



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

Oggetto: Approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i MMG, ai sensi dell'ACN del 04.04.2024.

Codice Proposta: 69805

N°. 58 DEL 21/03/2025

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

I Dirigenti responsabili, previo controllo degli atti richiamati, attesta la regolarità amministrativa nonché la legittimità del decreto e la sua conformità alle disposizioni di legge e di regolamento comunitarie, nazionali e regionali

Sottoscritto dal settore 1 - personale e professioni del servizio sanitario regionale e sistema universitario – formazione ecm – medicina convenzionata – continuità assistenziale

Dott. SESTITO ANGELO VITTORIO
(con firma digitale)

Sottoscritto dal Direttore di Dipartimento

Dott. CALABRÒ TOMMASO
(con firma digitale)

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato sub-commissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021.

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 settembre 2023, con la quale l'ing. Iole Fantozzi è stata nominata ulteriore sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, suddividendo i compiti con quelli attribuiti al Sub – commissario dott. Ernesto Esposito già in precedenza nominato;

VISTI

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante *“istituzione del servizio sanitario nazionale”*;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante *“riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;
- il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante *“norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”*;

VISTO l' *“Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – triennio 2019-2021”*, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 04 aprile 2024 (rep. n. 51/CSR del 4 aprile 2024);

CONSIDERATO che, nel summenzionato Accordo sono disciplinati, tra le altre cose, il contesto istituzionale e organizzativo, il rapporto convenzionale dei Medici di Medicina Generale e le attività della Medicina Generale, la Medicina dei Servizi Territoriali e le attività dell'Emergenza Sanitaria Territoriale nonché gli aspetti economici generali connessi circa i rapporti con i Medici di Medicina Generale;

CONSIDERATO, altresì, che il richiamato Accordo Collettivo Nazionale, all'art. 3, co. 2, individua tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) e che, questi, devono risultare *“coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione”*;

PRESO ATTO che al comma 4 del medesimo articolo è stabilito che *“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.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad *acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario della Regione Calabria del 1° marzo 2018, n. 65, avente ad oggetto *“revoca DCA 144/2017. Approvazione nuovo Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) ponte anno 2017 per la Medicina Generale – approvazione”*;

PRESO ATTO che, in data 31.07.2024 è stato siglato dai rappresentanti istituzionali e dai Segretari Regionali delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative la bozza di Accordo Integrativo Regionale la disciplina dei

rapporti con i Medici di Medicina Generale, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/2024 e che il medesimo documento è stato inviato ai Ministeri affiancanti in data 01/08/2024 (nota prot. n. 506785 di pari data) al fine del rilascio del preventivo parere ai sensi dell'art. 3, comma 1, dell'Accordo del 17 dicembre 2009 recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

PRESO ATTO del parere prot. CALABRIA-DGPROGS-23/12/2024-0000602-P con il quale il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze hanno dato atto che la bozza di AIR trasmessa risulta allineata rispetto ai precedenti rilievi e al contenuto del nuovo ACN per la Medicina Generale approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 04 aprile 2024 (rep. n. 51/CSR del 4 aprile 2024), con contestuale richiesta di procedere alla integrazione/modifica di alcune parti della summenzionata bozza di Accordo Integrativo Regionale;

VISTA la nota prot. n. 51107 del 24.01.2025, con la quale la Struttura Commissariale ha inviato la bozza aggiornata di Accordo Integrativo Regionale in ottemperanza a quanto evidenziato dal reso parere ministeriale; -

PRESO ATTO, che in data 29.01.2025 i rappresentanti istituzionali ed i Segretari Regionali delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative hanno siglato la bozza aggiornata di Accordo Integrativo Regionale che disciplina rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/2024;

CONSIDERATO che l'approvando Accordo Integrativo Regionale si pone, per una parte, quale obiettivo preminente, quello di contribuire alla riorganizzazione dell'assistenza primaria territoriale, con la strutturazione di un nuovo modello di assistenza sanitaria di prossimità (AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali) e, per altra parte, quello di confermare, per ciò che attiene la parte economica, gli emolumenti e le indennità per come previste dal sopra richiamato DCA n. 65/2018;

CONSIDERATO, inoltre, che il medesimo documento prevede quali propri Obiettivi prioritari: 1) il Controllo patologie acute di 1 livello (codici bianchi), riduzione accessi impropri al Pronto Soccorso, (art 4, lett. c, ACN 04/04/24); 2) la Prevenzione (cardiovascolare, oncologica e vaccinazioni) modelli organizzativi per garantire l'erogazione delle vaccinazioni previste dal P.N.P.V (art. 4 lett. b, ACN 04/04/24); 3) il Controllo/Presa in carico dei pazienti fragili e dei pazienti con patologie croniche di rilievo sociale (ipertensione, diabete, BPCO) con implementazione dell'ADP. (art. 4, lett. a, ACN 04/04/2024); 4) l'Assistenza h24; 5) la Domiciliarità delle cure; 6) la Gestione Flussi informativi e Fascicolo Sanitario Elettronico; 7) l'Implementazione della Telemedicina;

RITENUTO, per quanto sopra, necessario procedere all'approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/2024, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale del medesimo, nel testo siglato dalle parti nel corso dell'incontro del 29.01.2025;

RITENUTO inoltre, di dover demandare al Dipartimento Salute e Welfare, anche al fine di assicurare la necessaria applicazione del contenuto dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/2024, le conseguenti attività di esecuzione e di monitoraggio nonché di adottare ogni ulteriore indicazione operativa e di indirizzo di carattere organizzativo ed economico-finanziario;

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7.

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad *acta*, dott. Roberto Occhiuto,

D E C R E T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI APPROVARE l'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale 04/04/2024, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale del medesimo;

DI DARE MANDATO, al Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Welfare, anche al fine di assicurare la necessaria applicazione del contenuto dell' "Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/2024", le conseguenti attività di esecuzione e di monitoraggio nonché adottare ogni ulteriore indicazione operativa e di indirizzo di carattere organizzativo ed economico-finanziario;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Welfare per la notificazione del presente atto alle Organizzazioni Sindacali dei MMG sottoscrittori il predetto Accordo Integrativo Regionale nonché alle Aziende Sanitarie Provinciali del SSR della Calabria, per quanto di competenza;

DI DARE MANDATO, altresì, al Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Welfare per la trasmissione dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, ai sensi dell'art. 3, comma 7 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente, alla SISAC – Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati

ed ai rispettivi Comitati regionali;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Welfare per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

AVVERSO il presente provvedimento è possibile presentare ricorso nelle sedi giudiziarie competenti entro il termine previsto dalla legislazione vigente e decorrente dalla data di pubblicazione sul BURC.

**Il Sub Commissario
FANTOZZI IOLE**

(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e
s.m.i.)

**Il Sub Commissario
ESPOSITO ERNESTO**

(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

**Il Commissario
ROBERTO OCCHIUTO**

(con firma digitale)
(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE
SETTORE 1 - PERSONALE E PROFESSIONI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E
SISTEMA UNIVERSITARIO – FORMAZIONE ECM – MEDICINA CONVENZIONATA –
CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il responsabile del procedimento.)

CATERINA TAVANO

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i)

Il Dirigente del settore 1 - personale e professioni
del servizio sanitario regionale e sistema
universitario – formazione ecm – medicina
convenzionata – continuita' assistenziale

SESTITO ANGELO VITTORIO

(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

Il Dirigente Generale

CALABRÒ TOMMASO

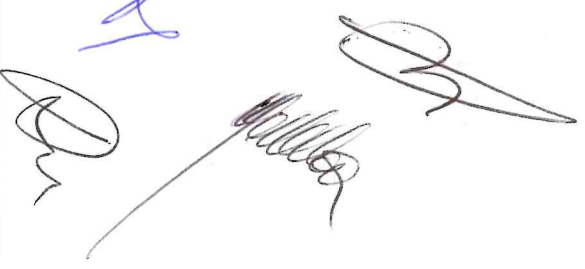
(con firma digitale)

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e
s.m.i.)

REGIONE CALABRIA

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale
ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale 04/04/2024



INDICE

PREMESSA

CONTESTO DI RIFERIMENTO

INFORMAZIONI PRELIMINARI

PARTE I

CAPITOLO 1 - Modelli organizzativi del medico del ruolo unico di assistenza primaria.....pag. 4
CAPO I - Le Aggregazioni Funzionali Territoriali.....pag. 5
CAPO II - Le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).....pag. 9
CAPO III - Attività della Medicina Generale.....pag. 10

CAPITOLO 2 - Obiettivi di salute.....pag. 12
Obiettivo 1 - Controllo patologie acute di 1 livello (codici bianchi), (riduzione accessi impropri al Pronto Soccorso, (art 4, lett. c, ACN 04/04/24)pag. 12
Obiettivo 2 - Prevenzione (cardiovascolare, oncologica e vaccinazioni) modelli organizzativi per garantire l'erogazione delle vaccinazioni previste dal P.N.P.V (art. 4 lett. b, ACN 04/04/24)pag. 13
Obiettivo 3 - Controllo/Presa in carico dei pazienti fragili e dei pazienti con patologie croniche di rilievo sociale (ipertensione, diabete, BPCO) con implementazione dell'ADP. (art. 4, lett. a, ACN 04/04/2024)pag. 16
Obiettivo 4 - Assistenza h24.....pag. 17
Obiettivo 5 - Domiciliarità delle cure.....pag. 18
Obiettivo 6 - Gestione Flussi informativi e Fascicolo Sanitario Elettronicopag. 19
Obiettivo 7 - Implementazione della Telemedicina.....pag. 20

PARTE II

ULTERIORI ATTIVITA' DELLA MEDICINA GENERALE

MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI (MDST).....pag. 20
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.....pag. 21
ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI.....pag. 22

CAPITOLO 3 - Aspetti normativi.....pag. 22
CAPITOLO 4 - Trattamento economico e finanziamenti.....pag. 23
NORME FINALI.....pag. 27
ALLEGATO A.....pag. 29







PREMESSA

La recente pandemia da COVID-19 ha evidenziato tutte le fragilità latenti del sistema sanitario regionale, mettendo in luce alcune inadeguatezze strutturali e organizzative come: disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;

Le criticità emerse impongono, pertanto, una riqualificazione del sistema sanitario affinché attraverso il rafforzamento dell'assistenza primaria migliori l'accessibilità, la qualità delle cure e l'efficienza, anche alla luce della rimodulazione della Rete Territoriale e dell'implementazione dei nuovi modelli di prossimità (Case di Comunità) previsti dal DM 77/2022 che garantiranno il rafforzamento, in termini di qualità e sostenibilità, dell'assistenza territoriale finalizzata alla riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorsi e all'abbattimento delle liste d'attesa.

L'AIR e la riorganizzazione della rete territoriale pongono come obiettivi qualificanti: la capillarità degli studi medici, il controllo delle acuzie di primo livello (codici bianchi), la prevenzione cardiovascolare, oncologica, e vaccinale, il controllo e la terapia delle patologie croniche di rilievo sociale, la domiciliarità delle cure, l'implementazione del fascicolo sanitario, la telemedicina come opportunità di valutazione a distanza. Il tutto, in un sistema organizzato in grado di offrire una copertura per 24 ore al giorno e per 7 giorni la settimana.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

La Calabria ha una popolazione di 1.838.150 abitanti, 404 Comuni, un solo comune (Reggio Calabria con più di 100.000 abitanti (160.000) e solo 8 centri, tra cui la città dello Stretto, con più di 30.000 abitanti nonché 323 Comuni con una popolazione inferiore ai 5.000 abitanti e 97 Comuni aventi meno di 1.000 e una densità media abitativa di 120.83 abitanti/kmq.

