

## Parte 1 della BOZZA AIR CALABRIA 2023

### 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.

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 1.860.000 abitanti ma solo 25 centri con più di 30.000 abitanti. Gran parte della popolazione, in prevalenza anziani, 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.

Il DCA 65/2018 ha 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.

Al momento sono attive:

1. In Provincia di Cosenza 20 AFT con sede unica, di cui 18 a gestione autonoma e 2 a gestione pubblica.
2. Catanzaro: 7 UCCP sperimentali autonome e 1 pubblica
3. Crotone: 5 AFT in sede unica e 12 in rete

4. Vibo: 5 AFT a sede unica e gestione Autonoma, 1 Medicina in Rete
5. Reggio Calabria: nessuna AFT e nessuna UCCP

Obiettivi prioritari dell’AIR Calabria sono:

- **Obiettivo 1:Controllo patologie acute di 1 livello (codici bianchi)**
- **Obiettivo 2:Prevenzione (cardiovascolare, oncologica e vaccinazioni).**
- **Obiettivo 3:Patologie croniche di rilievo sociale (ipertensione, diabete, BPCO)**
- **Obiettivo 4:Assistenza 24/h**
- **Obiettivo 5:Domiciliarità delle cure**
- **Obiettivo 6:Flussi informativi e Fascicolo Sanitario**
- **Obiettivo 7:Telemedicina**

L’AIR Calabria è composto da 5 sezioni

1. Aspetti organizzativi nell’erogazione dei servizi (AFT/UCCP)
2. Obiettivi di salute
3. Aspetti normativi
4. Trattamento economico
5. Finanziamenti

## CAPITOLO 1

### ORGANIZZAZIONE NELLA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Art 1 Modelli erogativi della Medicina Generale

- Studio del Medico di Medicina Generale, in forma singola o aggregata
- Aggregazioni Funzionali Territoriali: ex art 8 ACN

Visto l’art 8 dell’ACN, entro sei mesi dalla pubblicazione del presente AIR la Regione dovrà identificare le AFT e le UCCP, specificate nel DCA 65/18, a cui andrà ad aggiungersi 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, lettera 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.

Tutte le forme associative, allo stato attive sul territorio regionale, dovranno obbligatoriamente confluire in una delle tre forme previste dal presente accordo.

I medici di medicina generale potranno svolgere l'attività di assistenza primaria, nel rispetto dell'autonomia organizzativa, secondo modelli congrui con la realtà demografica e orografica delle aree assistenziali.

**Ai sensi dell'art. 29, comma 10, si prevedono 4 modelli erogativi in rapporto alle caratteristiche precedentemente espresse:**

1. Per i comuni o gruppi di comuni con facilità nelle comunicazioni e alta densità abitativa (AFT a sede autonoma o pubblica)
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. Per i Comuni più piccoli e/o distanti dai grossi centri e con difficoltà di comunicazione: Studio medico singolo o in forma aggregata, collegati funzionalmente con le AFT di riferimento. Su indicazione del Comitato aziendale, verranno identificati i comuni con difficoltà di erogazione dei servizi sanitari di base i quali singolarmente o associati ai comuni limitrofi, non raggiungono i 5000 abitanti e nei quali, il medico Titolare effettuerà almeno 4 ore settimanali aggiuntive rispetto a quanto previsto dall'ACN. I criteri, per identificare i comuni con "*difficoltà di erogazione dei servizi sanitari di base*" sono costituiti da: 1) una popolazione residente inferiore ai 5.000 abitanti quindi non sufficiente ad attivare una sede di AFT, e 2) la distanza di auto di 20 minuti dalla sede di AFT, o ,se non ancora costituita, dal comune indicato come sede di AFT. 3) la distanza di almeno 15 minuti di auto da altri comuni vicini e quindi con oggettiva difficoltà di realizzazione di AFT strutturali.
4. 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 che ha dato risultati ottimali nel controllo delle patologie croniche a maggior impatto sociale, riducendone le complicanze 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.

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.

Salvo diverse disposizioni nazionali, le AFT a sede unica, su richiesta dell'Azienda Sanitaria trasferiranno la loro attuale sede nelle Case di Comunità (DM 77/2022) che offriranno loro idonei spazi per l'assistenza primaria, garantendone comunque l'autonomia organizzativa e gestionale. In assenza di AFT a sede unica e nelle more della loro costituzione, saranno identificate AFT funzionali nei tempi previsti dall'ACN vigente.

### Caratteristiche generali delle AFT

Le AFT avranno, in alternativa alle forme in rete, una sede unica aperta h/12 e garantiranno la presenza di almeno un medico del ruolo unico, mentre per il personale infermieristico e assistente di studio medico gli orari saranno proporzionali e compatibili con le risorse erogate. Saranno collegate con le UCCP, ove presenti, e con lo studio dei singoli medici.

Le AFT potranno essere sede di continuità assistenziale su approvazione del coordinatore dell'AFT.

1. Le AFT, sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.
2. Le AFT condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, secondo quanto previsto all'articolo 8 dell'ACN
3. La AFT garantiranno l'assistenza per almeno 12 ore al giorno o per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ove presente il servizio di continuità assistenziale ad un bacino di utenza riferito *di norma* a non più di 30.000 abitanti, tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche e salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure, con limite minimo sino a concorrenza della popolazione. Eventuali deroghe **potranno** essere effettuate dai comitati aziendali della medicina generale. L'AFT è costituita da medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria. Nel caso di incarichi provvisori, nell'ambito territoriale di riferimento della AFT, i medici con incarico temporaneo, devono far parte della AFT di riferimento sino a fine incarico.
4. L'istituzione della AFT garantisce la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nell'ambito dei modelli organizzativi regionali.
5. La AFT è priva di personalità giuridica. I medici partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizio, anche cooperative; in ogni caso, dette società di servizio non possono fornire prestazioni mediche proprie del medico di medicina generale regolamentate dal presente Accordo e dagli accordi decentrati.
6. I compiti essenziali della AFT sono:
  - a) assicurare l'erogazione a tutti gli assistiti in carico ai medici componenti l'AFT, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti ai sensi dell'articolo 46;

- b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, **a regime e con la partecipazione dei medici ad attività oraria**, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
  - c) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.
7. La AFT realizza i compiti del precedente comma secondo il modello organizzativo della Regione Calabria, in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.
  8. I medici del ruolo unico di assistenza primaria, fermo restando tutto quanto previsto dall'art. 29, comma 8 dell'ACN, sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure. I medici turneranno nella sede unica almeno una volta la settimana secondo una rotazione concordata con il referente di AFT. Il referente avrà cura di comunicare al Direttore del Distretto le turnazioni dei medici componenti l'AFT.
  9. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale.
  10. Sino alla redazione di quanto espresso nel punto 10, resta valido l'accordo sottoscritto e presentato ai Distretti, delle AFT attualmente operative.

### **Il referente di AFT**

1. I medici componenti la AFT individuano al loro interno, con modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12, ACN un referente e il suo sostituto. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista. Tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere.
2. Il referente 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.
3. Il referente coordina, altresì, l'attività dei medici componenti della AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza.
4. Il referente predispose 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.

5. Il referente collabora con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), interfacciandosi con il referente per la MG del Distretto di appartenenza, per risolvere disservizi inerenti alla AFT a seguito di segnalazioni.
6. Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato il rappresentante dei medici di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.
7. L'attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12 dell'ACN
8. I Medici di Medicina Generale, che costituiscono la AFT possono tra loro concordare sostituzioni dandone comunicazione al referente.
9. In caso di assenza di un medico dell'AFT/UCCP, la continuità di assistenza ambulatoriale non differibile dei pazienti del medico impossibilitato a svolgere attività professionale è garantita dai medici dell'AFT/UCCP nella sede unica.

