



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 l'art. 17, punto I dell'AIR succitato prevede che «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»;
- che, secondo quanto stabilito dall'art. 17, punto II, ultimo capoverso dell'AIR succitato, le risorse del fondo devono essere integralmente utilizzate nell'anno di riferimento; che, ove ciò non sia possibile, le eventuali risorse del fondo specifici programmi non ripartite con accordo attuativo aziendale confluiscono nel fondo dell'anno successivo, in aggiunta alla quota annuale ordinariamente disponibile, che tali risorse non si storicizzano; che il loro ammontare definito a consuntivo va comunicato alle OO SS in tempo utile per integrare il fondo per l'anno successivo;
- 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;
- che la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, con nota n. 9118121 del 29 dicembre 2025, avente ad oggetto «Impiego dei residui della quota relativa all'integrazione regionale del fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico. Riscontro», ha osservato «che non spetta alla scrivente Direzione fornire indicazioni sull'applicazione degli accordi integrativi regionali che rientra nella diretta attività gestionale delle aziende quali datori di lavoro e titolari del rapporto convenzionale con i medici di medicina generale» e che «Il fondo specifici programmi deve essere interamente ripartito con Accordo Attuativo Aziendale ed è previsto che le risorse di tale fondo confluiscono nel fondo dell'anno successivo, in aggiunta alla quota annuale ordinariamente disponibile solo nel caso in cui non vengano ripartite con AAA. 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 2024 e AAA 2025 (che dovrebbero essere ormai noti da tempo alle OO.SS.)	€ ??????????
Totale risorse 2026	€ 5.152.627,24

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 in relazione al loro peso.

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 I: "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.").

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

Indicatore di risultato: 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.

Calcolo della percentuale "altro": la percentuale viene calcolata sommando il numero di prescrizioni "altro" nelle tipologie di prestazioni indicate, dividendole per il totale delle stesse tipologie di cui alla tabella 1.

Nel calcolo delle prestazioni verranno escluse quelle indotte, che non dipendono dai MMG (prescrizione "suggerita"). A ciò si associa il **preventivo** intervento dell'Azienda al fine di coinvolgere gli specialisti al rispetto di questo obiettivo, a fornire indicazioni condivise sul ricorso agli accertamenti diagnostici e a favorire l'uso del ricettario SSR da parte degli specialisti operanti sia nelle strutture pubbliche che private convenzionate come previsto dal vigente AIR, art. 17, punto I in misura non inferiore al 90% delle prescrizioni delle prestazioni indicate nei referti specialistici, lettere di dimissione e verbali di Pronto Soccorso comprese le proposte di ricovero ordinario/programmato e diurno/giornaliero.

I MMG segnaleranno alla Direzione Sanitaria eventuali discrepanze rispetto a quanto sopra.

Valore: il compenso è riconosciuto secondo la seguente graduazione:

- 100% dell'obiettivo se "altro" < 40%;
- 90% dell'obiettivo se "altro" < 45%;
- 80% dell'obiettivo se "altro" < 50%.

Tabella 1. Prestazioni oggetto di monitoraggio

Commentato [SV1]: 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

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	CODICE	PRESTAZIONE
VISITE	88.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA
VISITE	89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA
VISITE	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA
VISITE	89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA
COLONSCOPIA	45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA
RM MUSCOLO SCHELETRICA	88.94.D	RM DEL GINOCCHIO

Periodo di riferimento:

- 1° anno: data della comunicazione degli obiettivi al 31 dicembre 2026,
- 2° e 3° anno: dal 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, punto I, lett. b) e f) AIR 2025); peso 40%

Indicatore di risultato: 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.

OPZIONE 1: RIFIUTI

Valutazione: 100% se copertura $\geq 70,00\%$; 90% se copertura $\geq 65,00\%$; 70% se copertura $\geq 60\%$; 0% se copertura inferiore (percentuali aumentate del 5%)

Indicatore di risultato: l'indicatore di risultato individuale viene calcolato sulla popolazione di riferimento esclusi i pazienti che rifiutano la vaccinazione; il rifiuto viene riportato dal medico sulla lista dei pazienti vaccinabili riportata dal dipartimento di prevenzione indicandone la data e la modalità di contatto, la lista viene conservata dal medico per 10 anni per permettere eventuali controlli.