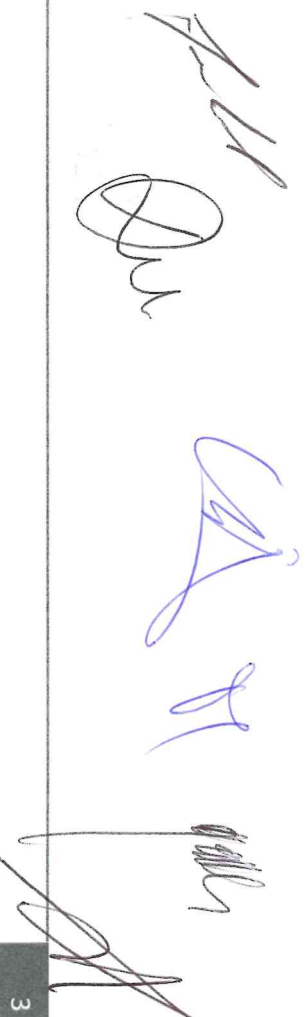
Gran parte della popolazione, in prevalenza anziani, quindi con maggiori necessità di cure vive in piccoli centri, in qualche caso distanti dalle città e con serie difficoltà nelle comunicazioni.

In questo contesto, un singolo modello organizzativo rischia di non raggiungere l'obiettivo di una uniforme assistenza socio sanitaria territoriale.

Le 61 Case di Comunità, i 20 Ospedali di Comunità e le 11 Centrali Operative Territoriali (COT) previsti dal PNRR saranno integrati dalle AFT al fine di garantire la medicina di prossimità su tutto il territorio regionale.

A tal fine, bisogna realizzare un sistema di assistenza primaria flessibile che si adatti bene alle differenze orografiche e distribuzione della popolazione nella regione, e che possa garantire sia nelle grandi città che nei piccoli comuni, l'assistenza sanitaria di base.

Il DCA 65/2018, e il successivo DCA 197/2023, hanno posto le basi per una riorganizzazione territoriale, individuando Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) a sede unica, a gestione autonoma o pubblica e, nei piccoli comuni, AFT in rete unitamente alla possibilità di aumentare le ore di apertura degli ambulatori singoli o in gruppo. A tali forme si aggiungono le UCCP che, grazie ad un approccio multiprofessionale, garantiscono una risposta assistenziale integrata ai crescenti bisogni complessi derivanti dall'aumentata prevalenza delle cronicità e dalle mutate aspettative dei pazienti e delle loro famiglie rappresentando la sede di erogazione della complessità della risposta assistenziale territoriale.



INFORMAZIONI PRELIMINARI

Nella Regione Calabria, al momento, sono attive:

1. in provincia di Cosenza: 21 AFT con sede unica, di cui 19 a gestione autonoma e 2 a gestione pubblica;
2. in provincia di Catanzaro: 7 ex UCCP sperimentali autonome e 1 pubblica, tutte attualmente trasformate in AFT ad alta complessità;
3. in provincia di Crotone: 9 AFT in sede unica;
4. in provincia di Vibo Valentia: 5 AFT a sede unica e gestione autonoma, 1 Medicina in Rete;
5. in provincia di Reggio Calabria: 6 AFT a gestione autonoma, 2 AFT a sede pubblica e 3 AFT in rete.

Il presente Accordo Integrativo Regionale della Calabria si compone di 5 capitoli:

Capitolo 1: Modelli organizzativi del Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria

Capitolo 2: Obiettivi di salute

Capitolo 3: Aspetti normativi

Capitolo 4: Trattamento economico e Finanziamenti

Obiettivi prioritari dell'AIR Calabria sono:

- *Obiettivo 1: Controllo patologie acute di 1 livello (codici bianchi), (riduzione accessi impropri al Pronto Soccorso, (art 4, lett. c, ACN 04/04/24);*
- *Obiettivo 2: Prevenzione (cardiovascolare, oncologica e vaccinazioni) modelli organizzativi per garantire l'erogazione delle vaccinazioni previste dal P.N.P.V (art. 4 lett. b, ACN 04/04/24);*
- *Obiettivo 3: Controllo/Presa in carico dei pazienti fragili e dei pazienti con patologie croniche di rilievo sociale (ipertensione, diabete, BPCO) con implementazione dell'ADP. (art. 4, lett. a, ACN 04/04/2024);*
- *Obiettivo 4: Assistenza h24;*
- *Obiettivo 5: Domiciliarità delle cure;*
- *Obiettivo 6: Gestione Flussi informativi e Fascicolo Sanitario Elettronico;*
- *Obiettivo 7: Implementazione della Telemedicina.*

PARTE I

CAPITOLO 1 - MODELLI ORGANIZZATIVI DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

Focus

Obiettivo dell'AIR Calabria, è contribuire alla riorganizzazione dell'assistenza primaria territoriale.

In questo contesto, le Aziende Sanitarie, dovranno avere l'obiettivo di promuovere, ove possibile, la costituzione di AFT strutturali con sede unica.

Ai sensi del DM 77/2022, le AFT pubbliche dovranno confluire nelle Case di Comunità non appena queste saranno attivate.

Le AFT autonome e/o in rete dovranno comunque garantire un collegamento funzionale e la presenza obbligatoria del personale medico nell'ambito della Casa di Comunità, secondo le modalità previste dagli articoli 44 (attività assistenziale a prestazione oraria del Medico del ruolo unico di assistenza primaria) e 47 (trattamento economico del Medico del ruolo unico di assistenza primaria) del vigente ACN.

In assenza di AFT a sede unica e nelle more della loro costituzione, saranno identificate AFT funzionali (in rete) nei tempi previsti dall'ACN vigente.

Visto il DCA n. 197/2023 (Rete Territoriale), quale Atto di Programmazione, previsto dall'art. 8, comma 2, dell'ACN vigente, la Regione ha previsto l'istituzione delle AFT e delle UCCP, in continuità ai DCA 65/18 e 161/2018, precisando che si andrà ad aggiungere un nuovo modello di AFT, le cosiddette AFT ad Alta complessità, i cui requisiti, intermedi tra le forme di AFT e UCCP, vengono individuati nell'apposita sezione di seguito indicata.

In esse ricadranno, su richiesta dei Coordinatori e previa approvazione del Comitato Aziendale, le UCCP sperimentali attivate nella provincia di Catanzaro prima dell'emanazione del DCA 65/18.

L'istituzione delle AFT ad Alta complessità risponde alle previsioni dell'art. 8, comma 2, lett. b, laddove l'ACN prevede, nella definizione delle forme associative, una gradualità della complessità organizzativa che tenga conto delle caratteristiche territoriali e demografiche e salvaguardi il principio dell'equità di accesso alle cure.

Le AFT ad alta complessità avranno caratteristiche organizzative e funzionali, tali da consentire un approccio integrato e multidisciplinare/multiprofessionale come previsto dal citato art. 8, comma. 2, lett. b. ACN 04/04/2024.

Nello specifico, si rimanda a quanto descritto successivamente nelle caratteristiche delle AFT ad alta complessità.

Tutte le forme associative, allo stato attive sul territorio regionale, dovranno obbligatoriamente confluire in una delle forme previste dal presente accordo, nel rispetto dell'autonomia organizzativa, secondo modelli congrui con la realtà demografica e orografica delle aree assistenziali.

CAPO I – LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

ART. 1 - Definizione e caratteristiche delle Aggregazioni Funzionali Territoriali

Ai sensi dell'art. 29, co. 10 dell'ACN vigente, considerate le caratteristiche della Regione Calabria descritte precedentemente, sono previsti modelli organizzativi flessibili. L'erogazione dell'assistenza primaria sarà pertanto definita attraverso i seguenti modelli organizzativi:

1. *AFT a sede unica* (gestione autonomia o pubblica) per i comuni o gruppi di comuni con facilità nelle comunicazioni e ad alta densità abitativa.
2. *AFT in rete*, previste in tutti i casi in cui, per motivi organizzativi, non è possibile individuare una sede unica. I medici delle AFT in rete, dovranno integrare gli orari dei propri studi in modo da coprire le 12 ore.
3. *AFT ad alta complessità*: Le attuali UCCP esistenti nell'Asp di Catanzaro, realizzate prima del DCA 65/2018, transitano nella nuova forma organizzativa di AFT ad alta complessità facendo salva l'esperienza maturata e i modelli organizzativi e di personale, che ha dato risultati ottimali nel controllo delle patologie croniche a maggior impatto sociale, riducendone le complicità ed i ricoveri, nel ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso (codici bianchi), nonché durante

l'emergenza pandemica, contribuendo in maniera determinante nel garantire importanti coperture vaccinali nella popolazione.

Le AFT a sede unica e le AFT ad alta complessità, dal momento in cui saranno operative ed entreranno in funzione le Case di Comunità, confluiranno funzionalmente in esse.

ART. 2 - Comuni disagiati: criteri di identificazione ed erogazione dei servizi socio-sanitari del MMG

Nei Comuni disagiati, scarsamente popolati e/o distanti dai grossi centri e con difficoltà di comunicazione, è previsto uno Studio medico singolo o in forma aggregata, collegato funzionalmente con le AFT di riferimento.

In sede di prima applicazione del presente Accordo integrativo, sono individuati, per l'identificazione del "Comune disagiato", i seguenti criteri, che devono essere tutti soddisfatti:

- a) una popolazione residente nel comune o nel gruppo di comuni limitrofi, inferiore ai 3000 abitanti, quindi non sufficiente ad attivare una sede di AFT;
- b) la distanza di almeno 30 minuti di percorrenza dalla residenza del paziente verso altri comuni vicini e, quindi, con oggettiva difficoltà di realizzazione di AFT strutturali.

La Regione identificherà i comuni con difficoltà di erogazione dei servizi sanitari sulla base dei criteri sopra individuati, sentiti i Comitati Aziendali e Regionale, che esprimono parere non vincolante.

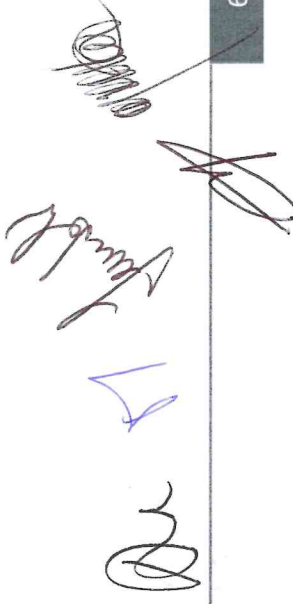
ART. 3 - Caratteristiche generali delle Aggregazioni Funzionali Territoriali

Le caratteristiche delle AFT sono normate dall'art. 29 ACN 04/04/2024 e si prevede quanto segue:

1. Le **AFT a sede unica** garantiranno la presenza, al minimo, di un medico per almeno 12 ore, dalle ore 8:00 alle 20:00, dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi e i prefestivi, per i quali le Aziende Sanitarie organizzeranno il servizio di assistenza H/24, per come descritto di seguito. Tra i requisiti organizzativi è prevista la presenza dell'assistente di studio medico con orari proporzionali.
Le AFT a sede unica potranno essere sede di continuità assistenziale e, inoltre, devono ospitare i Centri Unici di Prenotazione, senza ulteriori oneri a carico dell'AFT stesse.
2. Le **AFT in rete**, dovranno integrare gli orari dei propri studi in modo da coprire le 12 ore giornaliere, dalle ore 8:00 alle 20:00, dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi e i prefestivi.
3. Le **AFT ad alta complessità**: oltre all'adeguata presenza degli assistenti di studio, è prevista la presenza di personale infermieristico, nella modalità di cui al DCA 197/2023; dovrà essere, inoltre, sede di continuità assistenziale, (h/24) e dovrà ospitare i Centri Unici di Prenotazione. Ulteriori aspetti organizzativi, legati anche alla continuità assistenziale, saranno regolati a livello di contrattazione aziendale sulla base di una progettualità aziendale volta all'efficientamento del servizio.

Le AFT saranno collegate con le UCCP, ove presenti.