### **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

#### ***Standard strumentali delle AFT:***

- Collegamento in rete per condivisione cartelle cliniche dei pazienti e con UCCP di riferimento (HUB)
- Otoscopio,
- ECG collegato con centro di diagnosi per refertazione specialistica, (telemedicina)\*
- Ecografo, \*
- Eventuale Holter pressorio\*
- Eventuale Minilab\*
- Saturimetro\*
- Oftalmoscopio\*
- Sistema di sterilizzazione
- Spirometro \*
- Disponibilità di materiale per piccole medicazioni

*\*Le apparecchiature, ai sensi del Decreto 29 luglio 2022 pubblicato sulla G.U. Serie Generale n° 226 del 27/9/22, saranno fornite in comodato d'uso dalla Regione Calabria, e saranno riconsegnate alla stessa nel caso che l'AFT venga ad erogare il servizio di assistenza primaria all'Interno della Casa di Comunità.*

#### ***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
- Servizi igienici.
- Sala/e d'attesa.

***Personale di studio:***

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

Per lo svolgimento di particolari attività del Medico di Medicina Generale nelle AFT, potrà essere assegnato dal Distretto, personale la cui attività sarà organizzata del referente delle AFT per il raggiungimento degli obiettivi.

**AFT ad alta complessità (AFT – AC)**

***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

**Standard attrezzature**

- Oltre alle attrezzature presenti nelle AFT a sede unica dovranno essere presenti anche idonei strumenti per l’effettuazione di Holter dinamici e pressori e idonei strumenti per lo svolgimento di servizi di telemedicina con società o enti riconosciuti per lo svolgimento di tali attività al fine di supportare gli ambulatori di patologia.

**Attività AFT/AC**

- Copertura Assistenziale h 24 con le modalità e i tempi di seguito riportati:  
Dalle 8.00 alle 20.00, dal lunedì al venerdì, e dalle 08 alle 10 nei giorni prefestivi, le attività assistenziali saranno garantite dai medici del ruolo unico che operano nella AFT – AC ed eventualmente dai medici del ruolo unico a ciclo orario impegnati per l’espletamento di attività diurna feriale;
- Dalle 8.00 alle 20.00, dal lunedì al venerdì, i medici che operano nella AFT – AC unitamente ai medici del ruolo unico a ciclo orario di cui al punto precedente, garantiscono, nella sede unica, anche l’attività presso l’ambulatorio dedicato ai cosiddetti codici bianchi. Tale attività saranno supportate da personale infermieristico o sanitario;
- Dalle 10.00 dei prefestivi e dalle ore 8.00 dei festivi fino alle 20.00, secondo una turnazione predisposta dal coordinatore dell’AFT, il personale medico sarà supportato da personale infermieristico, messo a disposizione dalla AFT –AC, per almeno 6 ore;
- Obbligo di partecipazione alle attività di screening delle Aziende, previa contrattazione.

**Art. 2- Assistenza nei comuni con “difficoltà di erogazione dei servizi sanitari di base”**

Come esposto in premessa, il modello delle AFT/UCCP e, in futuro, delle Case di Comunità, non può costituire la soluzione “unica” per l’assistenza di prossimità in tutti i comuni della Regione Calabria a causa delle caratteristiche orografiche complesse, delle vie di comunicazione problematiche e della scarsa densità abitativa di diversi comuni.

Al fine di tutelare l’assistenza primaria nelle zone con difficoltà di assistenza, l’AIR propone un modello alternativo che, considerata l’età media degli abitanti delle aree descritte, determina un maggior impegno organizzativo assistenziale.

Per i Comuni più piccoli e/o distanti dai grossi centri e con difficoltà di comunicazione, il medico Titolare effettuerà almeno 4 ore settimanali aggiuntive rispetto a quanto previsto dall’ACN e sarà collegato funzionalmente con la AFT di riferimento.

Potrà svolgere la sua attività in uno studio singolo o in più studi anche condivisi con altri colleghi che operano nello stesso ambito territoriale e condividere personale di studio e infermieristico, assunti con orari proporzionali al numero di pazienti gestiti, compatibilmente alle risorse erogate.

Le aree con “difficoltà di erogazione dei servizi sanitari di base” saranno identificate, entro 30 gg dalla pubblicazione del presente AIR, dai Comitati Aziendali e approvate dal comitato Regionale seguendo i parametri di seguito indicati:

Le aree con “difficoltà di erogazione dei servizi sanitari di base” saranno identificate entro 30 gg dalla pubblicazione del presente AIR, dai Comitati aziendali seguendo i parametri di seguito indicati:

- comuni che singolarmente o associati ai comuni limitrofi, non raggiungono una popolazione residente di 5000 abitanti, quindi non sufficienti ad attivare una sede di AFT;
- distanza in auto di 20 minuti dalla sede di AFT o, se non ancora costituita, dal comune capofila indicato dall’Azienda come sede di AFT.
- distanza di almeno 20 minuti in auto da altri comuni vicini che **complessivamente considerati non raggiungono una popolazione assistita di 10,000 pazienti** e quindi con oggettiva difficoltà alla realizzazione di AFT strutturali.

Il medico a ciclo di scelta, che opera nei comuni come sopra previsto, oltre all’indennità di AFT in rete di € 5,5 sarà incentivato con € 5,5 divisa tra quota fissa e quota variabile (per obiettivi), prevista dal DCA 65/18 nella misura totale di 11 € di cui il 65% fisso e il 35% per obiettivi.

Il medico titolare d’incarico nei comuni definiti dal presente articolo, che non potesse esercitare l’attività per motivi non diversamente programmabili sarà sostituito da personale medico di sua fiducia o dai Medici a Ciclo orario operanti nella stessa AFT.

**LE UCCP**

Le unità complesse di cure primarie sono delle associazioni multi-professionali disciplinate dalla Legge Balduzzi 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.



Ai medici che aderiranno alle UCCP a gestione a autonoma attualmente operative nell'asp di Catanzaro, verranno corrisposte le indennità così come previste dal DCA 65 e 161 del 2018-

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.

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 autonoma della medicina generale) all'interno della sede della UCCP .

Il direttore Generale entro 30 gg dalla istituzione della UCCP, nominerà il coordinatore della stessa ai sensi dell'art 10 ACN 28/05/2022

### **Compiti del coordinatore di UCCP**

Al coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale sono affidate, in particolare, le funzioni di:

- a) Collaborazione con il Distretto alla organizzazione dei percorsi assistenziali;
- b) Relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
- c) Raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- d) Collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.

Il coordinatore predisponde, inoltre, annualmente la relazione dell'attività svolta dalla forma organizzativa multiprofessionale per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base degli indicatori di processo e di risultato definiti dall'Azienda sulla base delle priorità regionali.

Considerati i compiti assegnati al coordinatore dell'UCCP, se convenzionato, spetta una indennità aggiuntiva di€ 6.000 annua come già prevista dai DCA n° 65 e n° 161 del 2018 a cui si farà, comunque,riferimento per quanto non previsto dal presente AIR.

**Art. 3 - Reperibilità**

In specifiche aree territoriali e in zone a carenza assistenziale, una volta raggiunti i massimali per ogni singolo medico del ruolo unico a ciclo orario come previsti dall'ACN, comprese eventuali autolimitazioni autorizzate dalle Aziende, su indicazione del Comitato Aziendale, sentiti i Sindaci e valutata la riorganizzazione della Continuità Assistenziale, è possibile istituire la reperibilità DOMICILIARE per come prevista dall' art. 44 comma 6, ACN vigente.