Il numero dei rifiuti viene comunicato da ogni medico al Direttore di Distretto entro il 31 Gennaio dell'anno successivo.

OPZIONE 2: miglioramento su anno precedente

Indicatore di risultato: l'indicatore di risultato individuale viene modulato sulla base della copertura ottenuta dal singolo MMG nella precedente stagione vaccinale. Tale valore rappresenta il dato di partenza sul quale si applica il miglioramento richiesto per le diverse fasce di raggiungimento dell'obiettivo, come da tabella seguente:

Valutazione:

Copertura precedente stagione vaccinale	Miglioramento minimo della copertura vaccinale, per fascia di raggiungimento dell'obiettivo			
	Raggiungimento obiettivo 100%	Raggiungimento obiettivo 90%	Raggiungimento obiettivo 70%	Raggiungimento obiettivo 0%
< 45%	+5 punti percentuali	+3 punti	+2 punti	Inferiore
≥45% e <55%	+3 punti percentuali	+ 2 punti	+1 punti	Inferiore
≥55% e <65%	+2 punti percentuali	+1 punti	Margine di tolleranza fino -3 punti percentuali	Decremento superiore ai 3 punti percentuali
≥65% e <75%	+1 punti percentuali	Margine di tolleranza fino -3 punti percentuali	Margine di tolleranza fino -5 punti percentuali	Decremento superiore ai 5 punti percentuali
≥75%	Mantenimento della copertura della stagione precedente. Margine di tolleranza pari a -5 punti percentuali	Margine di tolleranza fino -5 punti percentuali	Margine di tolleranza fino a -8 punti percentuali	Decremento superiore ai 8 punti percentuali

Esempi di valutazione del raggiungimento dell'obiettivo per la stagione vaccinale 2026-2027, sulla base del confronto con la copertura ottenuta nel corso della precedente stagione vaccinale:

- medico con copertura stagione vaccinale 2025-2026 pari al 40%: per ottenere una valutazione pari al 100% viene richiesta, per la stagione 2026-2027, il raggiungimento di una copertura maggiore o uguale al 45%.
- medico con copertura stagione vaccinale 2025-2026 pari al 50%: per ottenere una valutazione pari al 100% viene richiesta, per la stagione 2026-2027, il raggiungimento di una copertura maggiore o uguale al 53%.
- medico con copertura stagione vaccinale 2025-2026 pari al 60%: per ottenere una valutazione pari al 100% viene richiesta, per la stagione 2026-2027, il raggiungimento di una copertura maggiore o uguale al 62%.
- medico con copertura stagione vaccinale 2025-2026 pari al 72%: per ottenere una valutazione pari al 100% viene richiesta, per la stagione 2026-2027, il raggiungimento di una copertura maggiore o uguale al 73%.
- medico con copertura stagione vaccinale 2025-2026 pari al 78%: ottiene una valutazione pari al 100% conservando una copertura maggiore o uguale al 75%, ottiene una valutazione pari al 90% se la copertura è inferiore 75% ma maggiore o uguale al 73%, ottiene una valutazione pari al 70% se la copertura è inferiore al 73% ma maggiore o uguale al 70%, ottiene una valutazione pari a 0% se la copertura è inferiore al 70%.

Casi particolari: per i medici di assistenza primaria incaricati nel corso dell'anno di riferimento, per i quali, pertanto, non è disponibile un dato relativo alla copertura vaccinale nella stagione precedente, verrà utilizzato come riferimento, la copertura vaccinale media relativa della AFT di afferenza, nella precedente stagione. A tale valore si applicherà il calcolo degli scostamenti come descritto nella precedente tabella.

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: dal 1° ottobre al 31 gennaio dell'anno successivo.