Per ulteriori requisiti e finalità si rinvia all'art. 29 dell'ACN di riferimento (04/04/2024) nonché al DCA n. 197/202



Art. 4 - Regolamento per il funzionamento interno delle AFT

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito da accordo aziendale, che dovrà essere approvato entro 60 giorni dalla sottoscrizione del presente AIR.

Nell'ambito dell'obiettivo di riduzione delle liste d'attesa, secondo la normativa vigente, le AFT, potranno diventare il punto di riferimento per l'assistenza primaria della comunità. Pertanto, i medici componenti delle AFT potranno erogare anche altri servizi di diagnostica strumentale, a mezzo di accordi aziendali o distrettuali.

ART. 5 - Il referente di AFT

Il Referente di AFT è individuato secondo le modalità previste dall'art. 30 dell'ACN 04/04/2024.

Il referente di AFT è eletto dai medici aderenti alla medesima AFT e, dell'elezione, ne viene data comunicazione al Direttore Generale dell'ASP di riferimento. In caso di decadenza, pensionamento e/o dimissioni i medici dell'AFT dovranno nominare un nuovo coordinatore entro i 30 giorni successivi.

Il Referente di AFT resta in carica per un periodo di 3 anni e tale incarico è rinnovabile per un ulteriore triennio e sarà remunerato secondo quanto previsto dal DCA n. 65/2018.

Il Referente di AFT:

- si occupa, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento e assicura il corretto svolgimento delle attività connesse.
- coordina altresì l'attività dei medici componenti della AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana;
- predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda.

Ulteriori funzioni e compiti del Referente di AFT potranno essere previste dal Regolamento di funzionamento, di cui all'articolo precedente.

Al Regolamento di funzionamento di cui all'art. 4 è demandata l'attuazione di quanto previsto dal presente articolo.

ART. 6 - Standard strumentali e logistici delle AFT

Al fine di raggiungere gli obiettivi previsti dal presente AIR, le Aggregazioni Funzionali Territoriali a gestione autonoma o pubblica dovranno avere:

A) Standard strumentali delle AFT:

- Collegamento in rete per condivisione cartelle cliniche dei pazienti e con UCCP di riferimento (HUB);
- Otoscopio;
- ECG;
- Eventuale Holter pressorio;
- Saturimetro;
- Sistema di sterilizzazione;
- Spirometro;
- Disponibilità di materiale per le piccole medicazioni.

B) Standard logistici minimi per le AFT: (oltre a quanto previsto per lo studio della medicina generale (ACN))

- Almeno 2 ambulatori per i medici di medicina generale;

- Front office (*assistenti di studio medico*);
- Locale dedicato ad infermeria e vaccinazioni;
- Sala/e d'attesa.

C) Personale di studio:

Per le AFT a gestione autonoma, la dotazione minima è costituita da un assistente di studio medico e, compatibilmente con le risorse disponibili, da un infermiere, con orari proporzionali al numero di pazienti gestiti, compatibilmente con le risorse erogate.

ART. 7 - AFT ad alta complessità (AFT – AC)

Al fine di raggiungere gli obiettivi previsti dal presente AIR, le Aggregazioni Funzionali Territoriali ad Alta complessità dovranno avere:

A) Standard logistici minimi per le AFT ad alta complessità: (oltre a quanto previsto per lo studio della medicina generale (ACN))

- Almeno 2 ambulatori per i medici di medicina generale;
- Un ambulatorio da dedicare alle attività connesse agli ambulatori di patologia;
- Uno studio medico per codici bianchi/continuità assistenziale;
- Front office (*assistenti di studio medico*);
- Locale dedicato ad infermeria e vaccinazioni;
- Servizi igienici;
- Sala/e d'attesa

B) Attività AFT ad Alta Complessità

- Copertura Assistenziale H 16/24 sarà effettuata con le modalità e i tempi di seguito riportati:
 - o *dalle ore 8.00 alle ore 20.00, dal lunedì al venerdì, i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che operano nella AFT – AC, garantiscono, nella sede unica, anche l'attività presso l'ambulatorio dedicato ai cosiddetti codici bianchi. Tale attività saranno supportate da personale infermieristico o sanitario;*
 - o *dalle ore 20:00 alle ore 8:00 (H24) e dalle ore 20:00 alle ore 24:00 (H16) la copertura assistenziale sarà garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario. Gli stessi garantiranno l'assistenza nei giorni prefestivi e festivi.*
- Obbligo di partecipazione alle attività di screening delle Aziende.
- Le Aziende Sanitarie, in accordo con le OOSS degli specialisti ambulatoriali/o dipendenti, disporranno la presenza nelle sedi delle AFT ad Alta Complessità di medici specialisti, per il controllo integrato e multiprofessionale delle patologie croniche di rilievo sociale.
- Previ accordi aziendali, per programmi specifici di controllo delle patologie croniche, le Aziende Sanitarie disporranno la presenza di specialisti ambulatoriali di riferimento, anche nelle AFT non ad alta complessità e ai fini dell'abbattimento delle liste d'attesa.

ART. 8 - Obiettivi dei medici nelle AFT

La partecipazione alla AFT a sede unica o in rete prevede lo svolgimento delle attività di vaccinazione, degli screening oncologici, della presa in carico delle patologie croniche secondo un primo livello (vedi tabella A), posto che il secondo livello d'intervento sarà concordato a livello aziendale.

Le parti concordano di promuovere campagne informative per gli utenti al fine di pubblicizzare la presenza e l'utilizzo delle AFT.

Con riferimento al raggiungimento dell'obiettivo della riduzione dei codici bianchi ospedalieri si specifica che, utilizzando come indicatore i dati di accesso dei codici bianchi nell'anno 2024 delle singole AFT, si dovrà avere una riduzione, rispetto al citato anno, nelle percentuali che seguono:

- per il 2025: - 4%;
- per il 2026: - 7%;
- per il 2027: - 10%.

Per il mancato raggiungimento degli obiettivi non verrà corrisposta l'indennità professionale prevista.

Art. 9 - Attività di verifica

La verifica degli obiettivi di cui ai punti successivamente elencati 2, 3, 4, sarà documentata dai programmi di gestione dell'attività medica delle AFT, e opportunamente relazionata dal coordinatore di AFT.

La verifica di cui al punto successivo, n. 1, avverrà invece sulla scorta dei dati estratti e forniti dalla Regione.

La verifica sarà effettuata nel gennaio dell'anno successivo a quello di valutazione e, comunque, a cadenza annuale.

Ai medici che non raggiungono gli obiettivi saranno detratte le somme relative agli obiettivi previsti nel presente A.I.R. nella misura di:

1. Riduzione codici bianchi ospedalieri rilevata per ogni struttura AFT: - 10%
2. Partecipazione e raggiungimento degli obiettivi minimi previsti per le vaccinazioni: - 10%
(Entro 60 gg dalla pubblicazione, saranno definite nella contrattazione aziendale indicatori di performance e di risultato)
3. Partecipazione e raggiungimento degli obiettivi minimi screening oncologici: - 30% *
(Entro 60 gg dalla pubblicazione, saranno definite nella contrattazione aziendale indicatori di performance e di risultato)
4. Patologie croniche vedi tabella A - 50% indicatori di processo e risultato nella tabella A.

** sarà oggetto di contrattazione aziendale il II° livello di intervento delle patologie croniche le modalità di esecuzione e la percentuale minima per validare positivamente il raggiungimento dell'obiettivo.*

Sino a quando non disponibile - piattaforma telematica o altro strumento informatico - i medici riporteranno ai distretti un report con il numero di accessi in codice bianco effettuati nella sede delle AFT.

CAPO II - LE UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE (UCCP)

Focus

Le Unità Complesse di Cure Primarie sono delle associazioni multi-professionali disciplinate dalla Legge n. 158 del 12.09.2012 per rispondere all'esigenza di erogare prestazioni di primo livello sul territorio. La contestuale presenza di medici a ruolo unico e di specialisti ambulatoriali permette una presa in carico dei pazienti con patologie di media gravità, anche complicate, consentendone la gestione a domicilio. Fatte salve eventuali aree disagiate, di norma, andrà attivata una UCCP ogni distretto sanitario.

Le UCCP operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità. In Tutti i casi la UCCP garantisce il carattere multiprofessionale attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario

Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

ART. 10 - Definizione e caratteristiche delle Unità Complesse di Cure Primarie

Le UCCP perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Operano, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.

Ogni AFT è collegata funzionalmente alla propria forma organizzativa multiprofessionale di riferimento, se presente sul territorio. I medici del ruolo unico di assistenza primaria si raccordano tramite le AFT alle attività della forma organizzativa multiprofessionale nel rispetto della programmazione regionale.

Ferma restando la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, è possibile che per particolari esigenze orografiche o organizzative, demografiche e/o geografiche, le Aziende possono prevedere la istituzione della AFT (come area autonomia della medicina generale) all'interno della sede della UCCP.

ART. 11 - Il Coordinatore della UCCP

Il Direttore Generale dell'ASP di riferimento, entro 30 gg dalla istituzione della UCCP, nominerà il Coordinatore della stessa, i cui compiti sono disciplinati dall'art. 10 dell'ACN del 04/04/2024.

Considerati i compiti assegnati dalla Direzione Generale dell'ASP al Coordinatore dell'UCCP, se è un Medico di Medicina Generale convenzionato, spetta una indennità aggiuntiva di € 6.000,00 onnicomprensiva annua, previa relazione annua sull'attività svolta.

Per quanto non espressamente previsto, si applicano le previsioni di cui all'ACN attualmente vigente, compatibilmente con i vincoli del Piano di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Calabria.

CAPO III – ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE

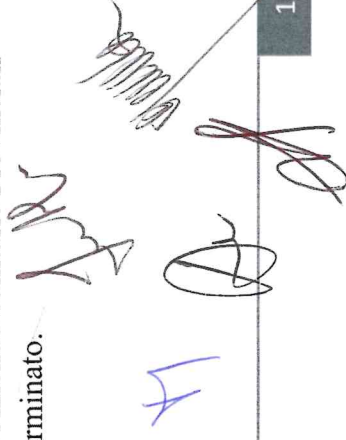
ART. 12 - Attribuzione degli incarichi

Per quanto attiene l'attribuzione degli incarichi vacanti, si fa riferimento al contenuto dell'art. 34 dell'ACN 04/04/2024.

Entro la fine di marzo di ogni anno la Regione, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 32 ACN di riferimento.

Successivamente, la Regione (Settore competente), all'esito della procedura istruttoria, pubblicherà le graduatorie provvisorie e l'elenco degli esclusi per l'assegnazione degli incarichi del ruolo unico di assistenza primaria.

Come sancito dall'art. 34 del vigente Accordo, al termine delle procedure di assegnazione espletate dal competente Settore del Dipartimento Salute e Welfare, le Aziende Sanitarie Provinciali provvederanno al conferimento definitivo dell'incarico a tempo indeterminato.



La medesima procedura verrà seguita per l'attribuzione degli incarichi al medico dell'emergenza sanitaria territoriale. (rif. Capo III - Emergenza Sanitaria Territoriale, art. 63 ACN 04/04/2024).

ART. 13 - Rapporto ottimale e carenza assistenziale

Per quanto concerne il rapporto ottimale si rimanda a quanto stabilito dagli artt. 32, 33, 34, 38 dell'ACN 04/04/2024.

Viene fatto salvo il monte salariale previsto al 31/12/2015.

Le Aziende Sanitarie del SSR, nelle attività propedeutiche per la individuazione delle zone di carenza assistenziale, indicheranno il comune carente e l'AFT ove si è determinata la carenza.

La AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale.

In caso di modifica dell'ambito territoriale da parte dell'Azienda Sanitaria, 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.

Nel calcolo del rapporto ottimale il medico che, per la variazione degli ambiti territoriali dovesse avere studi in due ambiti diversi, farà parte dell'AFT del comune dove ha avuto la nomina.