Al servizio di reperibilità definito su base aziendale, potranno partecipare, su base volontaria, sia i medici a rapporto orario che quelli a ciclo di scelta dell'AFT di riferimento, i quali organizzeranno autonomamente una turnazione che sarà comunicata al Direttore di Distretto ed alla COT di competenza.

Ai medici sarà corrisposta una indennità di reperibilità domiciliare di € 50 parametrato a un turno di 8 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, salvo diversa contrattazione aziendale.

**Art. 4 – Attribuzione degli incarichi (Artt. 33, 34 e 63)**

Entro il 31 marzo (limitatamente alla E.S.T. anche a settembre) di ogni anno ciascuna Regione, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria e dell'emergenza sanitaria territoriale che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al art. 32 del vigente ACN.

Previa concertazione con il Comitato Regionale di MMG il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari, entro i termini previsti dal vigente ACN, chiederà alle Aziende Sanitarie Provinciali, il dettaglio degli incarichi vacanti del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (già Continuità Assistenziale) ed emergenza sanitaria territoriale che si renderanno disponibili nel corso dell'anno corrente.

Di stabilire che l'unica ed esclusiva modalità di presentazione delle domande, (entro venti giorni dalla data di pubblicazione sul B.U.R.C.), per l'assegnazione dei suindicati incarichi è attraverso la piattaforma regionale

Ai sensi dell'art. 34 dell'ACN 28 aprile 2022, saranno pubblicate le graduatorie provvisorie e l'elenco degli esclusi per l'assegnazione degli incarichi di Assistenza Primaria ad attività oraria ed emergenza sanitaria territoriale anno corrente;

Gli incarichi vacanti (Assistenza Primaria ad attività oraria ed emergenza sanitaria territoriale) verranno conferiti dal Dipartimento Tutela della Salute nello stesso giorno.

## CAPITOLO 2

### OBIETTIVI DI SALUTE

#### OBIETTIVO 1

##### Codici Bianchi:

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 12 ore dalle 8 di mattina alle 20 di sera, il MMG visiterà i pazienti afferenti alla stessa AFT, che avessero urgenze 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.

Si specifica che 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.

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.

I Distretti si adopereranno di vigilare e comunicare alle COT, le AFT operative e i medici che vi lavorano.

#### OBIETTIVO 2

##### Vaccinazioni, prevenzione cardiovascolare e oncologica

##### VACCINAZIONI

##### VISTI:

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.) 2017-2019, 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 prevedono una 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 28.04.2022 che 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;

## PREMESSA

Le vaccinazioni rappresentano l'unica strategia efficace per contrastare la diffusione delle malattie infettive prevenibili. Obiettivi fondamentali sono: 1) riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte 2) riduzione del rischio di trasmissione a soggetti ad alto rischio di complicanze o ospedalizzazione 3) riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità

## 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 art 4 ACN 28/5/2022 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 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.

Nell'eventualità ricorrano i requisiti di esclusione (gravi motivi di salute o familiari) il Medico di Assistenza Primaria, dovrà farne motivata richiesta al Direttore di Distretto. 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

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.

Per tale impegno e per il supporto di personale amministrativo, ai MMG saranno corrisposti € 1,50 oltre a quanto previsto in allegato 6 comma 7 punto B dell'ACN, solo se praticato nel proprio ambulatorio o AFT/UCCP.

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, 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 e per l'inserimento dei dati in piattaforma.

## OBBLIGHI DEL MEDICO VACCINATORE

Il MMG che effettua la vaccinazione è tenuto a:

- conoscere il target di popolazione da sottoporre a vaccinazione, nonché eventuali controindicazioni assolute e relative

- conoscere le procedure di sicurezza per la gestione dei DPI e dei rifiuti speciali derivanti da tale attività, acquisite anche tramite formazione a distanza;
- conoscere le procedure per la corretta effettuazione delle vaccinazioni secondo le specifiche redatte dalle rispettive case produttrici ed approvate dall'EMA ed AIFA;
- conoscere le procedure per la gestione di eventuali eventi avversi connessi alla vaccinazione
- essere vaccinato.

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

### REMUNERAZIONE ATTIVITA' VACCINALE

1. Remunerazione base:

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

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.

3. Remunerazione connessa ad adempimenti non strettamente correlati all'attività clinica e professionale

Viene prevista una quota aggiuntiva connessa a necessario potenziamento amministrativo nel caso in cui la vaccinazione, praticata nel proprio ambulatorio/AFT/UCCP o al domicilio del paziente, sia corredata dall'inserimento delle informazioni vaccinali su piattaforme informatiche, tempo per tempo, individuate dalla Regione: € 1,50.

### TABELLA RIEPILOGATIVA

1) Remunerazione base	€ 6,16 per singola inoculazione
2) Ulteriore remunerazione per vaccinazione effettuata a domicilio del paziente non deambulante e non trasportabile	€ 18,90 aggiuntive per ogni singola inoculazione domiciliare con un tetto massimo di remunerabilità delle vaccinazioni domiciliari pari al 2,5% della popolazione assistita

<p>3)Quota connessa a potenziamento amministrativo solo se la vaccinazione, praticata nel proprio ambulatorio/ AFT/UCCP o al domicilio del paziente, è corredata dall'inserimento dei dati vaccinali su piattaforma informatica individuata dalla Regione</p>	<p>€ 1,50 aggiuntive per singola inoculazione effettuata, corredata da inserimento dati su piattaforma informatica</p>
---	--

### 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 la numerosità delle vaccinazioni effettuate. La produzione della documentazione *avverrà di norma su base mensile*.

Al fine di semplificare le procedure burocratiche, visto l'obbligo dell'inserimento dei dati sulla piattaforma proposta dalla Regione, il MMG potrà produrre per la rendicontazione utile ai fini della retribuzione, il report ottenibile scaricando i dati dalla stessa piattaforma.

Con riferimento alla procedura di rendicontazione, l'Amministrazione Regionale si riserva di produrre apposite linee Guida, cui il beneficiario si impegna sin d'ora ad attenersi.

### 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.

**Le previsioni e gli emolumenti di cui alla tabella riepilogativa del presente paragrafo – Vaccinazioni-, concordate tra le parti prima dell'avvio della Campagna Vaccinale autunnale 2022, decorrono sin dal 25 ottobre 2022.**

### PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Il controllo programmato dei pazienti Diabetici e dei pazienti ipertesi, le attività di counselling e informazione contro il tabagismo, da sole contribuiscono a ridurre notevolmente il rischio cardiovascolare, che verrà monitorato progressivamente negli anni fino a coinvolgere almeno il 65% della popolazione tra i 35 e i 69 anni, per come previsto dal “ progetto Cuore” (20% nel primo anno, 45% nel secondo anno, 65% nel terzo anno)

#### **Patologie cardiovascolari: stratificazione dei fattori di rischio secondo Progetto Cuore (ISS)**

IL Progetto CUORE ha dimostrato che la maggior parte degli eventi cardiovascolari interessa la popolazione considerata non a rischio mentre solo un numero minore di eventi, ma con maggiore probabilità, interessa coloro che hanno un RCV >20 % (cioè la probabilità di avere un evento CV nei successivi 10 anni è maggiore del 20%).

