno per assistito viene destinato all'attuazione delle seguenti linee strategiche regionali da declinare negli accordi attuativi Aziendali"

Commentato [SV3]: NON POSSONO NON ESSERE NOTI, VISTO CHE I BILANCI CONSOLIDATI SONO STATI DEFINITI IL 28/05/2026 in ASUFC e il 24/07/2026 in FVG chiediamo risposte alle ns. richieste di informazioni fin dal 30/06/2026

Commentato [SV4]: VANNO PRVISTI OBIETTIVI ANCHE PER I MMG RUAP ad attività oraria: COME SI PENSA DI RENDERE APPETIBILE ED ATTRATTIVA L'ATTIVITA' ORARIA SENZA INCENTIVI RISPETTO AL CICLO DI SCELTA ?

Commentato [SV5]: L'AIR 2025 prevede anche che "Le Aziende specificano nell'AAA i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione delle linee strategiche individuate dal presente paragrafo e si impegnano a coordinare tali progetti ed attività con i compiti assegnati agli specialisti".
Ad oggi nulla è dato sapere sull'applicazione di quanto sopra

in relazione al loro peso.

Ove ciò non sia possibile, le eventuali risorse del fondo specifici programmi non ripartite con AAA confluiscono nel fondo dell'anno successivo, in aggiunta alla quota annuale ordinariamente disponibile. Tali risorse non si storicizzano. Il loro ammontare definito a consuntivo va comunicato alle OO SS in tempo utile per integrare il fondo per il AAA/anno successivo.

1.1 L'Azienda si impegna a coinvolgere gli specialisti rispetto a questi obiettivi, a fornire indicazioni condivise sul ricorso agli accertamenti diagnostici e a incentivare l'uso del ricettario SSR da parte degli specialisti operanti sia nelle strutture pubbliche che private convenzionate (AIR, art. 17, punto II).

Obiettivo A: miglioramento dell'appropriatezza della priorità clinica delle prestazioni mediante l'utilizzo dei RAO (art. 17, lett. i) AIR 2025); peso 40%

Indicatore: utilizzo del criterio RAO "altro" in misura inferiore al 10% nelle prescrizioni dematerializzate effettuate dal singolo medico nel periodo indice delle prestazioni indicate nella tabella seguente

vedi 1.1: da concordare come escludere dall'indicatore le prescrizioni che non dipendono dai MMG (INDOTTE); ad esempio portando l'indicatore alla misura inferiore NON al 10% MA al 15-20%.

Valore: il compenso è riconosciuto nella misura del 100% in caso di raggiungimento dell'indicatore.

Ai fini di tale raggiungimento, ciascuna prestazione o gruppo di prestazioni contribuiscono al raggiungimento del 100% come indicato in Tabella 1 nella colonna "% PESO"

va prevista una modalità di valutazione rispetto al grado di raggiungimento dell'obiettivo

Tabella 1. Prestazioni oggetto di monitoraggio

TIPOLOGIA PRESTAZIONE	CODICE PRESTAZI	PRESTAZIONE	% PESO
VISITE	89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	2%
	89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	2%
	89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	2%
	89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA	2%
	89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA	2%
	89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	2%
	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA	2%
	89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA	2%
	89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	2%
	89.7C.6	PRIMA VISITA GERIATRICA	2%
	89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	2%
	89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	2%
	89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	2%
	89.7C.9	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	2%
	89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	2%
	89.7B.4	PRIMA VISITA NEFROLOGICA	2%
	89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	2%
	89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	2%
COLONSCOPIA	45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	2%
	45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	
	45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	
GASTROSCOPIA	42.24	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) CON BIOPSIA	2%
	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)	
	45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) CON BIOPSIA IN SEDE	
ELETTROMIOGRAFIA	93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) PER ARTO SUPERIORE	2%
	93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) PER ARTO INFERIORE	
ECOGRAFIA	88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO	2%
	88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	2%
	88.91.6	RM DEL COLLO	2%
	88.91.7	RM DEL COLLO SENZA E CON MDC	2%
	88.93.2	RM DEL RACHIDE CERVICALE	2%
	88.93.3	RM DEL RACHIDE DORSALE	2%
	88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE	2%
	88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEAL	2%
	88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO	2%
	88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC	2%
	88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC	2%
	88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC	2%
	88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEAL SENZA E CON MDC	2%