I medici del ruolo unico a ciclo di scelta ai quali viene attribuito l'incarico carente, entrano nella AFT di riferimento. Fino al 31 dicembre 2024, nel caso di più AFT presenti nello stesso ambito territoriale saranno assegnati alla AFT con minor rapporto medici/pazienti o alla AFT con maggiori carenze assistenziali.

Gli ambiti territoriali saranno definiti dai comitati aziendali entro 30 gg dalla firma dell'AIR. L'ambito territoriale di iscrizione del medico, ai fini dell'apertura degli studi medici, dovrà essere identificato con il comune o i comuni coincidenti con le AFT; per particolari situazioni o condizioni orografiche, i comitati aziendali potranno individuare ambiti territoriali con popolazione minore di 20.000 abitanti. Restano operative le AFT già costituite.

I medici di Assistenza Primaria al compimento del 70 anno di età, nel caso di carenze assistenziali, possono a richiesta, proseguire l'attività a ciclo orario o a scelta, sino alla nomina e piena operatività del nuovo medico, previo espletamento di tutte le procedure attualmente previste (scelta di altro MMG convenzionato non massimalista da parte dell'assistito, assegnazione di un incarico provvisorio a cura dell'Azienda Sanitaria provinciale convenzionante), nelle more dell'espletamento delle procedure di assegnazione della zona carente, ai sensi dell'ACN di riferimento; infine, proroga/mantenimento in servizio ai sensi della Legge n. 14/2023.

Il mantenimento in servizio dei medici oltre il limite dei 70 anni può essere prorogato fino al termine massimo, come dalle richiamate disposizioni (DL n. 198/2022, Legge di conversione n. 14/2023), al 31/12/2026.

ART. 14 - Apertura e requisiti degli studi medici

Fatti salvi i diritti acquisiti, il medico non può aprire ambulatori fuori dall'ambito territoriale in cui ha ricevuto l'incarico di MMG.

Lo studio professionale del medico iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di continuità dell'assistenza per la AFT, nell'ambito della fascia oraria 8:00-20:00 deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, esclusi festivi e prefestivi, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo e non inferiore a:

- 5 ore fino a 500 assistiti;
- 10 ore da 501 a 1.000 assistiti;
- 15 ore da 1.001 a 1.500 assistiti;

- 18 ore nei casi previsti dall'articolo 38, comma 2 dell'ACN.

Il Medico di Medicina Generale può effettuare l'attività oraria prevista dal comma 2 nel suo studio o nello studio professionale dell'AFT, a condizione che rispetti le fasce di apertura e gli orari minimi.

Il medico che aderisce all'AFT a sede unica o alla AFT in rete, al fine di migliorare l'assistenza ai cittadini e favorire la turnazione nelle sedi delle AFT o, in futuro, nelle Case di comunità, aumenterà le ore di apertura di ambulatorio e quindi anche di reperibilità telefonica rispetto a quanto previsto dall'ACN, di 5 ore settimanali, per un numero di pazienti in carico tra 1001 e 1500 pazienti, tre ore settimanali tra 501 e 1000 assistiti e due ore settimanali fino a 500 assistiti. Tale aumento sarà compensato con quanto definito nel trattamento economico del presente AIR, come retribuzione fissa di indennità di AFT.

Il Direttore del Distretto è responsabile della verifica degli orari. Le ripetute assenze senza preventiva comunicazione costituiscono elementi di deferimento alla commissione di disciplina, ripetute e comprovate inosservanze possono essere elemento per eventuale revoca della convenzione. Per tutto quanto non previsto nel presente accordo, si farà riferimento all'art. 35 dell'ACN.

ART. 15 - Turni di reperibilità domiciliare (art. 44, co. 6 ACN 2024)

Le Aziende organizzano turni di reperibilità domiciliare per garantire il servizio in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno.

Ai medici impiegati a tale scopo sarà corrisposta una indennità di reperibilità domiciliare di € 50,00, parametrato a un turno di 12 ore, anche in deroga al massimale.

Per l'eventuale servizio attivo sarà corrisposto il compenso previsto per l'attività oraria del medico di ruolo unico.

CAPITOLO 2 - OBIETTIVI DI SALUTE

OBIETTIVO 1 - Controllo patologie acute di 1 livello (codici bianchi), (riduzione accessi impropri al Pronto Soccorso, (art 4, lett. c, ACN 04/04/24)

Focus

I pazienti la cui problematica assistenziale è codificabile come "codice bianco", sono pazienti le cui condizioni di salute sono non critiche, ovvero con sintomi che non esprimono un'urgenza e che devono soddisfare tutti i criteri di seguito riportati: nessuna alterazione dei parametri vitali, nessun sintomo critico o a rischio di aggravamento, sintomatologia di recente insorgenza o riacutizzazione di patologia cronica.

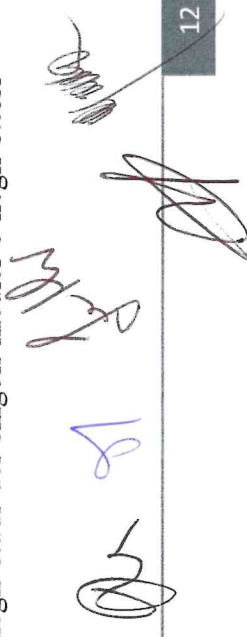
ART. 16 - Riduzione dell'accesso dei Codici Bianchi ai Pronto Soccorsi

Al fine di ridurre gli accessi impropri nel Pronto Soccorso, il medico di medicina generale, effettuerà le visite nel proprio ambulatorio e/o nella sede della AFT.

Nella sede AFT, aperta per 12 ore/die, dalle ore 8:00 del mattino alle ore 20:00 della sera, il MMG visiterà i pazienti propri e quelli degli altri Medici afferenti alla stessa AFT, che avessero necessità cliniche non differibili all'orario di apertura dell'ambulatorio del proprio medico.

Il medico effettuerà la visita, le necessarie prescrizioni terapeutiche o relative a prestazioni specialistiche di approfondimento e, ove necessario, la certificazione di malattia del paziente visitato in codice bianco.

Le sedi delle AFT e la possibilità di accesso alle stesse per i codici bianchi saranno opportunamente pubblicizzate con cartelli informativi negli studi dei singoli medici e negli stessi locali delle AFT.



L'Azienda Sanitaria pubblicherà l'apertura delle sedi di AFT sul proprio sito istituzionale e, inoltre, con opportuni cartelli, nei propri locali, nei poliambulatori, nelle farmacie convenzionate; vigilerà che siano opportunamente pubblicizzate nelle sale d'attesa dei Medici di assistenza primaria.

ART. 17 - Sistema di Monitoraggio delle attività e raggiungimento dell'obiettivo

La Regione verifica il raggiungimento dell'obiettivo e, a tale scopo, eventualmente anche attraverso l'utilizzo di un flusso specifico.

Nelle more per la messa a regime di tale sistema di monitoraggio, le AFT forniranno i dati a cadenza annuale relativi agli accessi dei pazienti indicando la tipologia per la quale lo stesso è preso in carico dall'AFT.

OBIETTIVO 2 - Prevenzione (cardiovascolare, oncologica e vaccinazioni) modelli organizzativi per garantire l'erogazione delle vaccinazioni previste dal P.N.P.V (art. 4 lett. b, ACN 04/04/24)

A) SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI E PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA

VACCINAZIONI

Focus

Per quanto attiene il presente obiettivo, nel premettere che le vaccinazioni rappresentano l'unica strategia efficace per contrastare la diffusione delle malattie infettive prevenibili, allo scopo di raggiungere la riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte, la riduzione del rischio di trasmissione a soggetti ad alto rischio di complicanze o ospedalizzazione e la riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità, si richiamano le seguenti fonti normative:

- il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- il PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2023/2025, il quale stabilisce che la riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale... Le Regioni sono impegnate a individuare il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e nell'ambito degli AAIIRR prevedendo un'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 04/04/24, all'art. 43, comma 6, lettera e) prevede che rientrino tra i compiti ed obblighi del medico del ruolo unico la partecipazione alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) vigente, secondo le modalità definite dalla Regione e/o dalle Aziende;

ART. 18 - Soggetti vaccinatori e sedi vaccinali

La partecipazione dei MMG alle campagne vaccinali promosse dalla Regione Calabria costituisce un obbligo contrattuale in coerenza con il P.N.P.V. e con l'art 4 ACN 04/4/2024 e DCA n. 32 del 07/04/2022 - Calendario Vaccinale Regione Calabria. (anti-influenzale, anti-pneumococcica, anti-herpes Zoster, anti-Covid...)

Salvo differenti accordi Aziendali, le vaccinazioni potranno essere effettuate dai medici di medicina generale, nel proprio ambulatorio e/o nelle aree vaccinali delle AFT/UCCP e/o negli HUB vaccinali Aziendali.

Per le UCCP e AFT in sede unica i Medici di Medicina Generale già costituiti in associazione si organizzeranno in modo da vaccinare tutti i pazienti in carico al team associativo, anche indipendentemente dall'afferenza del paziente ad ogni singolo medico e secondo un assetto organizzativo autonomamente predisposto dagli stessi.

ART. 19 - Requisiti di esclusione

Il medico di Assistenza Primaria che non può effettuare la vaccinazione dei propri assistiti dovrà farne motivata richiesta al Direttore di Distretto, ai fini dell'esclusione dal suddetto adempimento.

In tali casi, gli assistiti potranno essere vaccinati da:

- MMG componenti della stessa AFT/UCCP;
- MMG dello stesso ambito territoriale, previa adeguata comunicazione al Distretto di competenza;
- eventuali soggetti vaccinatori individuati dalla Regione.

ART. 20 - Modalità di somministrazione e registrazione

Le dosi di vaccino somministrate saranno registrate dal Medico di Medicina Generale contestualmente alla vaccinazione o, comunque, entro lo stesso giorno della somministrazione, sulla Piattaforma Informatica individuata dalla Regione e preventivamente concordata con le OO.SS.

La distribuzione dei vaccini nelle AFT o negli studi dei MMG situati in aree disagiate e nei comuni distanti dai centri di erogazione è a carico delle Aziende Sanitarie e saranno forniti eventuali D.P.I. a carico delle Aziende Sanitarie in caso di eventuali criticità.

Ove ne ricorrano i requisiti, per i pazienti non trasportabili, l'attività vaccinale sarà effettuata presso il domicilio dei pazienti. Per le vaccinazioni eseguite al domicilio del paziente, al medico sarà corrisposto, l'importo previsto dall' ACN per gli accessi in ADP, aggiuntivo all'indennità prevista per le vaccinazioni obbligatorie.

ART. 21 - Campagna informativa

La Regione Calabria, al fine di assicurare la massima copertura vaccinale, intende attivare azioni di offerta attiva, di provata efficacia, aumentando il coinvolgimento dei MMG, che saranno impegnati a partecipare ad attività di comunicazione, informazione e counseling sulla campagna vaccinale e i vaccini, sia nel proprio studio che nelle AFT, e anche tramite i social-media (manifesti; WA; radio e televisioni, etc.), secondo i programmi aziendali.

ART. 22 - Obblighi del medico vaccinatore

I Medici di Medicina Generale sono tenuti ad attenersi ad ogni eventuale ed ulteriore nuova indicazione riguardante il target di popolazione da sottoporre a vaccinazione, tipologia di vaccini per specifica categoria e relativa calendarizzazione.

La registrazione della avvenuta vaccinazione, anche nel caso in cui sia eseguita in ADP, può essere effettuata anche sul gestionale del singolo MMG. La Regione si impegna ad attivare tutte le procedure tecniche per l'acquisizione, sul sistema Giava, dei dati registrati sui gestionali dei MMG, questo anche al fine di procedere alla semplificazione degli atti burocratici.