Per questo motivo è stata realizzata una CARTA DEL RISCHIO CV che tiene conto dei principali fattori di rischio, alcuni modificabili (colesterolo totale e HDL, fumo di tabacco, ipertensione,

diabete), altri no (età e sesso). Questi fattori di rischio (FR) sono variamente combinati tra loro e presenti, molto spesso, nella stessa persona, determinando un aumento esponenziale del rischio CV. L'uso della Carta del Rischio o della sua variante di Calcolo individuale del Rischio mediante un software messo a disposizione dall'ISS tramite il Progetto Cuore, permette di evidenziare i vari fattori presenti in ciascun paziente dai 35 ai 69 anni, che non hanno ancora avuto un evento cardiovascolare, quantificandone il rischio individuale e permettendo un counseling mirato, con la possibilità di ricalcolare il punteggio a distanza di alcuni mesi (oppure 1 volta all'anno) e verificare se il rischio è diminuito (nel caso in cui il paziente ha seguito i consigli e la terapia prescritta dal proprio medico) rimasto stazionario o, addirittura, aumentato.

Tutti i software utilizzati dalla Medicina Generale permettono di fare il calcolo individuale del rischio CV, di conservare i dati, di stamparli: questo consente di fornire all'Azienda dati certi e misurabili dell'attività dei MMG nella prevenzione cardiovascolare.

I programmi più comuni in uso ai MMG dovranno prevedere la possibilità di estrarre le informazioni in modo da fornire, su richiesta dell'Azienda e in formato elettronico i dati relativi al numero di pazienti processati.

Al fine di evitare ulteriori carichi burocratici il medico potrà evitare la documentazione cartacea e fornire esclusivamente i dati in formato elettronico.

In alternativa, potrà essere utilizzato direttamente il software che mette a disposizione il Progetto Cuore, inviando i risultati anche all'ISS (Istituto Superiore della Sanità) e partecipando, così, alla stratificazione del rischio a livello non solo locale ma anche nazionale (attività già svolta dalla MG della Provincia di Cosenza, nel 2014, con l'invio di circa 1200 carte di misurazione/calcolo del rischio, al Progetto CUORE, a seguito di opportuno corso di formazione).

L'uso della carta del rischio cardiovascolare, dovrà costituire un elemento di stimolo per il paziente ed un valido strumento per il medico, per promuovere corretti stili di vita e idonee terapie che riducano il rischio cardiovascolare.

## **SCREENING E PREVENZIONE ONCOLOGICA**

I medici di medicina generale di libera scelta, parteciperanno ai progetti di screening oncologico concordati a livello regionale e provinciale a condizione che non determinino ulteriori carichi burocratici.

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 informatici dei flussi informativi.

Nella prevenzione del Cancro del Colon, i distretti effettueranno con le OOSS 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**

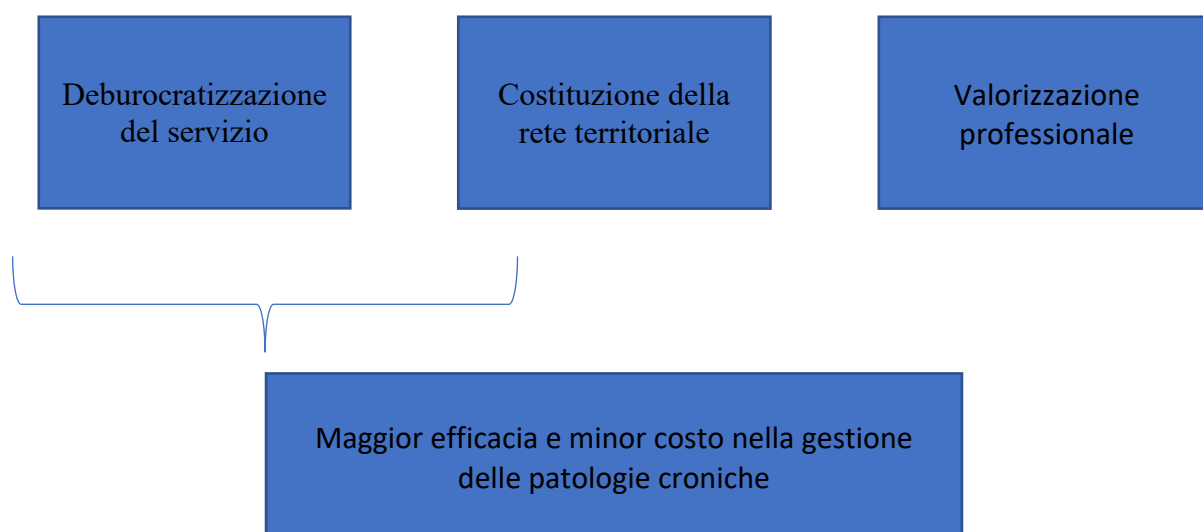
### **Patologie croniche**

#### **Chronic care model**

**La gestione delle patologie croniche in 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.

### OBIETTIVI GENERALI DEL “Chronic care model “



Le patologie croniche che saranno monitorate nel progetto sono:

- Diabete Mellito,
- Ipertensione arteriosa,
- BPCO

Per tutto quanto espresso in premessa, si rimanda all'allegato A (progetto obiettivo per il controllo delle patologie croniche) che sarà approvato entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente AIR.



## OBIETTIVO 4

### Assistenza 24/h

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

Entro 30 gg dalla firma dell'AIR, sentita la conferenza dei sindaci, verranno riorganizzate le postazioni di continuità assistenziali, 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.

L'AFT garantisce l'assistenza dalle ore 8 alle ore 20. Su richiesta dell'Azienda subordinata all'autorizzazione del Coordinatore delle AFT, le stesse potranno ospitare i MDRU a rapporto orario per la continuità assistenziale h16/24.

Nell'eventualità di gravi carenze della Continuità Assistenziale, i medici di assistenza primaria afferenti alla AFT, con scelta prioritaria per i medici con minor numero di pazienti, potranno richiedere di effettuare turnazione, nella propria AFT, dalle 20 alle 24 o anche dalle 10 del prefestivo alle ore 20 del festivo.

La retribuzione delle ore seguirà gli stessi parametri dei Medici a rapporto orario.

### Procedura operativa per l'organizzazione dell'assistenza h/24.

La richiesta assistenziale del cittadino, tutti i giorni potrà essere gestita da un numero unico. Dalle 8,00 alle 20,00 l'utente potrà contattare la propria AFT di riferimento.

Dalle 20,00 alle 8,00 e nei giorni prefestivi (dalle 10,00) e festivi, ogni distretto attiverà un servizio di risposta telefonica con personale medico del ruolo unico a rapporto orario, preferibilmente nel servizio COT.

Il medico, sarà supportato da personale infermieristico/amministrativo della COT.

L'operatore COT, nei festivi, nei prefestivi dalle ore 8 alle 24 e negli altri giorni dalle 20 alle 24, indirizzerà la chiamata alla postazione di CA, localizzata nella sede dell'AFT di riferimento o nella sede Aziendale.

Dalle ore 24 alle ore 8, 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
- 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 CFMSG dovrà essere prevista una formazione specifica alla risposta del triage.

MASSIMALI (art.38 ACN)

Atteso il permanere di criticità nel settore della CA, per comprovate esigenze di servizio, si autorizzano le Aziende del SSR, ove necessario, a conferire incarichi a tempo indeterminato per un orario settimanale di 38 ore.

**Preso atto della cronica carenza di medici, si ravvisa la necessità di derogare i medici iscritti al CFSMG dalle incompatibilità relative al doppio incarico di medici del ruolo unico a rapporto orario e a libera scelta. Per la medesima criticità, il massimale di scelta per i medici del CFSMG è elevato a 850.**

Nell'organizzazione del servizio in forme associative strutturali delle cure primarie (AFT, AFT-AC, UCCP) o nelle attività programmate territoriali di cui al Capo IV del DPR 270/2000, il conferimento dell'incarico è di 38 ore settimanali, di cui **almeno** 14 in attività prevalentemente diurne, da svolgere:

1. Prioritariamente nella UCCP o nella AFT di riferimento, su proposta del coordinatore;
2. Nelle attività Covid o eventuali emergenze sanitarie.
3. Nei servizi ADI
  1. Nel servizio di ricezione telefonica istituito nella COT di cui al punto precedente in orario diurno e nelle CURAP 116117
  2. Nelle Case e Ospedali di Comunità
  3. Presso gli Ambulatori di Continuità assistenziale o in prossimità dei DEA di I o II livello

Le 14 (12) ore diurne non possono essere cumulate ad eventuali aggiuntive notturne.