Commentato [SV6]: L'AIR 2025, art. 17, p.I prevede anche che "Gli Accordi Attuativi Aziendali declinano gli obiettivi nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) prevedendo l'attiva partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria alla presa in carico degli assistiti affetti da malattie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini."

Commentato [SV7]: non si è tenuto conto di quanto affermato da SNAMI nel corso dell'ultima seduta della Delegazione trattante sul fatto che alcune visite hanno criteri RAO di utilizzo difficoltoso in quanto non appropriati rispetto alla clinica che il MMG riscontra quotidianamente nel proprio studio. Si era chiesto di ridurre l'obiettivo a 5/6 criteri RAO mentre nella bozza sono state escluse solo le visite allergologiche. Se ci fossero delle prestazioni che il MMG non prescrive, il 2% di questa prestazione come viene contato per il raggiungimento dell'obiettivo (es: egds senza biopsia che per ovvi motivi non viene quasi mai prescritta o rm rachide in toto). Il calcolo del risultato deve essere fatto a scaglioni

RM MUSCOLO SCHELETRICA	88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC	2%
	88.94.4	RM DELLA SPALLA	2%
	88.94.6	RM DEL GOMITO	2%
	88.94.8	RM DEL POLSO	2%
	88.94.9	RM DELLA MANO	2%
	88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE	2%
	88.94.D	RM DEL GINOCCHIO	2%
	88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA	2%
	88.94.G	RM DEL PIEDE	2%
	88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC	2%
	88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC	2%
	88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC	2%
	88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC	2%
	88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE	2%
	88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC	2%
	88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC	2%
			100%

Periodo di riferimento:

- 1° anno: data della comunicazione degli obiettivi al 31 dicembre 2026
- 2° e 3° anno: dall'1 gennaio al 31 dicembre

Periodo minimo di attività del medico nell'anno: 30 giorni

Obiettivo B: partecipazione alla vaccinazione antinfluenzale e alle attività correlate al fine di garantirne l'erogazione e la piena fruibilità (art. 17, lett. b) e f) AIR 2025); peso ~~30%~~ (40%)

Indicatore: a fronte di una copertura minima desiderabile da Piano nazionale prevenzione vaccinale vigente $\geq 75\%$ nella popolazione ≥ 65 anni e di una copertura in ASU FC di tutta la popolazione ultrasessantacinquenne per la stagione 2025-26 del 55,5%, risulta vaccinato contro l'influenza almeno il 65% dei propri assistiti che abbiano un'età ≥ 65 anni secondo le indicazioni fornite dal Dipartimento di prevenzione e le vaccinazioni eseguite sono registrate nel Portale continuità della cura entro 10 giorni dalla vaccinazione e comunque entro il 31 gennaio dell'anno successivo

Denominatore per il calcolo dell'indicatore: popolazione assistita delle coorti di nascita:

- 1961 e precedenti per le vaccinazioni dell'anno 2026
- 1962 e precedenti per le vaccinazioni dell'anno 2027
- 1963 e precedenti per le vaccinazioni dell'anno 2028

Periodo di riferimento: dall'1 ottobre al 31 gennaio dell'anno successivo

Periodo minimo di attività del medico nell'anno: 30 giorni nel periodo dal 15 ottobre al 30 novembre

Valore: 100% se copertura $\geq 65,00\%$; 90% se copertura $\geq 60,00\%$; 70% se copertura $\geq 56,00\%$; 0% se copertura inferiore

L'obiettivo va rimodulato in sede di Comitato aziendale nel caso di modifiche dell'attuale organizzazione della campagna vaccinale antinfluenzale.