ART. 23 – Remunerazione per lo svolgimento dell'attività vaccinale

Focus

[Handwritten signatures and initials]

Vaccinazione antinfluenzale 2022-2023 – Coperture vaccinali per 100 abitanti (aggiornato al 20/07/2023)

Regione	65_anni
PIEMONTE	54,3
VALLE	45,9
LOMBARDIA	55,3
PA BOLZANO	38,7
PA TRENTO	54,8
VENETO	54,7
FRIULI	58,3
LIGURIA	53,7
EMILIA	62,3
TOSCANA	58,9
UMBRIA	68,7
MARCHE	55,1
LAZIO	60,2
ABRUZZO	62,5
MOIUSE	52,8
CAMPANIA	53,9
PUGLIA	56,7
BASILICATA	66,3
CALABRIA	62,1
SICILIA	58,9
SARDEGNA	37,3
Totale	56,7

Per lo svolgimento dell'attività vaccinale è riconosciuta la seguente remunerazione:

1. Remunerazione base:

€ 6,16 per ogni inoculazione effettuata come previsto dal vigente ACN sopra richiamato.

Tenendo conto dei dati riportati in tabella, in riferimento alla copertura vaccinale antinfluenzale per la Calabria, al fine di favorire il raggiungimento dell'obiettivo minimo del 75%, da parte delle Aziende, con il contributo dei vari operatori sanitari interessati alle vaccinazioni, per la categoria target dai 65 anni a salire, maggiormente a rischio di complicanze e di mortalità (per l'influenza 90% dei casi di morte registrati in Italia), si conviene di stabilire sistema incrementale ed annuale di raggiungimento della soglia ottimale della percentuale di vaccinazione, oltre la quale si riconoscerà ai MMG un emolumento aggiuntivo pari ad euro 2,00 per ogni vaccino somministrato (euro 8,16/vaccino), per come segue:

anno 2024: soglia al 65%;

anno 2025: soglia al 71%;

anno 2026: soglia al 75%;

Nella percentuale vengono conteggiati anche pazienti vaccinati in carico ai MMG ma vaccinati presso altre strutture, farmacie, ospedali, poliambulatori delle ASP.

Si rimanda agli accordi aziendali eventuali, ulteriori iniziative di promozione delle vaccinazioni nelle popolazioni target e di medicina d'iniziativa.

2. Remunerazione aggiuntiva per vaccinazione a domicilio

Se la vaccinazione è effettuata al domicilio di pazienti non deambulanti e non trasportabili, in aggiunta alla remunerazione base di cui al punto 1, in considerazione della necessità di osservare tutte le procedure organizzative e di sicurezza previste, agli esecutori del vaccino verrà corrisposta la somma di € 18,90, corrispondenti a quanto previsto dall'ACN per gli accessi in ADP.

Nel caso in cui un paziente non deambulante non rientri tra quelli per i quali è stata già attivata l'ADP oppure l'ADI e la vaccinazione debba necessariamente essere eseguita a domicilio, detta somma verrà comunque corrisposta al soggetto vaccinatore per ogni accesso straordinario effettuato. Viene stabilito per soggetto vaccinatore un tetto massimo di remunerabilità delle vaccinazioni domiciliari pari al 2,5% della popolazione da questi assistita.

ART. 24 - Modalità di rendicontazione

Ai fini della erogazione degli importi previsti dal presente Protocollo, i MMG vaccinatori sono tenuti a produrre la documentazione atta a dimostrare il volume delle vaccinazioni effettuate. La produzione della documentazione avverrà di norma entro un mese dalla data di cessazione della campagna vaccinale stabilita dalla regione.

Il Medico di Medicina Generale ha l'obbligo di inserire i dati delle vaccinazioni sul proprio gestionale, o sul sistema regionale in uso, al fine di rendere il dato accessibile per l'estrazione da parte delle Aziende Sanitarie, secondo le specifiche tecniche previste dalla Regione.

Con riferimento alla procedura di estrazione e di rendicontazione, l'Amministrazione Regionale si riserva di predisporre apposite Linee Guida.

ART. 25 - Adeguamento a norme di livello nazionale

Qualora dovessero intervenire Accordi, Pre-intese o Disposizioni legislative di livello nazionale che prevedano diverse condizioni organizzative e/o remunerative, successivamente alla sottoscrizione del presente accordo, quest'ultimo sarà **automaticamente** adeguato alle indicazioni in essa contenute.

B) OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE (art. 4 ACN vigente)

SCREENING E PREVENZIONE ONCOLOGICA

I medici di medicina generale di libera scelta, parteciperanno ai progetti di screening oncologico concordati a livello regionale e/o Aziendale o distrettuale, sulla base delle modalità concordate a livello aziendale.

Al fine di raggiungere i livelli previsti dai LEA, i medici eviteranno di utilizzare codici per reddito o invalidità, inserendo esclusivamente i codici di esenzione per prevenzione, ad oggi previsti, in modo che essi siano facilmente rilevabili dai sistemi informativi dei flussi informativi.

Nella prevenzione del Cancro del Colon, le Aziende Sanitarie effettueranno con le OO.SS. più rappresentative, accordi specifici per aumentare il livello di adesione dei pazienti secondo le modalità previste dalla medicina di iniziativa, con appositi accordi aziendali sia sulla parte economica che organizzativa.

Le AFT rappresenteranno un punto di riferimento per Regione, Aziende Sanitarie o Distretti che intendano avviare altri progetti di screening concordati con le OOSS firmatarie.

OBIETTIVO 3 - Controllo/Presa in carico dei pazienti fragili e dei pazienti con patologie croniche di rilievo sociale (ipertensione, diabete, BPCO) con implementazione dell'ADP. (art. 4, lett. a, ACN 04/04/2024)

PATOLOGIE CRONICHE

Focus

La gestione delle patologie croniche nella Medicina generale, nel contesto della riorganizzazione delle cure territoriali.

L'aumento dei costi di gestione dei sistemi sanitari determinato dall'aumento dell'età media dei cittadini, la spesa per nuovi farmaci e l'innovazione tecnologica, la grave situazione pandemica che ha notevolmente ridotto le attività di prevenzione e monitoraggio delle patologie croniche

impongono una riorganizzazione delle attività e contemporaneamente una riqualificazione professionale della medicina generale che le consenta di individuare precocemente i pazienti affetti da patologie croniche al fine di prevenirne le possibili complicanze, stratificare le condizioni di rischio, proporre percorsi terapeutici individualizzati, promuovere l'empowerment del paziente finalizzato a una gestione attiva della propria malattia, controllare nel tempo l'evoluzione delle patologie croniche per rallentarne la progressione, definire la migliore terapia in relazione a gravità, a eventuali complicanze e alla presenza di comorbidità, individuare i pazienti che necessitano di valutazioni di II livello e attivare la collaborazione con gli specialisti di branca, razionalizzando gli accessi agli ambulatori, per una gestione integrata del paziente affetto da patologie croniche.

ART. 26 - Definizione dei modelli e degli obiettivi

La contrattazione Aziendale definirà i modelli organizzativi e gli obiettivi, coerenti con la programmazione Regionale.

OBIETTIVO 4 - ASSISTENZA H24

Focus

Si concorda di mantenere la massa salariale relativa alle attività di continuità assistenziale, riferita al 31/12/2015 nell'ambito della medicina generale, pur dovendosi procedere ad un efficientamento e razionalizzazione del servizio in considerazione della realtà orografiche del territorio e della scarsa disponibilità di medici, nonché della bassa domanda, comunque, tenendo a riferimento la media del rapporto Medico/ Cittadino prevista dall'Accordo Nazionale.

ART. 27 - Riorganizzazione delle postazioni di Continuità Assistenziale

Entro 30 gg dalla firma dell'AIR, sentita la conferenza dei sindaci, verranno riorganizzate le postazioni di continuità assistenziale, congrue con la distribuzione delle AFT e nel rispetto delle esigenze di salute dei cittadini dei paesi lontani da postazioni di primo intervento.

I Comitati Aziendali saranno di supporto alla direzione Aziendale identificando le aree con difficoltà di erogazione dell'assistenza sanitaria che necessitano della presenza, h/24.

ART. 28 - Procedura operativa per l'organizzazione dell'assistenza h/24

La richiesta assistenziale del cittadino dovrà essere gestita da un numero unico tutti i giorni. Dalle ore 8.00 alle ore 20.00 l'utente potrà contattare la propria AFT di riferimento.

Dalle 20.00 alle 8.00 e nei giorni prefestivi (dalle 8:00) e festivi, ogni Distretto attiverà un servizio su risposta telefonica con personale medico del ruolo unico a rapporto orario, integrato con il Servizio del Numero unico europeo 116117 per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura.

Dalle ore 24:00 alle ore 8:00, in considerazione dei sintomi riferiti dal paziente, il medico del ruolo unico potrà:

- fornire consigli telefonici, rinviando il paziente alla successiva visita del Medico di libera scelta negli orari di ambulatorio;
- invitare il paziente a recarsi presso la sede di CA più vicina per essere sottoposto a visita;
- ove necessario, recarsi al domicilio del paziente;
- attivare il servizio di emergenza 118 nei pazienti con sintomi suggestivi per situazioni cliniche di urgenza.

Il personale medico che effettua il triage sarà opportunamente formato con corsi specifici, peraltro nel CFSMG dovrà essere prevista una formazione specifica alla risposta del triage.

ART. 29 - Norme di sicurezza

In considerazione degli episodi di aggressione fisica e verbale denunciati negli ultimi anni, nelle postazioni di Continuità Assistenziale, le Aziende Sanitarie si impegnano ad attivare soluzioni di pronto intervento e di sicurezza per i Medici a rapporto orario in servizio notturno e festivo.

ART. 30 - Attività oraria dell'assistenza primaria

Il medico del ruolo unico svolgerà l'attività oraria:

1. Prioritariamente, nella UCCP o nella AFT di riferimento nelle attività diurne per le turnazioni nelle Case di comunità Spoke e nelle AFT in comuni disagiati e comunque nelle turnazioni su proposta del coordinatore;
2. nelle postazioni di continuità assistenziale sino alle 24:00, nei festivi e prefestivi e dalle 20:00 alle 8:00 nelle case e negli ospedali di comunità, nelle sedi di AFT;
3. nelle Case e Ospedali di Comunità;
4. presso gli Ambulatori di Continuità assistenziale.

Con riferimento alle assenze per malattia e/o gravidanza dei Medici del ruolo unico si rimanda a quanto stabilito dall'art. 55 dell'Accordo Collettivo Nazionale attualmente vigente.

OBIETTIVO 5 - DOMICILIARITÀ DELLE CURE

Focus

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria Regionale, quale *setting* privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei LEA, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi di diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.

Vanno tenute distinte le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tuttavia, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'equipe. A tal fine si fa riferimento alla Legge n. 38 del 15 marzo 2010.

ART. 31 - Organizzazione delle attività di cura domiciliare

Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI) di I livello, di II livello, di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI).

Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale.

ART. 32 - Target e Obiettivi

Le parti concordano di sviluppare azioni per perseguimento dell'obiettivo del PNRR relativo al 10% degli over 65/anni da assistere a domicilio. A tal fine, si concordano che i pazienti in assistenza domiciliare programmata che utilizzano a richiesta del medico e in accordo con i distretti, personale infermieristico o medici specialisti a domicilio, sono considerati a tutti gli effetti come Assistenza domiciliare integrata di primo livello.

Al fine di ottimizzare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche, non trasportabili, i medici richiederanno al distretto la programmazione di controlli domiciliari e tale obiettivo costituirà in percentuale al target minimo del 5% della popolazione over 65, elemento di calcolo per la retribuzione di cui all'art 47, comma 2, punto B dell'ACN vigente.

ART. 33 - Pazienti non trasportabili

Per il controllo dei pazienti non trasportabili, affetti da patologie croniche, entro 120 gg dalla pubblicazione del presente Accordo, gli accordi aziendali definiranno un percorso di presa in carico che preveda ove possibile, un controllo in remoto in telemedicina.

Al Medico di Medicina Generale e allo Specialista di branca sarà consentito l'accesso alla cartella clinica del paziente.