Le 14 (12) ore diurne svolte verranno interrotte non appena venga conferita la titolarità di incarico di Medico del Ruolo Unico a ciclo fiduciario.

Per i Medici del ruolo unico a rapporto orario che operano nei comuni con difficoltà nell'assistenza sanitaria individuati dai Comitati Aziendali, e per i medici incaricati nello svolgimento di visite domiciliari in corso di emergenze infettivologiche, il compenso previsto viene aumentato sino a € 30/ora.

I Medici a rapporto orario in stato di gravidanza o che abbiano figli di età inferiore ai dodici mesi, vengono esonerati a richiesta dal turno notturno 24/8.

I medici del ruolo unico, esonerati dal servizio notturno 24/8 per motivi di salute, saranno utilizzati nelle **AFT** o nelle attività distrettuali o relative ad altri servizi territoriali anche a completamento orario (38) ore in riferimento all'art. 33 della legge Regionale 8/ 2010.

– SOSTITUZIONI E INCARICHI PROVVISORI (art.36 e 37 ACN)

Preso atto del perdurare delle esigenze di servizio nel settore della CA, si autorizzano le Aziende del SSR a conferire incarichi a tempo determinato per un orario settimanale di 38 ore”.

I medici del ruolo unico a rapporto orario, custodiscono le attrezzature, i dispositivi medici, l'equipaggiamento ed i farmaci in dotazione alle AFT o presenti nelle postazioni di CA dislocate sul territorio.

Ai medici del ruolo unico a rapporto orario, ai sensi dei comma 17 e 18 dell'art. 67 dell'A.C.N. 2005 e s.m.i., sono attribuiti anche i seguenti, ulteriori compiti:

- Attivazione, qualora ritenuto necessario, del Servizio di Emergenza Territoriale. Il medico a rapporto orario dovrà attendere l'arrivo dell'equipaggio del Servizio di EST, al quale verrà

affidato il paziente per la continuità delle cure; eventuali, documentate ore aggiuntive svolte saranno retribuite come attività oraria;

- Il Medico del ruolo unico non ha competenze specifiche nel servizio di emergenza urgenza, pertanto non potrà sostituire in alcun caso, personale del settore Emergenza /Urgenza 118.
- Segnalazione al medico di assistenza primaria che ha in carico l'assistito dei casi di particolare complessità rilevati nel corso degli interventi di competenza, per la promozione della piena integrazione multi professionale anche grazie alla cartella clinica condivisa e al FSE;
- Utilizzo di linee guida e partecipazione alle attività inerenti i PDTA;
- Promozione dello sviluppo e della diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale;
- Attività straordinarie in caso di emergenze infettivologiche (sanitarie) retribuite come prestazioni di particolare impegno professionale
- Partecipazione ai corsi di aggiornamento professionali e alla formazione non obbligatoria organizzati dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria di appartenenza, ai progetti o iniziative di educazione alla salute e appropriatezza prescrittiva;
- Utilizzo di strumenti di comunicazione informatica messi a disposizione dall'Azienda nell'ambito dei progetti di prenotazione delle prestazioni e contenimento delle liste d'attesa e dei progetti di condivisione e strutturazione delle informazioni sanitarie.

Ai Medici del Ruolo unico a rapporto orario, per le attività aggiuntive sopra previste, sarà corrisposta una indennità di € 2 /ora, sul monte orario mensile.

Referente postazione di CA

Al referente di postazione di CA, individuato dal Direttore di Distretto tra i medici che operano nella sede di CA su base volontaria o, comunque, prevedendone la rotazione trimestrale obbligatoria, spettano i seguenti compiti:

- Monitoraggio del consumo dei farmaci e verifica della scadenza delle scorte nelle sedi di lavoro
- Verifica del congruo utilizzo e smaltimento dei contenitori per rifiuti speciali

Per l'espletamento dei suddetti compiti integrativi, è corrisposto, sull'intero monte orario mensile, quanto di seguito indicato:

Al Referente di postazione di CA, spetta un'ulteriore quota oraria aggiuntiva di € 2.00

Al medico del ruolo unico a rapporto orario che, per esigenze aziendali (postazioni temporaneamente non operative per carenza di personale sanitario), eroga il servizio professionale per pazienti residenti anche in ambiti aggiuntivi rispetto all'ambito contrattualmente assegnato per carenza di medici a rapporto orario, verrà erogato una indennità oraria aggiuntiva di € 5.00/ora in aggiunta agli incentivi regionali e all'indennità professionale oraria prevista nell'ACN.

Tenuto conto delle richieste delle OOSS, tali aspetti saranno oggetto di successiva rivalutazione tra struttura commissariale e le OOSS firmatarie

Nelle sedi individuate dal Comitato Aziendale, come aree a difficoltà di erogazione dell'Assistenza Primaria oraria, o ad alta intensità lavorativa, verrà corrisposto una ulteriore incentivo di € 5/ora sul monte orario mensile.

Le Aziende definiscono a livello decentrato, mediante accordi aziendali, criteri e indicatori di processo e/o di risultato dei Medici del ruolo unico a rapporto orario, adeguatamente misurabili, necessari al monitoraggio dei compiti aggiuntivi programmati previsti dal presente A.I.R.

In analogia a quanto definito per i medici a ciclo di scelta, entro il 15 gennaio dell'anno successivo dovranno essere valutati gli obiettivi prefissi a livello aziendale.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi comporta il rimborso della quota ricevuta.

#### NORME DI SICUREZZA

In considerazione degli episodi di aggressione fisica e verbale denunciati negli ultimi anni, nelle postazioni di continuità assistenziale, le Aziende si impegnano ad attivare soluzioni di pronto intervento e di sicurezza per i Medici a rapporto orario in servizio notturno e festivo. (art 44 comma 15).

## OBIETTIVO 5

### DOMICILIARITÀ DELLE CURE

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.

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.

Per tutto quanto non previsto nel presente accordo si rimanda all'allegato 6 e 7 dell'ACN 28/05/2022.

## **OBIETTIVO 6**

### **FLUSSO INFORMATIVO E FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO**

Entro 30 gg 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 fruizione piena del FSE, la sua implementazione, gli incentivi economici per il Medico di RU.

Le parti concordano sulla necessità che le informazioni presenti nella scheda sanitaria del paziente, siano estratte senza ulteriori carichi burocratici per il Medico di RU e che la sua implementazione possa essere estrapolata, in automatico, dalla cartella clinica del dispositivo attualmente in dotazione al M d.RU.

## **OBIETTIVO 7**

### **TELEMEDICINA**

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito, nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure.

Facilita, inoltre, lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

L'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, è

riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016. Del resto, l'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale integrandosi con le disposizioni della misura 6 del PNRR nelle articolazioni delle funzioni dei MMG nelle Case di comunità e delle COT, in quanto può favorire:

- la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi. L'abbattimento del fattore distanza a sua volta contribuisce a realizzare la vera integrazione MMG-specialista e ospedale-territorio;
- la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio, riducendo accessi impropri in PS e l'utilizzo incongruo del servizio di emergenza urgenza
- l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate sia nelle aggregazioni funzionali che attraverso la medicina di base in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- la coordinazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

Tale visione è coerente con quanto richiamato nelle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, in base alle quali le prestazioni ed i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale, e come tali devono sempre rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario, anche se le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità.