Obiettivo C: partecipazione alle vaccinazioni raccomandate nel soggetto adulto-anziano e alle attività correlate al fine garantirne l'erogazione e la piena fruibilità (art. 17, lett. b) AIR 2025); peso ~~30%~~ (20%)

Indicatori: come raccomandato dal Piano nazionale prevenzione vaccinale vigente e recepito dalla Regione Friuli Venezia Giulia con DGR 6 ottobre 2023 e futuri aggiornamenti, comprensivo non soltanto degli ultrasessantacinquenni ma anche di tutti i soggetti a rischio ivi definiti, vengono offerte in maniera attiva e gratuita:

- la vaccinazione anti-Herpes Zoster (peso 50% dell'obiettivo), con ~~ciclo completo di 2 dosi a distanza di 2-6~~ almeno una dose a distanza di 2-6 mesi l'una dall'altra, agli assistiti non vaccinati prima nati:
 - tra il 1952 e il 1961 per le vaccinazioni dell'anno 2026
 - tra il 1952 e il 1962 per le vaccinazioni dell'anno 2027
 - tra il 1952 e il 1963 per le vaccinazioni dell'anno 2028
- la vaccinazione anti-pneumococcica (peso 50% dell'obiettivo), agli assistiti mai vaccinati prima con alcun vaccino anti-pneumococcico nati:
 - fino all'anno 1961 per le vaccinazioni dell'anno 2026
 - fino all'anno 1962 per le vaccinazioni dell'anno 2027

Commentato [SV8]: In precedenza, fin dalla trattativa per la stipula dell'AAA 2025, SNAMI ha proposto di prendere in considerazione per gli obiettivi che prevedono le vaccinazioni i cd "RIFIUTI" alla vaccinazione ma nella proposta non v'è traccia

- fino all'anno 1963 per le vaccinazioni dell'anno 2028

ai fini della vaccinazione di almeno 5 assistiti **con primo inoculo** per Herpes Zoster e di almeno **20 15** assistiti per pneumococco.

Le vaccinazioni sono stagionalizzate e possono essere somministrate nell'intero corso dell'anno; le vaccinazioni somministrate devono essere registrate senza ritardo nel Portale di Continuità della Cura specificando la relativa categoria di rischio e/o classe di patologia.

Periodo di riferimento:

1° anno: dall'1 gennaio al 28 febbraio **2027** 2°-3° anno: dall'1 gennaio al 31 dicembre

Periodo minimo di attività del medico nell'anno: 90 giorni

Valore: Valore: 100% se vaccinati almeno 5 assistiti nelle categorie di cui sopra con ciclo completo per Herpes Zoster, di cui – limitatamente al primo anno – almeno la prima entro l'anno e la seconda a distanza di due mesi dalla prima, e almeno 20 per pneumococco; 80% se vaccinati almeno 5 assistiti nelle categorie di cui sopra con almeno una dose per Herpes Zoster e almeno 20 per pneumococco; 50% se vaccinati almeno 20 assistiti per pneumococco; 0 altrimenti

Al seguente obiettivo, infine, è destinata la quota, prevista dall'ACN, di € 1,90/assistito in ragione d'anno finalizzata a obiettivi di miglioramento della presa in carico di pazienti cronici e obiettivi di prevenzione e riduzione del rischio di cronicità in attuazione del Piano annuale della cronicità.