ART. 34 - Semplificazione delle procedure

Al fine di procedere alla semplificazione degli atti burocratici, le parti concordano sulla necessità di predisporre di una piattaforma che il medico utilizzerà per inviare al distretto la comunicazione della richiesta di assistenza.

OBIETTIVO 6 - FLUSSO INFORMATIVO E FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

ART. 35 - Protocollo d'Intesa per la fruizione del FSE

Entro 90 giorni dalla pubblicazione dell'AIR Calabria, la Struttura Commissariale della Regione Calabria e le OOSS firmatarie dell'accordo, si impegnano ad elaborare un Protocollo d'intesa per favorire la completa fruizione del FSE e la sua piena e costante implementazione da parte del Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria.

Il Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria è tenuto, ai sensi dell'art. 3 del DPCM 29 settembre 2015, n. 178, e ss.mm.ii., a redigere e ad aggiornare costantemente il Profilo Sanitario Sintetico, "*patient summary*" dell'assistito al fine di favorire la continuità di cura e per permettere un rapido inquadramento dell'assistito al momento di un contatto con il SSN, con particolare riferimento all'accesso ai servizi di PS e al momento del ricovero ospedaliero, nel rispetto della normativa privacy.

Le parti concordano sulla necessità che le informazioni presenti nella scheda sanitaria del paziente, siano estratte senza ulteriori carichi burocratici per il Medico del Ruolo Unico e che la sua implementazione possa essere estrapolata, in automatico, dalla cartella clinica del dispositivo attualmente in dotazione al Medico del ruolo unico. Le parti si accorderanno sui dati da trasferire dalla cartella clinica del medico sul FSE, in base alle indicazioni nazionali.

OBIETTIVO 7 - TELEMEDICINA

ART. 35 – Definizione dei progetti di Telemedicina

Gli Accordi Aziendali, definiranno i progetti di Telemedicina coinvolgendo in maniera particolare i medici dei comuni disagiati e le AFT a sede unica, oltre che i pazienti affetti da patologie croniche in assistenza domiciliare. Tale progetto sarà elaborato nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale.

PARTE II

ULTERIORI ATTIVITA' DELLA MEDICINA GENERALE

A) MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI (MdST)

ART. 37 - Compiti del medico di medicina dei servizi territoriali

Ai sensi dell'art. 51, co. 7, dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/24, sono confermati gli incarichi in essere e le indennità di cui all'art. 23 dell'Accordo Integrativo Regionale del 16/09/2006.

ART. 38 - Massimale orario

Con il presente accordo si autorizzano le Aziende del SSR calabrese a conferire aumenti di orario, ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato, fino a 38 ore settimanali.

La somma dell'incarico nella MdST e di altre attività compatibili regolate dall'ACN, non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.

L'incarico di 38 ore settimanali comporta l'esclusività del rapporto.

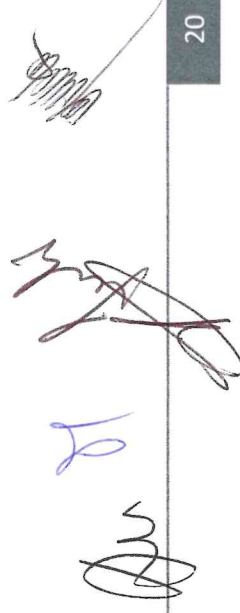
ART. 39 - Indennità aggiuntiva per la qualificazione professionale

Ai sensi dell'art. 51, comma 5, A.C.N. 04/04/24, sono doveri e compiti del medico della Medicina dei Servizi Territoriali:

- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale;
- la collaborazione funzionale con la dirigenza sanitaria dell'Azienda per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale ed il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Sono, inoltre, compiti del medico della Medicina dei Servizi Territoriali, ai sensi del presente AIR:

- la partecipazione ai progetti assistenziali definiti da accordi regionali e aziendali;
- la partecipazione agli interventi aziendali per la promozione e lo sviluppo della medicina generale, in coerenza con gli obiettivi di salute che si intendono perseguire, con particolare riferimento all'assistenza nei confronti delle persone affette da malattie croniche;
- la partecipazione attiva alle campagne vaccinali e alle relative attività collegate, previste nell'ambito di accordi regionali e aziendali;
- la partecipazione al Piano di Formazione Aziendale (PFA) organizzato dalle Aziende del SSR di appartenenza;



- la partecipazione ai progetti obiettivo, ai programmi e alle attività stabilite da Accordi Regionali;
- la promozione, diffusione e implementazione di linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostico terapeutiche aziendali;
- lo svolgimento di funzioni ispettive e di controllo previste dall'art.27 del DPR 24 luglio 1977, n.616 e dall'art.2, comma 11, Decreto Legislativo 2 febbraio 2021, n.27, che prevedono l'attribuzione della qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria.

Al medico della medicina dei servizi territoriali che svolge i compiti previsti dal presente accordo regionale, spetta una quota oraria aggiuntiva di € 5,00 comprensiva degli incrementi 2010 (0,26 €.) di cui all'art. 8, tabella F (Accordo Integrativo Regionale), ACN 08/07/2010, da corrispondere sull'intero monte orario mensile.

Tale quota sarà corrisposta a condizione che le Aziende, in accordo con le OOSs maggiormente rappresentative, definiscono a livello decentrato, mediante accordi aziendali, criteri e indicatori di processo e/o di risultato della Medicina dei Servizi Territoriali, adeguatamente misurabili, necessari al monitoraggio dei compiti previsti dal presente A.I.R.

B) EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Focus

Si conferma nel presente accordo quanto già sottoscritto nell'accordo stralcio di cui al DCA 64/2022.

Il monitoraggio dei previsti compiti integrativi e i meccanismi sanzionatori in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi sono dettagliati nella tabella 1 allegata al presente Accordo e parte integrante dello stesso.

ART. 40 - Assegnazione degli incarichi

Al termine delle procedure di assegnazione degli incarichi individuati vacanti dalle AA.SS.PP., pubblicati ed assegnati dalla Regione Calabria (art. 63 co. 18) con le procedure previste dall'art. 63 commi 19 e 21) dell'ACN 04.04.2024, le Aziende Sanitarie provvederanno al conferimento definitivo a tempo indeterminato.

Al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, le AA.SS.PP. del SSR calabrese attuano quanto stabilito all'art. 1, commi 272 e 273, Legge 30 dicembre 2021, n. 234 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 (*requisiti e modalità di partecipazione per l'accesso alle procedure di assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato destinate al servizio di emergenza-urgenza 118 anche senza il possesso del diploma attestante la formazione specifica in medicina generale*).

ART. 41 - Formazione continua ECM

In relazione a quanto previsto dai commi 6 e 7 dell'art. 26 ACN 04.04.2024, la partecipazione alle iniziative formative rientrano nei compiti retribuiti (retribuzione base).

ART. 42 - Trattamento economico

Ai sensi dell'art. 68, co. 4 dell'ACN attualmente vigente, le eventuali ore di servizio eccedenti le 38 settimanali, su richieste e attribuite temporaneamente dall'Azienda, a garanzia della copertura del servizio, sono retribuite aggiuntivamente con l'aumento della retribuzione oraria nella misura pari al 30% (24,25 + 7,27).

C) ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

ART. 43 - Medici operanti negli istituti penitenziari

I medici operanti negli istituti penitenziari ricevono il trattamento economico per come previsto all'art. 75 dell'ACN di riferimento incrementato, in ragione della complessità e dello svolgimento dell'incarico assunto, della somma di euro 13,46/ora (Art 47, lett A, sub VII – ACN vigente)

ART. 44 - Responsabile/Referente del “Servizio Sanitario Penitenziario”

L'Azienda Sanitaria competente, nell'ambito delle proprie determinazioni, può decidere di individuare un Responsabile/Referente del “Servizio Sanitario Penitenziario”, la cui procedura di designazione dovrà tener conto dei criteri di cui all'art. 71, co. 6 dell'ACN 04/04/2024.

Al Responsabile/Referente è riconosciuto un compenso aggiuntivo di € 5,00/ora (cinque/00), effettivamente espletate e commisurato alle funzioni assegnate e alla verifica dei risultati ottenuti.

Le Aziende Sanitarie, in accordo con le OO.SS., entro trenta giorni dalla pubblicazione dell'AIR, definiranno in dettaglio funzioni, obiettivi e metodo di verifica dei risultati ottenuti; in assenza del predetto Accordo, il compenso aggiuntivo previsto quale indennità aggiuntiva per Responsabile/Referente non sarà erogato.

ART. 45 - Progetti per la promozione e il benessere psicofisico della popolazione carceraria

I medici incaricati di rapporto di convenzione per l'assistenza penitenziaria di cui all'art 70 ACN 28/04/2022 possono effettuare progetti obiettivi concordati a livello aziendale per la promozione della salute e per il benessere psicofisico della popolazione carceraria assistita in considerazione delle particolari situazioni di privazione della libertà e riduzione delle attività.

Si rimanda, per tali obiettivi, alla contrattazione aziendale.

CAPITOLO 3 - ASPETTI NORMATIVI

ATTIVITÀ DIDATTICA

ART. 46 - Promozione delle attività di ricerca e collaborazione

Le Regioni, le Aziende, le Università e gli Ordini dei medici possono promuovere attività di ricerca e sperimentazione in collaborazione con i medici di medicina generale.

La Regione Calabria, in collaborazione con le società scientifiche accreditate della Medicina Generale, entro 120 gg dalla firma dell'accordo provvederà a:

- a) definire il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, per la realizzazione della formazione continua di cui al precedente articolo, nonché l'attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto formativo specifico. I coordinatori dei corsi specifici di medicina generale e i medici di medicina generale che hanno già svolto negli ultimi 5 anni attività di docenza nei corsi di formazione specifica, non necessitano dei corsi di idoneità docenti;
- b) istituire un elenco regionale per l'attività di docenza nei corsi di formazione specifica in medicina generale o per altre attività formative. Non potranno essere inseriti nell'elenco i medici aventi procedimenti disciplinari in corso presso l'Ordine di appartenenza;

c) promuovere attività di sperimentazione e ricerca, anche in collaborazione con le Università.

La Regione e le OOSS entro 120 giorni dalla firma dell'accordo, si impegnano a definire la costituzione della Scuola di formazione di medicina generale sulla base degli elenchi di cui al comma 32, lettera b;

Il Medico di Medicina Generale, per l'attività svolta come Tutor nei CFSGM, ha diritto al conseguimento degli ECM per come previsti nell'attività di Tutor svolta nelle attività di formazione per l'abilitazione professionale pre e post laurea.

CAPITOLO 4 - TRATTAMENTO ECONOMICO E FINANZIAMENTI

ART. 47 - Trattamento economico

Gli effetti finanziari, di cui al presente Accordo Regionale per i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria decorreranno dalla data di pubblicazione del DCA del Commissario ad acta di approvazione del presente Accordo sul BUR Calabria e troveranno capienza nelle quote attribuite alle Aziende Sanitarie provinciali con l'assegnazione del Fondo Sanitario Regionale.

Preliminarmente vengono confermati e garantiti i precedenti incentivi erogati con l'AIR 2006, e confermati con il DCA 65/2018, alla voce "precedenti indennità non associative", ai MMG assegnatari, al fine di mantenere gli standard organizzativi raggiunti con gli stessi.

ART. 48 - Quota del fondo aziendale dei fattori produttivi ex art. 47, co. D ACN vigente

Il fondo a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione come definiti dall'ex art 59 lettera b (fondi erogati ai medici che hanno cessato l'attività professionale e che percepivano le indennità di seguito specificate in data 31/12/2015, per forme associative, collaborazione informatica, collaboratore di studio medico, personale infermieristico) implementati secondo l'ex articolo 59, lettera B andrà ad incentivare negli anni, l'indennità professionale di associazione AFT.

L'Indennità professionale per l'erogazione del servizio in AFT/ UCCP e il raggiungimento degli obiettivi per come definiti dal presente AIR non è modificata rispetto a quanto previsto dal DCA 65/2018. Si ribadisce, inoltre, quanto contenuto nell'art. 29 dell'ACN 04/04/2024.