### **Responsabilità professionale in telemedicina**

La responsabilità professionale nel determinare l'idoneità dell'assistito alla fruizione di prestazioni di telemedicina è in capo ai medici o, per le attività di teleassistenza, agli altri professionisti sanitari che, opportunamente formati sull'uso delle tecnologie, operativamente erogano le prestazioni a distanza, in quanto deputati a individuare gli strumenti più idonei per il singolo paziente, in un'ottica di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel pieno rispetto dei diritti della persona.

D'altro canto, affinché le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, è necessaria una preventiva adesione da parte dell'assistito che si rende disponibile al contatto telematico, all'interazione documentale e informativa con il professionista sanitario e a utilizzare i previsti sistemi di comunicazione remota, secondo le normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.

Per i Requisiti minimi e gli Standard di servizio, si farà riferimento alle “Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina”, approvate in Conferenza Stato Regioni il 17 dicembre 2020.

Le attività in telemedicina, necessarie alla presa in carico delle cronicità e multi cronicità, sono da inquadrare nella ottimizzazione degli interventi multidisciplinari (teleconsulto) con il valore aggiunto dei telemonitoraggi dei pazienti domiciliari ma anche di quelli ambulatoriali.

Una valutazione multiparametrica (SO<sub>2</sub>, frequenza cardiaca, pressione, glicemia, ECG, spirometria semplice, Monitoraggio delle 24 ore della P.A.) integrerebbe l’attività di follow up del paziente, snellendo le liste d’attesa.

Le multi cronicità, per come espresso anche negli obiettivi di piano linea 5.2, necessitano di una logistica delle informazioni condivisa tra le cartelle cliniche del MMG e lo specialista.

La misura 6 del PNRR destina fondi e declina, attraverso i documenti del ministero (Agenas monitor n.47) le modalità scientificamente più efficaci e più indirizzate all’efficienza attraverso l’appropriatezza organizzativa ed erogativa.

Una buona base per poter erogare i servizi di telemedicina passa attraverso una formazione dinamica, fatta da esperti e società scientifiche, che permetta il reale utilizzo, nella pratica corrente di tali prestazioni

Sulla base di queste considerazioni, le parti sono disponibili ad integrare l’accordo firmato in modo da permettere al Medico di Medicina Generale di effettuare teleassistenza, teleconsulto e tele monitoraggi, cui si aggiungerà, nel caso delle aggregazioni funzionali la teleassistenza attraverso l’infermiere che assiste il paziente e/o il caregiver, per i pazienti con difficoltà di mobilità.

Di immediata fattibilità è il teleconsulto con lo specialista cardiologo, l’invio di ECG per la diagnosi differenziale dei sintomi precordiali e la telespirometria per intervenire precocemente nelle riacutizzazioni della BPCO

Forme di sperimentazione saranno effettuate in ambito aziendale e valutate dal comitato regionale, in considerazione dei risultati ottenuti valutati sulla base del rapporto costo/beneficio.

Le Aziende faranno riferimento al fondo indistinto per la copertura degli incentivi e dei costi per la telemedicina con priorità per: refertazione EGC a distanza, teleconsulto specialistico, pneumologico e diabetologico, nonché dermatologico e per le azioni della rete del dolore, in particolare per i comuni con difficoltà di erogazione di assistenza primaria e per i pazienti in ADI e ADP al fine di ridurre gli accessi.

Non è obbligo del medico di MMG effettuare prescrizioni di farmaci ed esami tramite piattaforme multimediali ( Whatsapp – SMS – foto) né tantomeno fornire consulenze. Nel caso il Medico si voglia avvalere di tali strumenti sono sempre da utilizzare negli orari di lavoro previsti dal contratto.

- COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI (Art.51 ACN)

Ai sensi dell'art.51, comma 7, ACN 28/04/2022, sono confermati gli incarichi in essere e le indennità di cui all'art.23. – COMPITI E DOVERI DEL MEDICO – AIR 16/09/2006.

- **INDENNITA' AGGIUNTIVA PER LA QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE**

Al fine di migliorare la qualità del servizio e delle prestazioni erogate, i medici della medicina dei servizi si impegnano a partecipare ai corsi di aggiornamento professionale e alla formazione anche non obbligatoria organizzata dalla Regione e dalle Aziende del SSR di appartenenza.

Ai sensi dell'art.57, comma 3, A.C.N. 28/04/2022, sono, inoltre, doveri e compiti del medico della Medicina dei Servizi Territoriali:

- la partecipazione ai progetti assistenziali definiti da accordi regionali e aziendali;
- la valorizzazione del ruolo delle cure primarie nella gestione globale della salute del cittadino da parte dell'assistenza territoriale;
- la partecipazione alle attività di clinical governance e governo della domanda;
- la partecipazione alle attività di valutazione, verifica e miglioramento degli interventi preventivi diagnostici, clinici e terapeutici e di misurazione dell'efficacia, compresi i sistemi di misurazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed appropriatezza delle prestazioni nei livelli di assistenza;
- la partecipazione all'implementazione delle attività di utilizzo di linee guida e di attuazione dei PDTA.

Le Aziende avranno cura di garantire la promozione di scelte organizzative che assicurino l'apporto di tutti i professionisti.

Al medico della medicina dei servizi territoriali che partecipa ai progetti obiettivo, ai programmi e alle attività stabilite dal presente accordo 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.

Le Aziende 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 integrativi programmati previsti dal presente A.I.R.

In analogia ai medici a ciclo di scelta entro il 15 gennaio successivo dovranno essere valutati gli obiettivi prefissi a livello aziendale.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi comporta il rimborso della quota ricevuta

### CAPO III – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

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

– ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI (art.63 ACN)

Al termine delle procedure di assegnazione degli incarichi individuati vacanti dalle AA.SS.PP., pubblicati dalla Regione Calabria e assegnati con le procedure previste dall'art.63 dell'ACN, al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, si autorizzano le AA.SS.PP. del SSR ad attuare 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.



**FORMAZIONE CONTINUA ECM (art. 26 ACN)**

In relazione a quanto previsto dai commi 6 e 7, la partecipazione, alle iniziative formative, rientra nei compiti retribuiti (retribuzione base) ;

**TRATTAMENTO ECONOMICO (art. 68 comma 4 ACN)**

Le ore eccedenti le 38 ore settimanali, se richieste dall'Azienda, saranno retribuite con un aumento del 30% rispetto alla remunerazione oraria omnicomprensiva delle indennità accessorie.

**TITOLO II – ATTIVITA' DELLA MEDICINA GENERALE  
CAPO IV – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI**

I medici incaricati di rapporto di convenzione per l'assistenza penitenziaria di cui all'art 70 ACN 28/5/2022 possono effettuare progetti obiettivi concordati a livello aziendale per la promozione della salute e per il benessere psicofisico della popolazione carcerario assistita in considerazione delle particolari situazioni di privazione della libertà e riduzione delle attività.

Ai medici incaricati di rapporto di convenzione per l'assistenza penitenziaria di cui all'art 70 ACN 28/5/2022 in considerazione della tipologia dell'attività lavorativa e delle particolari condizioni di rischio, verranno corrisposti € 10 (dieci)/ ora aggiuntivi rispetto a quanto previsto dall'ACN del 28/05/2022.

**Responsabile/Referente di cui al comma 5, art. 71 – MEDICI OPERANTI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI – ACN**

Al Responsabile/Referente è riconosciuto un compenso aggiuntivo di € 3 (tre) commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti.