Obiettivo D: *aderenza al trattamento con inibitori della idrossimetilglutaril-CoA riduttasi nella popolazione assistita di nuovi utilizzatori di età ≥45 anni, ai fini dell'ottimizzazione dell'efficacia clinica delle terapie e dell'appropriatezza prescrittiva, individuando per ciascun MMG la quota di pazienti con una copertura terapeutica ottimale (art. 17, **punto I**, lett. j) AIR 2025)*

Indicatore: almeno il 70% degli assistiti nuovi utilizzatori con almeno 45 anni compiuti nell'anno di riferimento, in trattamento con le terapie di cui all'obiettivo, hanno un Medication Possession Ratio (**MPR**)*** ≥80%

Metodi: Medication Possession Ratio per ciascun paziente calcolato come:

$$MPR = \frac{n^{\circ} \text{ di giorni di terapia}}{n^{\circ} \text{ di giorni tra la prima e l'ultima prescrizione} + \text{giorni coperti dall'ultima prescrizione}} \times 100$$

dove il n° di giorni di terapia corrisponde al n° di unità posologiche dispensate nel periodo di osservazione

*** da prec. PROPOSTA dd. 28.06.26: **MPR** = *metrica standard utilizzata per valutare l'aderenza del paziente a una terapia farmacologica: si calcola **dividendo il totale dei giorni di farmaco forniti** (somma dei giorni di copertura di tutte le ricette **ritirate emesse**) **per i giorni totali del periodo di osservazione*** per ciascun paziente calcolato come: *(giornate coperte dalla terapia/numero di giorni tra la prima e l'ultima erogazione) *100 - Ogni unità posologica copre un giorno di terapia; nel caso di passaggio da un medico a un altro, si calcola il periodo di copertura di ciascun medico e la data termine periodo è la data di transizione da un medico all'altro).*

Periodo di riferimento:

- 1° anno: applicabile all'anno intero di riferimento **dell'accordo**
- 2° e 3° anno: come sopra

Periodo minimo di attività del medico nell'anno: 180 **giorni**. Sono valutati unicamente i pazienti nuovi utilizzatori con periodo di osservazione di almeno 180 giorni in carico allo stesso medico

Valore: il compenso è riconosciuto nella misura del 100% in caso di raggiungimento dell'obiettivo ossia indicatore ≥70%; (**prevedere graduazione**) nella misura del 80% in caso di e nella misura del 50% in caso di aumento di

2. Impiego dei residui dell'anno **2025**

Le parti concordano di destinare all'incremento delle incentivazioni di cui al presente accordo, in proporzione al peso di ciascun indicatore, gli eventuali residui delle risorse disponibili per l'incentivazione degli obiettivi di governo clinico nell'anno 2025 derivanti dalla quota prevista dall'ACN (€ 4,74/assistito/anno + € 1,90/assistito/anno).

3. Partecipazione agli obiettivi, valutazione e remunerazione

Commentato [SV9]: POCHISSIMI MESI a disposizione per vaccinare: si propone che un numero inferiore di soggetti da vaccinare per raggiungere l'obiettivo (2 per lo zoster e 7 per lo pneumo)

Commentato [SV10]: - Il periodo di riferimento temporale anche in questo caso sarà molto limitato nel 2026 quindi si propone di abbassare la percentuale per la quale si può raggiungere l'obiettivo,
- Finestra di eleggibilità: il paziente deve essere naïve per la terapia? O possiamo puntare ad includere per raggiungere l'obiettivo sia i pazienti naïve che iniziano la statina sia i pazienti con statina in mono terapia da portare in regime di terapia associata (statina+ezetimibe)! Attenzione si intendono entrambe le tipologie di paziente per ampliare la popolazione che possiamo, se indicato, medicalizzare.