Pertanto:

ai medici del ruolo unico a ciclo di scelta che operano nelle AFT a Sede Unica verrà riconosciuta una

a) **l'indennità professionale** a compenso delle maggiori ore di apertura ambulatoriale, di € 7,15 € / paziente/annuo. (tale indennità, sostituisce tutte le precedenti indennità associative, relative alla medicina di gruppo, medicina in associazione in rete, medicina in associazione semplice). Le altre indennità previste nei precedenti accordi nazionali e regionali, verranno mantenute ai medici che le percepiscono per mantenere gli standard erogativi dell'assistenza primaria negli studi periferici dei singoli medici. Tali indennità al momento della cessazione dell'attività del medico, contribuiranno ad incrementare il fondo AFT.

b) **Indennità di struttura**: L'indennità di struttura di € 5,00/paziente/anno (per i MMG che aderiscono alle AFT a sede unica, autonoma), non è soggetta ad obiettivi. Viene erogata esclusivamente per la gestione dei fattori produttivi della sede unica delle AFT. Tale indennità va rendicontata al Distretto dal singolo medico a cadenza semestrale. L'indennità non è prevista, per i medici del ruolo unico a ciclo fiduciario, che operano nelle sedi gestite dall'azienda e in futuro, nelle Case di Comunità. Tale indennità viene versata al medico, ma ha l'unico obiettivo, di garantire la gestione dei fattori produttivi della sede dell'AFT.

L'indennità per il raggiungimento degli obiettivi è di € 3,85/ annui/ paziente (non modificate rispetto all'AIR precedente) esplicitate nel successivo punto "OBIETTIVI dei medici nelle AFT"

Nello specifico, le indennità saranno erogate mensilmente nella misura di un dodicesimo del 50% di € 3,85 (pari ad € 1,925).

Il restante 50% di € 3,85 (pari a € 1,925) verrà corrisposto entro sei mesi nell'anno successivo a quello di valutazione, previa verifica del raggiungimento degli obiettivi.

All'esito della verifica, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, che deve avvenire comunque entro i sei mesi nell'anno successivo a quello di valutazione, si determina:

- il recupero della quota già versata al MMG (50%);
- la non corresponsione della restante parte del 50%.

Indennità per zone disagiate

- a) **Indennità professionale** a compenso delle maggiori ore di apertura ambulatoriale, di € 7,15 € / paziente/annuo. In analogia al comma a) (tale indennità sostituisce tutte le precedenti indennità associative, relative alla medicina di gruppo, medicina in associazione in rete, medicina in associazione semplice)
- b) **L'indennità per il raggiungimento degli obiettivi è di € 3,85/ annui/ paziente (non modificate rispetto all'AIR precedente).**
- c) **Indennità per personale di studio** di € 5,00 /paziente/anno (tale indennità è erogata, al fine di migliorare l'assistenza nei comuni disagiati, caratterizzati nella nostra Regione da una prevalenza di pazienti anziani e con pluri-patologie e finalizzato all'assunzione di assistente di studio medico o in alternativa personale infermieristico di supporto. Tale indennità, sarà riconosciuta esclusivamente ai medici che assumeranno personale di studio medico /o infermieristico per un numero di ore pari alle ore di apertura dell'ambulatorio. Non viene riconosciuta ai medici che già dispongono di indennità di personale di studio medico.

Per i medici che lavorano in AFT in rete:

- **Indennità professionale** resta fissa l'indennità professionale prevista nel DCA 65/2018 a compenso della maggiore apertura ambulatoriale di € 3,58 /paziente/anno
 - **Indennità per obiettivi** di € 1,92 paziente/annui, previa rendicontazione delle attività di rete svolte, anche attraverso la rete strutturale informatica.

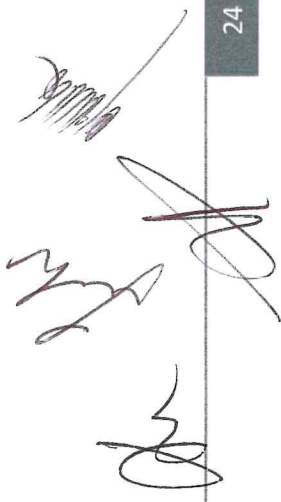
Nello specifico, le indennità saranno erogate mensilmente nella misura di un dodicesimo del 50% di € 1,92 (pari ad € 0,96).

Il restante 50% di € 1,92 (pari a € 0,96) verrà corrisposto entro sei mesi nell'anno successivo a quello di valutazione, previa verifica del raggiungimento degli obiettivi.

All'esito della verifica, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, che deve avvenire comunque entro i sei mesi nell'anno successivo a quello di valutazione, si determina:

- il recupero della quota già versata al MMG (50%);
- la non corresponsione della restante parte del 50%.

Per le AFT ad alta complessità

- Indennità professionale pari a quella delle AFT a sede unica divisa per obiettivi e con le stesse modalità.
- Indennità di struttura di € 12,00 a medico con le stesse caratteristiche delle AFT a sede unica e gestione autonoma salvo che tale indennità per il medico che la percepisce comporta la perdita di tutte le indennità previste dai precedenti A.I.R. (come peraltro previsto dal DCA 197/2023)

L'indennità professionale sarà erogata in dodicesimi, e con le stesse modalità e tempistiche di erogazione previste per le AFT a sede unica/in rete.

Entro il 15 gennaio dell'anno successivo, il Direttore di Distretto, in collaborazione con i coordinatori delle AFT/UCCP valuterà il grado di raggiungimento degli obiettivi previsti.

Di seguito si riporta tabella riepilogativa:

Modalità erogazione dell'assistenza primaria	Indennità Professionale a compenso fisso (sostituisce le precedenti indennità di medicina di gruppo, associazione in rete e associazione semplice)	Indennità Professionale Quota Variabile Solo per obiettivi	Indennità struttura (viene erogata esclusivamente per la copertura dei fattori produttivi della sede unica dell'AFT)
AFT a sede unica a gestione autonoma	€ 7,15 compensa il maggiore orario di apertura e la turnazione nella sede unica	€ 3,85 erogata in proporzione agli obiettivi raggiunti	€ 5,00
AFT a sede unica a gestione pubblica	€ 7,15 compensa il maggiore orario di apertura e la turnazione nella sede unica	€ 3,85 erogata in proporzione agli obiettivi raggiunti	€ 0 I fattori produttivi vengono direttamente dall'Azienda Sanitaria
AFT ad alta complessità	€ 7,15 compensa il maggiore orario di apertura e la turnazione nella sede unica	€ 3,85 erogata in proporzione agli obiettivi raggiunti	€ 12,00 Viene erogata per la copertura dei fattori produttivi della sede unica. Ai medici non vengono erogate le indennità di associazione e neanche quelle di segreteria, di infermiere, standard di studio medico, indennità informatica.
AFT in rete	€ 3,58 compensa il maggiore orario di apertura	€ 1,92 erogata in proporzione agli obiettivi raggiunti	€ 0 non esiste una sede da finanziare
Assistenza in comuni disagiati	€ 7,15 compensa il maggiore orario di apertura e la turnazione nella sede unica	€ 3,85 erogata in proporzione agli obiettivi raggiunti	€ 0 non esiste una sede da finanziare

ART. 49 - Incentivi fondo ex art. 47, Co. 2. Lett. B, Sub I, II, III dell'ACN/04/04/2024

Ai fini della corresponsione degli incentivi di cui al fondo ex art. 47, Co. 2. Lett. B, Sub I, II, III dell'ACN 04/04/2024, per ogni singolo medico è valutato il raggiungimento dell'obiettivo in base alla percentuale dei pazienti over 65 o comunque non trasportabili, affetti da patologie croniche e assistiti a domicilio in ADI di primo livello, per come già espressa in precedenza.

Nel conteggio della percentuale utile alla valutazione dell'obiettivo, andranno inseriti anche i pazienti in ADI di II e III livello.

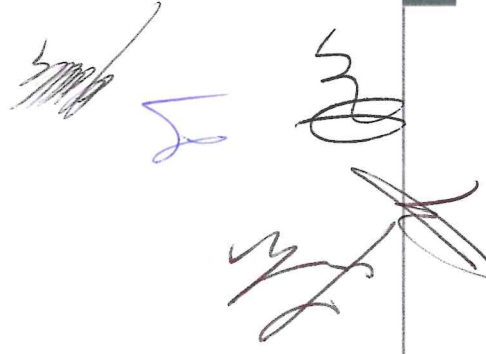
I direttori dei distretti verificheranno i dati, entro il 15 febbraio dell'anno successivo.

ART. 50 - Quota per servizi - ART 47, lett. C, numero I

Al fine di migliorare le attività di diagnosi e contribuire all'abbattimento delle liste d'attesa, nella AFT, i medici possono effettuare, a completamento diagnostico della visita del Medico di assistenza primaria, per i soli pazienti afferenti ai medici della stessa AFT, ed esenti ticket per reddito o per patologia, elettrocardiogramma, spirometria, holter cardiaco, holter pressorio, anche con il supporto della telemedicina e attraverso l'acquisto di dette tipologie di prestazioni, sulla base di progetti elaborati e approvati dalle singole Aziende Sanitarie, compatibilmente con le risorse economiche disponibili e tenendo conto della relativa programmazione regionale.

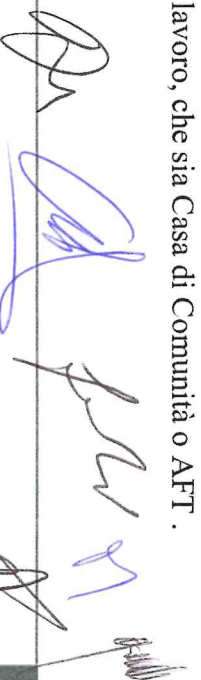
Il Medico inserirà nel programma gestionale e, se richiesto, nel FSE, la relazione sintetica dell'esame mettendola a disposizione del Direttore del Distretto per i controlli obbligatori.

Il Medico di Medicina Generale, inoltre, allo scopo di contribuire all'abbattimento delle liste d'attesa si impegna a prescrivere prestazioni di specialistica e di diagnostica ambulatoriale secondo le indicazioni del Manuale RAO e in base alle modalità che saranno concordate con atto successivo tra la Regione e le OO.SS.