**CAPITOLO 3  
ASPETTI NORMATIVI**

**ATTIVITÀ DIDATTICA**

1. 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.
2. 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.
- 3) 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;
- 4) Per l'attività svolta come Tutor nei CFSMG il medico 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.

#### **RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE.**

1. Il rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, già definito ai sensi del vigente ACN, prevede per l'attività a ciclo di scelta un medico ogni 1.000 abitanti residenti (1:1.000) o frazione di 1.000 superiore a 500, seguendo le procedure previste dall'ACN;
2. Ai sensi dell'art 32 comma 7, negli ambiti territoriali i cui medici a ciclo di scelte già inseriti abbiano una media di pazienti in carico inferiore a 1000 e alla effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale, i comitati aziendali potranno definire un rapporto medico / paziente superiore ad 1/1000 sempre nei limiti previsti dall' ACN;
3. Per l'attività oraria si fa riferimento a rapporto ottimale previsto dall'ACN 1 medico/24h / 5000 abitanti, salvo deroghe per i paesi montani e per come previsto dall'art 32 comma 2 II cap.;
4. Viene fatto salvo il monte salariale previsto al 31/12/2015;
5. 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;
6. In caso di modifica di ambito territoriale, il medico conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, nel rispetto del diritto di scelta degli assistiti.
7. La AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale.
8. I medici del ruolo unico a ciclo fiduciario ai quali viene attribuito l'incarico carente, entrano nella AFT di riferimento. Nel caso di più AFT presenti nello stesso ambito territoriale saranno assegnati alla AFT con minor rapporto medici/pazienti.
9. Nel caso che si determini carenza assistenziale:

#### **A. PER CARENZA DI MEDICI A CICLO DI SCELTA**

1. Nell'eventualità eccezionale, che la zona carente di medicina generale non possa essere assegnata, per carenza di medici di medicina generale, espletate tutte le procedure previste dall'ACN, incluse le deroghe al massimale, al fine di garantire assistenza ai pazienti, potrà in deroga all'ACN, essere prorogata la presenza del MMG dell'ambito territoriale carente, anche oltre il limite previsto dei 70 anni, per un massimo di due anni. Nel caso di indisponibilità del medico ad accettare l'incarico, potranno essere richiamati i medici di medicina generale in pensione residenti nello stesso comune, o in mancanza nel distretto, con precedenza per i medici con minore età e sino ad un massimo di 72 anni, e comunque decade nel momento in cui viene assegnata la zona carente.

B. PER CARENZA DI MEDICI AD ATTIVITÀ ORARIA, tenendo conto del seguente ordine di priorità:

- I. medici già operanti nella AFT disponibili all'ampliamento di attività oraria nel limite del massimale orario;
- II. medici a ciclo di scelta, nel limite di quanto stabilito all'articolo 38, comma 7, già operanti nella AFT;
- III. riconduzione all'unicità del rapporto di lavoro dei medici di cui all'articolo 31, comma 4.

Nell'ambito delle categorie di cui alle lettere A e B i medici disponibili sono graduati nell'ordine della maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato e della minore età.

.Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, l'Azienda procede all'inserimento di medici ai sensi dell'articolo 33 dell'ACN.

## APERTURA 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.

1. 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:
  - o 5 ore fino a 500 assistiti;
  - o 10 ore da 501 a 1.000 assistiti;
  - o 15 ore da 1.001 a 1.500 assistiti;
  - o 18 ore nei casi previsti dall'articolo 38, comma 2 dell'ACN.

2. Il medico iscritto nell'elenco può effettuare l'attività oraria prevista dal comma 1 nel suo studio o nello studio professionale dell'AFT. A condizione che rispetti le fasce di apertura e gli orari minimi
3. Il Direttore del Distretto è responsabile della verifica degli orari
4. 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

#### MASSIMALE INDIVIDUALE

1. Il massimale individuale è regolamentato dall' art 38 dell'ACN. Il massimale individuale è fissato nel limite di 1500 pazienti, con le deroghe previste dall'ACN vigente.

### CAPITOLO 4

#### Trattamento economico

Gli effetti finanziari, di cui al presente Accordo Regionale per i MDRU decorreranno dalla data di pubblicazione del DCA del Commissario ad acta sul BUR Calabria e troveranno capienza nelle quote attribuite alle Aziende Sanitarie provinciale 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.

Gli stessi incentivi, previsti dall'AIR 2006, al pensionamento del medico che ne usufruisce, confluiranno nel fondo aziendale per il finanziamento delle AFT. Di cui al punto successivo

Il finanziamento Regionale previsto dal DCA 65/2018, viene integrato, con il presente AIR, con **ulteriori FONDI**, al fine di raggiungere gli obiettivi assistenziali della Medicina Generale, garantendo uniformità, equità, capillarità su tutto il territorio regionale.

E'istituito 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

Tale fondo 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.

Pertanto, l'indennità professionale per la partecipazione alle AFT a sede unica e per i medici che operano nei comuni con "difficoltà di erogazione dei servizi sanitari di base", è erogata mensilmente nella misura di € 11 /paziente /annuo, costituita da un incentivo di € 7,70 per le ore aggiuntive di ambulatorio /AFT rispetto all'ACN e di € 3,30 per il raggiungimento degli obiettivi.

Per i medici che lavorano esclusivamente in AFT in rete, resta fissa l'indennità professionale prevista nel DCA 65 /18 di € 5,50 di cui il 35% legato agli obiettivi.

Ai medici in AFT in Rete, che lavorano in comuni definiti a difficoltà di erogazione dell'assistenza sanitaria, verrà erogato un ulteriore incentivo di € 9,30 per indennità di zona disagiata, finalizzato all'assunzione di assistente di studio medico o in alternativa personale infermieristico di supporto.

L'indennità di struttura è di € 5,00/paziente/ anno (per i MMG che aderiscono alle AFT a sede unica, autonoma ). L'indennità di struttura non è soggetta ad obiettivi.

L'indennità professionale sarà erogata in dodicesimi e a quota piena.

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.

Nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, il 30% della quota variabile erogata nell'anno, sarà detratta al medico nei primi tre mesi dell'anno successivo.

#### Quota Per Obiettivi

Gli incentivi previsti relativamente al fondo riportato nell'art 47 comma B sub I , II, III dell'ACN, come obiettivi per ogni singolo medico, sono previsti nella prima parte dell'allegato A e fissati percentualmente in:

- Obiettivi previsti per il Diabete Mellito                                      quota 33,3%
- Obiettivi previsti per la BPCO    quota 33,3%
- Obiettivi previsti per l'ipertensione arteriosa                                      quota 33,3%

l'eventuale mancato raggiungimento di uno degli obiettivi comporterà la mancata erogazione della relativa quota percentuale prevista per quella singola voce.

Per la quota variabile pari al 35% dell'indennità professionale di AFT già prevista dal DCA 65/2018, per ogni singolo medico, il mancato raggiungimento degli obiettivi di prevenzione cardiovascolare e/o la mancata adesione alle campagne vaccinali non obbligatorie e/o la mancata adesione alle campagne di screening oncologico, comporterà una riduzione dell'incentivo pari al 33,3% per singola voce

Al fine di migliorare le attività di diagnosi, nella AFT, i medici che hanno eseguito master e percorsi di aggiornamento professionale o sono in possesso del titolo di specialità di branca, possono effettuare "in office", per i pazienti afferenti ai medici della stessa AFT, elettrocardiogramma, spirometria, ecografia che verranno retribuite come attività di particolare impegno professionale sino ad un massimo previsto dall'ACN del 20% della quota A. Le tariffe previste, inferiori a quelle individuate dal nomenclatore tariffario vigente, sono:

Ecografia "in office" € 30

ECG " in office" € 10

Spirometria “ € 18

Nel report per la retribuzione, il medico indicherà nome e cognome e codice fiscale del paziente con relativa firma dello stesso per avvenuta esecuzione (Allegato B).