Periodo e durata minima di attività del medico nell'anno oggetto di valutazione: l'obiettivo sarà calcolato per i MMG con attività di almeno 30 giorni all'interno del periodo compreso tra il 15 ottobre e il 30 novembre dell'anno di inizio della stagione vaccinale.

L'obiettivo sarà 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, punto I, lett. b) AIR 2025); peso 20%

Indicatori di risultato: 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 somministrate in maniera attiva e gratuita:

- a. la vaccinazione anti-Herpes Zoster (peso 50% dell'obiettivo), con ciclo completo di 2 dosi 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
 - qualsiasi assistito con fattori di rischio come da allegato tecnico
- b. 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
 - fino all'anno 1963 per le vaccinazioni dell'anno 2028
 - qualsiasi assistito con fattori di rischio come da allegato tecnico

~~ai fini della vaccinazione di almeno 5 assistiti con ciclo completo per Herpes Zoster (utilizzo dell'intero confezionamento, in considerazione del costo del preparato) e di almeno 20 assistiti per pneumococco.~~

Le vaccinazioni sono destagionalizzate 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.

Valutazione: 100% del punteggio se vaccinati almeno 5 assistiti nelle categorie di cui sopra con ciclo completo per Herpes Zoster, limitatamente al primo anno (periodo ridotto) numero ridotto a 2, e copertura maggiore o uguale al 60% per la vaccinazione pneumococco; 80% se vaccinati almeno 2 assistiti per Herpes Zoster, ridotto a 1 per il primo anno e copertura maggiore o uguale al 55% per pneumococco; 50% del punteggio se vaccinati almeno 55% assistiti di riferimento per pneumococco; 0% altrimenti.

L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di fornitura insufficiente rispetto al fabbisogno.

Periodo di riferimento: 1°-3° anno: dall'1 gennaio al 31 dicembre, con estensione al 28 febbraio 2027 per la somministrazione della seconda dose della vaccinazione per Herpes Zoster per il primo anno.

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

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 ≥80%. Sono valutati unicamente i pazienti nuovi utilizzatori con periodo di osservazione di almeno 180 giorni in carico allo stesso medico.

Di seguito la proposta dd. 25.09.2026 ricevuta in pari data con le nostre ulteriori osservazioni:

Commentato [SV2]: va prevista la possibilità che un assistito/o che esegue la prima dose, non si presenti più per la seconda per svariati motivi mentre è palese che chi decide di vaccinarsi accetterà entrambe le dosi quindi **la VALUTAZIONE VA FATTA SULLA PRIMA DOSE**

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 ≥80%. Sono valutati unicamente i pazienti nuovi utilizzatori con periodo di osservazione di almeno 180 giorni in carico allo stesso medico.

Valutazione:

- 100% del punteggio se almeno il 70% degli assistiti presenta un valore di MPR ≥ 80%
- 80% del punteggio se almeno il 65% degli assistiti presenta un valore di MPR ≥80%
- 50% del punteggio se almeno il 60% degli assistiti presenta un valore di MPR ≥80%
- 0% del punteggio se inferiore

il compenso è riconosciuto nella misura del 100% in caso di raggiungimento dell'obiettivo ossia indicatore ≥70%

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

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.

si concorda sull'osservazione, ma prevedere che chi MMG RUAP a ciclo di scelta si sia inserito da MENO di 180 gg. sia escluso dal partecipare all'Obiettivo incentivato, rappresenta una inaccettabile discriminazione "economica" perché tali Medici, anche se pochi, non potranno beneficiare delle risorse economiche derivanti dal raggiungimento dell'obiettivo.

La soluzione potrebbe essere la valutazione dei 180 giorni a partire dal momento dell'apertura dello studio per chi ancora non lo avesse aperto al momento della vigenza dell'Accordo e cioè della sua adozione con Decreto del DG.

Quindi, per il 2026 anche un solo mese va bene purché coi primi 5 mesi del 2027 si raggiunga l'obiettivo ...

Però c'è anche un'altra questione: i 180 gg. per chi è in servizio da prima del 2026 o dai primissimi mesi del 2026, come si calcolano i 180 gg.? Continuativi dal 1/1 al 30/6 o dal 1/7 al 31/12 o dal 1/3 al 31/8, ecc. oppure si considerano i 180 gg. "migliori" nell'anno di competenza?