Commentato [SV11]: Non è giustificabile accettare un Obiettivo che escluda a priori una parte dei MMG (RUAP A cds.) senza prevedere un'alternativa: in caso contrario **ai MMG esclusi è precluso l'accesso a € 1,90**

Commentato [SV12]: vanno ricompresi anche i **RESIDUI AAA 2024 e anche la quota regionale di € 4,92 assistito/anno**

Commentato [SV13]: quale riscontro da DCS alla nota ASUFC del 10/12/2025 ? ED è stata inviata a DCS la nota concordata nella seduta della Delegazione Trattante del 08/07/2026 di cui alla ns. pec da ultimo del 18/09/2026

Considerato che l'AIR 2025 prevede che i medici partecipino volontariamente agli obiettivi di governo clinico e che coloro i quali dichiarano di non partecipare agli obiettivi per l'anno 2026 non hanno diritto alla liquidazione della parte variabile del compenso collegata ai risultati ottenuti dall'AFT di appartenenza e non vengono considerati ai fini del raggiungimento degli obiettivi da parte dei restanti medici di AFT, l'Azienda si impegna a richiedere immediatamente ai singoli professionisti, mediante posta elettronica certificata, l'adesione o non adesione agli obiettivi di cui al punto 1 del presente accordo, opportunamente riportati nel testo. La mancata risposta equivale alla non adesione. I medici che dichiarano di non partecipare agli obiettivi di cui al punto 1 ovvero non rispondono non hanno diritto alla liquidazione della parte variabile del compenso collegata ai risultati ottenuti dall'AFT di appartenenza e non vengono considerati ai fini del raggiungimento degli obiettivi da parte dei restanti medici di AFT.

La valutazione degli obiettivi è condotta secondo quanto previsto dall'art. 17, punto III, dell'AIR 2025 e si conclude entro il mese di giugno ~~2025~~ **successivo rispetto alle annualità considerate**. Il grado di raggiungimento degli obiettivi esita dal processo di valutazione aziendale ed è effettuato a cura della Direzione Distrettuale con il componente di diritto dei medici di medicina generale dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) entro il mese di febbraio dell'anno successivo. In caso di contestazione della valutazione, la valutazione di seconda istanza si svolge in sede di comitato **aziendale**.

Ai fini del calcolo della quota incentivante individuale, il compenso è rapportato al periodo di servizio nell'anno e alla media degli assistiti nel periodo.

Secondo quanto previsto dall'AIR ex DGR n. 1381/2025, la remunerazione degli obiettivi ha luogo entro un mese dall'approvazione del bilancio consolidato consuntivo del Servizio sanitario regionale dell'anno di riferimento.

Le parti concordano che, in caso di emanazione di nuove disposizioni nazionali o regionali, il presente accordo sia oggetto di verifica **in Comitato aziendale** e, se del caso, di opportuna modifica concordata. Si procede, inoltre, a revisione in caso di variazione delle linee di gestione annuali del Servizio sanitario regionale. Infine, in considerazione della durata triennale dell'accordo, sono oggetto di verifica gli indicatori stabiliti per gli obiettivi in relazione all'evoluzione delle situazioni presupposte.

Udine,

Parte pubblica

Dott. Denis Caporale _____

Dott. David Turello _____

Dott.ssa Angela Zanello _____

Dott.ssa Anna Paola Agnoletto _____

Parte sindacale

SNAMI, dott. Stefano Vignando _____

FIMMG, dott. Khalid Kussini _____

SMI, dott. Federico De Liva _____

FMT, dott.ssa Maria Mainardis _____

Commentato [SV14]: L'AIR 2025, art. 17, p. III prevede che "Entro il primo semestre dell'anno successivo a quello di riferimento, le Aziende trasmettono al Comitato regionale per tramite della Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità, una relazione sull'attività annuale svolta dai medici in sede di AFT, sulla partecipazione agli obiettivi prefissati nonché sul grado di raggiungimento di detti obiettivi.": **che ne è della relazione relativa all'AAA 2025 ?**

Commentato [SV15]: Della valutazione 2025 ancora non ci sono informazioni complete e definitive ...
 I **Bilanci 2025 consolidati** sono stati definiti il 28/5 quello ASUFC e il 24/7 quello regionale: pertanto la LIQUIDAZIONE DOVEVA ESSERE COMPLETATA ENTRO AGOSTO 2026 cioè il "mese successivo" come previsto dall'AIR