Norme finali

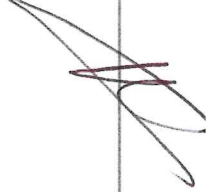
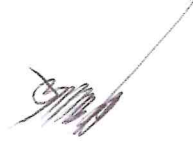
1. Considerata la complessità organizzativa territoriale, le parti concordano sull'opportunità di apportare successive integrazioni al presente accordo.
In particolare, riguardo al settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, le parti concordano sulla necessità di rivedere, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente AIR, la parte normativa ed economica compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.
Le parti concordano, altresì, sulla necessità che la Regione valuti l'attivazione delle procedure concorsuali previste dalla normativa vigente per il passaggio ai ruoli della dirigenza per il personale medico afferente al settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale e Medicina dei Servizi Territoriali.
2. Sino alla organizzazione e attivazione delle AFT, restano operative le precedenti indennità di associazione.
3. Le parti concordano, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente AIR, di formulare il dispositivo tecnico per l'attivazione dell'APA.
4. I Medici del ruolo unico a ciclo di scelta partecipano, in funzione del valore sociale della loro attività di assistenza, prevenzione e monitoraggio delle malattie al progetto di rilevazione INFLUNET nelle forme e modalità che verranno stabilite nelle apposite sedi dedicate.
5. In attesa della progressiva costituzione del fondo AFT per il finanziamento delle forme associative, le aziende utilizzeranno il fondo indistinto. Tale fondo sarà utilizzato anche per le altre indennità previste.
6. La popolazione per il calcolo delle zone carenti di Medicina Generale è da intendersi quella superiore ad anni 14.
7. Le parti concordano sulla necessità di inserire presso le sedi dell'AFT a sede Unica postazioni CUP per le prenotazioni di Specialistica ambulatoriale. La realizzazione di tali postazioni sarà a carico dell'Aziende Sanitarie senza ulteriori costi per le AFT a gestione autonoma.
8. Il presente AIR Regionale sostituisce integralmente il precedente AIR regionale, adottato con DCA n. 65/2018 ed entra in vigore il giorno della sua approvazione con relativo DCA.
9. In considerazione della complessità della riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le modalità previste dal presente AIR, le attuali indennità di associazione (medicina di gruppo, in associazione rete, in associazione semplice) resteranno operative sino alla loro completa sostituzione nelle associazioni in AFT, previste dal presente AIR.
10. Per ciò che attiene la possibilità per i medici di Assistenza Primaria di autolimitarsi con riferimento all'assistenza ai pazienti e/o al monte orario complessivo, si rinvia a quanto previsto dall'art. 38, co. 5 dell'ACN 04/04/2024.
11. Ai fini della partecipazione del medico di medicina generale a comitati e/o commissione si prevede la corresponsione di un rimborso spese onnicomprensivo pari ad Euro 150,00, che sarà corrisposta solo a seguito di attestazione della presenza da parte del segretario verbalizzante le sedute.
12. Ai sensi dell'art 6, CO. 2, LETT. D ACN 04/04/24, per le certificazioni telematiche effettuate dai medici di assistenza primaria relative ad infortunio sul lavoro e malattia professionale, la Regione aumenterà la quota capitaria individuale (art 47 comma 2 punto a) sulla base dei dati inviati dall'INAIL e divisa per la popolazione assistita, superiore ai 14 anni.
13. 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 dell'ACN 04/04/2024, con un correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5.000 residenti.
14. I medici che svolgono attività oraria non potranno avere trattamenti economici diversi per la stessa attività a prescindere dalla sede di lavoro, che sia Casa di Comunità o AFT.



15. Tutti i medici di assistenza primaria sia a ciclo di scelta che a rapporto orario, in base all'organizzazione aziendale e alle risorse economiche disponibili, dovranno far parte di una AFT pena decadenza dalla convenzione.
16. Per tutto quanto non previsto si rinvia al contenuto del vigente ACN 04/04/2024.

Clausola di salvaguardia

Le previsioni di cui al presente AIR sono subordinate al parere vincolante dei Ministeri competenti



Allegato A

Controllo patologie croniche:

- Diabete
- Ipertensione arteriosa
- BPCO

Considerata l'incidenza nella popolazione delle tre patologie croniche soggette a monitoraggio si stima che in Calabria i cittadini che necessitano di assistenza sanitaria siano circa 800.000, alcuni dei quali affetti da pluri-patologia.

In questo contesto, i PDTA elaborati trovano oggettiva difficoltà realizzativa per il ridotto numero degli specialisti ambulatoriali disponibili in rapporto ai bisogni assistenziali.

Senza il supporto attivo del primo livello (medici di medicina generale) si crea quello che spesso viene definito come “*effetto imbuto*” determinata dalle molte richieste di visite mediche o di attività diagnostico strumentale a fronte di una scarsa disponibilità di prestazioni specialistiche.

L'AIR Calabria, nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale ha posto tra gli obiettivi, il controllo delle patologie croniche di rilievo sociale, controllo non realizzabile senza il coinvolgimento dei medici di medicina generale, la riqualificazione del loro ruolo nel controllo del primo livello dei pazienti affetti da: diabete, ipertensione arteriosa, broncopatia cronica ostruttiva.

L'AIR Calabria prevede quindi due livelli di coinvolgimento dei medici di medicina generale,

- **Primo livello di intervento dei Medici di Medicina Generale sulle patologie croniche.**
 - Il primo livello di intervento (TABELLA A) del medico di assistenza primaria nel controllo delle patologie croniche è immediatamente operativo, di seguito vengono indicate le linee guida per l'elaborazione del II livello, da pubblicare entro 120 gg dalla effettiva operatività dell'AIR

- 1) Identificazione e registrazione dei pazienti affetti da patologia o a rischio
- 2) Valutazione del rischio ed elaborazione del PAI *
- 3) Attività di counselling
- 4) Valutazione nel tempo sulla efficacia della terapia
- 5) Valutazione nel tempo sulla presenza di danno d'organo
- 6) richiamo del paziente (medicina di iniziativa) *

*Il PAI sarà effettuato dal medico, in presenza del FSE pienamente operativo anche per la medicina generale e una volta approvato il II livello di intervento progetto per le patologie croniche che le parti si impegnano ad attivare entro 120 gg dalla pubblicazione dell'AIR.

*il richiamo del paziente e la medicina di iniziativa sarà oggetto di successivi accordi aziendali.

IL II° LIVELLO di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, sarà oggetto di contrattazione aziendale

PAI (piani assistenziali individuali)

I PAI, verranno elaborati dai MMG e inseriti nella cartella clinica del paziente e, successivamente, nel Fascicolo sanitario del paziente, quando disponibile, in modo da essere implementati di anno in anno e costituire un foglio di lavoro condiviso tra i Medico di Medicina Generale e gli specialisti di branca.

Il PAI costituisce un elemento di lavoro indispensabile per la corretta gestione delle patologie croniche nel tempo.

Entro 12 mesi dalla firma dell'accordo, sarà elaborato un foglio elettronico, condiviso tra la Regione Calabria e le OOSS firmatarie dell'accordo, con individuazione degli elementi identificativi del rischio individuale che sarà inserito nel fascicolo sanitario del paziente.

L'elaborazione del PAI sarà effettuata in modo da essere compatibile con i programmi gestionali di maggior utilizzo in medicina generale, in modo che, l'acquisizione dei dati, possa essere automatica nel Fascicolo sanitario e più facilmente implementabile nel tempo.

L'esecuzione del PAI potrà essere inserita tra gli obiettivi, solo dopo l'inserimento nel FSE e a condizione che la raccolta dei dati sia inserita in automatico nel FSE, senza ulteriori carichi burocratici per il MMG.

Tabella A)

SINTESI SCHEMATICA DEL 1° LIVELLO D' INTERVENTO DEL MMG PER LE PATOLOGIE CRONICHE:

In Rosso, in parentesi e corsivo, le attività che saranno previste per il II livello di controllo delle patologie croniche

	Azione	Obiettivi	Indicatori	Verifica	Tempi
Diabete	Identificazione e registrazione dei pazienti a rischio o affetti da patologia	Conoscenza del numero dei pazienti affetti da diabete e a rischio	Percentuale di pazienti diabetici coinvolti (primo anno > 40%; secondo anno > 60%; terzo anno > 80%)	Sulla base delle indicazioni fornite dal Comitato Regionale, le verifiche verranno effettuate in sede distrettuale in accordo tra il direttore di distretto e i coordinatori di AFT Le verifiche saranno effettuate entro il 30 gennaio di ogni anno	Identificazione dei pazienti affetti da diabete Mellito, entro il dicembre dell'anno successivo alla firma dell' AIR <i>(Elaborazione del PAI al 30% dei pazienti nel primo anno dall'attivazione del FSE e II livello progetto patologie croniche Al 50% dei pazienti al II anno Al 75% dei pazienti al terzo anno)</i>
	Prescrizione dei presidi (subordinata all'avvio della piattaforma per come previsto dal dca 51/18)	<i>(Elaborazione del PAI per i pazienti affetti da diabete</i>	E che si presentano ai follow up Controllo dell'emoglobina glicata due volte l'anno dopo la diagnosi e di profilo lipidico, filtrato glomerulare o creatinina o clearance della creatinina e microalbuminuria una volta l'anno dopo la diagnosi		
	<i>(Valutazione del rischio ed elaborazione del PAI *)</i>	<i>Aggiornamento del Fascicolo sanitario nella scheda PAI</i>			
	Attività di counselling	<i>Medicina di iniziativa possibili solo in presenza nella AFT di infermiere/ personale amministrativo ed elaborati da progetti aziendali su aderenza terapeutica)</i>			
	Valutazione nel tempo della efficacia della terapia				
	Valutazione nel tempo sulla presenza di danno d'organo		Pecentuale pazienti con calcolo del rischio tra quelli di età >45 anni		
	<i>*richiamo del paziente (medicina di iniziativa)</i>				

BPCO	Identificazione dei pazienti a rischio dei pazienti con diagnosi di BPCO <i>(Valutazione del rischio ed elaborazione del P-41)</i> Attività di counselling Valutazione nel tempo sulla efficacia della terapia Vaccinazione antipneumococcica <i>(*richiamo del paziente (medicina di iniziativa)</i>	Conoscenza del numero dei pazienti affetti da BPCO <i>(Elaborazione del P-41 per i pazienti affetti da BPCO)</i> <i>Aggiornamento del Fascicolo sanitari nella scheda P-41)</i> Riduzione delle riaccutizzazioni di BPCO Medicina di iniziativa possibili solo in presenza nella AFT di infermiere / personale amministrativo ed elaborati da progetti aziendali su aderenza terapeutica	Percentuale di pazienti con esacerbazione di BPCO che aderiscono al trattamento farmacologico e si presentano alle visite di follow up.	Sulla base delle indicazioni fornite dal Comitato Regionale, le verifiche verranno effettuate in sede distrettuale in accordo tra il direttore di distretto e i coordinatori di AFT Le verifiche saranno effettuate entro il 30 gennaio di ogni anno	Identificazione dei pazienti affetti da BPCO , entro il dicembre dell'anno successivo alla firma dell' AIR *valutazione condizionale alla capacità di esecuzione delle spirometrie della specialistica ambulatoriale <i>(Elaborazione del P-41 al 30% dei pazienti nel primo anno dall'attivazione del FSE Al 50% dei pazienti al II anno Al 75% dei pazienti al terzo anno)</i> Vaccinazione (o dissenso informato) del 75% dei pazienti in BPCO entro i tre anni
Iipertensione arteriosa	Identificazione e registrazione dei pazienti affetti da patologia <i>(Valutazione del rischio ed elaborazione del P-41)</i> Attività di counselling Valutazione nel tempo sulla efficacia della terapia Valutazione nel tempo sulla presenza di danno d'organo <i>*richiamo del paziente (medicina di iniziativa)</i>	Conoscenza del numero dei pazienti affetti da Iipertensione arteriosa <i>(Elaborazione del P-41 per i pazienti affetti da ipertensione arteriosa)</i> Aggiornamento del Fascicolo sanitario nella scheda P-41 e Medicina di iniziativa possibili solo in presenza nella AFT di infermiere/ personale amministrativo ed elaborati da progetti aziendali su aderenza terapeutica	Percentuale di pazienti ipertesi che aderiscono al trattamento farmacologico e si presentano alle visite di follow up.	Sulla base delle indicazioni fornite dal Comitato Regionale, le verifiche verranno effettuate in sede distrettuale in accordo tra il direttore di distretto e i coordinatori di AFT Le verifiche saranno effettuate entro il 15 febbraio di ogni anno	Identificazione dei pazienti affetti da ipertensione arteriosa, entro il dicembre dell'anno successivo alla firma dell' AIR <i>(Elaborazione del P-41 al 20% dei pazienti nel primo anno dall'attivazione del FSE Al 40% dei pazienti al II anno Al 60% dei pazienti al terzo anno)</i>

* L'esecuzione del PAI potrà essere inserita tra gli obiettivi AIR, solo dopo l'effettivo collegamento del FSE con i programmi gestionali dei MMG e a condizione che la raccolta dei dati sia inserita in automatico nel FSE, senza ulteriori carichi burocratici per il MMG. e dopo l'approvazione del progetto "Patologie Croniche"

* Progetti di medicina d'iniziativa, potranno essere eseguiti a seguito di specifici accordi aziendali

Malala Cora
Zuhair Simboko



Dave Steetons

Vin Aard