Commentato [LU1]: Secondo quanto riferito dal Direttore del Dipartimento del farmaco, nonostante l'inclusione dei pazienti prevalenti (già in monoterapia con statina e da intensificare con ezetimibe) possa apparire attraente per ampliare rapidamente la popolazione target, il focus deve rimanere esclusivamente sui pazienti naïve. Mantenere l'eleggibilità riservata ai soli pazienti naïve tutela lo studio da fattori confondenti che inficerebbero la misurazione dell'aderenza terapeutica. In particolare, l'inclusione dei pazienti prevalenti comporterebbe:

1. Rischio di confondimento sull'aderenza (Bias di Selezione e Sopravvivenza): Nei pazienti prevalenti, la storia pregressa di assunzione della statina introduce fattori non controllabili. L'eventuale modificazione dello schema terapeutico (switch o aggiunta di ezetimibe) genera spesso confusione nel paziente o resistenza al cambiamento, alterando l'aderenza sia alla statina sia alla nuova associazione.
2. Disomogeneità del campione: Mescolare pazienti che iniziano da zero una terapia con pazienti che subiscono un'escalation terapeutica crea due sottopopolazioni con profili di rischio, comportamento e background clinico completamente diversi, rendendo complessa o poco attendibile l'analisi statistica complessiva.

Commentato [LU2]: Secondo quanto riferito dal Direttore del Dipartimento del farmaco, la riduzione del periodo di osservazione da 180 a 90 giorni comporterebbe un significativo incremento della variabilità, con possibili ricadute penalizzanti per un numero consistente di MMG. In ogni caso, si rileva che i dati previsionali 2026, in linea con i criteri metodologici (documento allegato), evidenziano che la quasi totalità del numero di medici a ruolo unico di scelta (oltre il 95%) risulta attualmente a target. Inoltre si è accolta la proposta di graduazione della valutazione, come riportata nel testo in carattere blu.

2. Impiego dei residui AAA anno 2024 e 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 2024 e 2025 derivanti dalla quota prevista dall'ACN (€ 4,74/assistito/anno + € 1,90/assistito/anno).

Commentato [SV3]: vanno ricompresi anche i Residui AAA 2024

3. Medici ad attività oraria

1. La **quota oraria** di € 13,62 di cui all'articolo 47, comma 3, lettera C) dell'ACN 2022-2024 viene corrisposta ai medici del ruolo unico di assistenza primaria 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 della comunità di cui all'articolo 1, comma 6, dell'ACN. a partire dal primo giorno di svolgimento dell'attività e per tutte le ore di impegno, con recupero del pregresso da liquidare entro e non oltre il 31 dicembre 2026.
2. La quota oraria integrativa ex art. 25 AIR qualora non corrisposta fin dalla vigenza dell'Accordo Aziendale reso esecutivo con DDG. 714/2025, va liquidata comprensiva di arretrati entro e non oltre il 31 dicembre 2026.
3. Ai medici ad attività oraria che, a seguito di chiamata, accedono alle Case circondariali di Tolmezzo e a Udine e alle strutture erogatrici di cure intermedie viene riconosciuto per ogni **caso trattato** in Struttura il compenso previsto per le visite occasionali domiciliari dall'ACN, elevato a € 50,00 dall'AIR 2025, come stabilito dal medesimo art. 25.

L'Azienda si impegna inoltre ad attivare l'Istituto della Reperibilità in aderenza a quanto previsto dall'art. 14 del vigente AIR ai sensi dei commi 6 e 7 dell'art. 44 dell'ACN.

4. Partecipazione agli obiettivi, valutazione e remunerazione

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 ~~2027~~ **successivo rispetto all'annualità da valutare/considerata. 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 **in Comitato aziendale** 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 [SV4]: 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 al LIQUIDAZIONE DOVEVA ESSERE COMPLETATA ENTRO AGOSTO 2026 cioè il "mese successivo" come previsto dall'AIR