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

**TABELLA RIASSUNTIVA INCENTIVI FORME ASSOCIATIVE**

<b>TIPOLOGIA AFT</b>	<b>INDENNITA' PROFESSIONALE</b>	<b>INDENNITA' STRUTTURA</b>	<b>Sintesi servizi offerti</b>
Medici in comuni con difficoltà di erogazione A.P	11 €	5 €	4 ore settimanali aggiuntive di apertura ambulatorio se singolo medico.  Sede unica con apertura per 6 ore distribuite tra mattina e pomeriggio tra due o più medici
AFT IN RETE	5,5 €	0	Collegamento in rete e organizzazione degli orari a copertura delle 12 ore
AFT a SEDE UNICA	11 €	5 €	Sede unica con apertura 12 ore e con possibilità di apertura C.A.
AFT ad alta complessita'	11 €	12 € tale indennità assorbe tutte le indennità percepite	H 24 con presenza nella struttura della postazione di C.A.
UCCP	11 €	14 €	H 24 con presenza nella struttura della postazione di C.A. e approccio multiprofessionale

## 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 pluripatologia.

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 .**

- 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) \*

**Motivazioni e descrizione degli interventi su : Diabete, Ipertensione arteriosa, BPCO**

**Diabete Mellito :**

Il Diabete mellito (DM) è una malattia cronica, degenerativa associata ad un alto rischio di complicanze croniche e patologie concomitanti, con un impatto significativo sia sull'aspettativa che sulla qualità di vita .

Da tali complicanze scaturiscono conseguenze notoriamente invalidanti poiché compromettono la funzionalità di organi essenziali, quali: malattie cardiovascolari, ipertensione, dislipidemia, nefropatia diabetica, neuropatia diabetica, retinopatia diabetica, piede diabetico e disfunzione erettile. Le conseguenze del diabete mellito non possono essere trascurate, in quanto il potenziale impatto economico del diabete è molteplice: da una parte emergono considerevoli costi diretti sanitari che comprendono i costi per ricoveri ospedalieri, cure infermieristiche, prestazioni specialistiche, farmaci, monitoraggio del glucosio (SMBG) e cura di eventi ipoglicemici; dall'altra un paziente affetto da diabete è soggetto all'incapacità di lavorare a pieno regime o del tutto, con conseguente riduzione della produttività o prepensionamento. Nonostante l'importanza di questa malattia, studi approfonditi sui costi del diabete sono limitati, in particolare quelli che includono i costi indiretti causati dalla malattia.

Uno studio epidemiologico condotto in Italia descrive il diabete mellito come una malattia molto diffusa nella popolazione; la stima della prevalenza è pari al 5,8% nel 2010, con un trend in aumento (+ 13% rispetto alla precedente analisi del 2007); di questi, il 4% sono stati stimati con DM di tipo 1. Le informazioni riguardanti i costi diretti a livello nazionale sono parziali. Il rapporto ARNO [1] stima che il costo medio annuo per paziente speso dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) Italiano è pari a 2.756 nel 2010, il 57% dei quali a causa di ospedalizzazione, il 29% ai farmaci, e il 14% ai servizi specialistici.

Tuttavia, non esiste una terapia del diabete standard per tutti i pazienti, ma è diversificata in vari tipi di trattamento: terapia orale (OT), terapia orale basale di supporto con insulina (BOT) e terapia insulinica basal bolus (BBT).

Uno studio europeo pubblicato nel 2010, mirato al confronto del costo nazionale del DM tra 5 paesi dell'EU, riporta che, in Italia, i costi diretti sanitari per farmaci, ospedalizzazioni e specialistica ammontavano a circa 7,92 miliardi di euro. Inoltre, gli autori hanno riportato una stima dei costi indiretti sostenuti dallo stato Italiano nel 2010 per Assenza dal lavoro (5,36 miliardi), Pre pensionamento (7,19 miliardi) e Social benefit (0,97 miliardi), per un totale di circa 12,64 miliardi. In questo contesto, amplificare la possibilità di intervento del MMG, soprattutto nelle prime fasi di rilievo della malattia, potrebbe sensibilmente ridurre le spese per la semplificazione nell'accesso alle cure da parte del paziente (assenza di liste d'attesa, accesso immediato in caso di urgenza). Infatti il sistema di lavoro del medico di medicina generale, professionista autonomo, non essendo legato a orari come il personale dipendente ed avendo una "flessibilità" nell'erogazione dei servizi, si pone in condizione ottimale per il controllo di malattie croniche come il diabete, che hanno necessità di continui monitoraggi e presentano improvvise variazioni dei parametri di controllo.

Il sistema di "richiamo" del paziente ai nuovi controlli, necessita di personale non medico, assistente di studio, personale infermieristico, opportunamente formato.

In breve, le possibili azioni del medico di medicina generale sono :

**Attività di prevenzione:** i medici di medicina generale attiveranno programmi educativi relativi a: modificazioni degli stili di vita e indicazioni su una corretta alimentazione per i pazienti con alterata glicemia a digiuno e sindrome metabolica, rilevata da controlli routinari o valutata sulla base di predisposizioni familiari.

**Attività di Diagnosi e controllo programmato:** oltre ai programmi educativi e all'attività di counselling e di consigli alimentari, per i pazienti diabetici, il medico farà effettuare rilievo e registrazione di: glicemia a digiuno ed emoglobina glicata, rilievo di microalbuminuria, colesterolo totale, HDL, trigliceridi ogni anno. Prima valutazione di danno d'organo: (ECG, fondo oculare, ecocardiogramma, ecocolordoppler arti inferiori ed epiaortico).

Successive valutazioni saranno programmate in considerazione della gravità della progressione della patologia. *(in tale attività, il medico di medicina generale, esercita una attività professionalmente rilevante in base ad una serie di considerazioni: conoscenza del paziente e delle sue condizioni familiari e lavorative, considerazioni cliniche e strumentali, effettuando una selezione dei pazienti a maggior rischio da sottoporre a controlli ravvicinati, riducendo l'accesso a diagnostica strumentale per i pazienti con buon controllo della patologia.)*

Tale attività, supera la rigidità standardizzata delle linee guida riducendo l'impatto economico del controllo delle patologie croniche e favorendo la sostenibilità del sistema.

Il Medico del ruolo unico a ciclo di scelta, in considerazione del rischio e della gravità della patologia, redigerà per il paziente diabetico un **PAI (Piano Assistenziale Individuale)**



### **Malattie Respiratorie Croniche:**

La BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva) rappresenta un importante problema di sanità pubblica ed è una delle maggiori cause di mortalità e morbidità cronica a livello mondiale.

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è al momento la quarta causa di morte nel mondo, ma le proiezioni la pongono al terzo posto tra le cause di morte entro il 2030.

Oltre 3 milioni di persone sono decedute nel mondo per la BPCO nel 2012, rappresentando complessivamente il 6% di tutti i decessi. Globalmente, si prevede che il costo della BPCO aumenti nei prossimi decenni a causa della continua esposizione ai fattori di rischio e per l'invecchiamento della popolazione.

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una comune malattia, prevenibile e trattabile, caratterizzata da persistenti sintomi respiratori e limitazione al flusso aereo, dovuta ad anomalie delle vie aeree e alveolari solitamente causate da una significativa esposizione a particelle nocive o gas.

La limitazione cronica al flusso aereo caratteristica della BPCO è causata in parte dalle alterazioni a carico delle piccole vie aeree (bronchiolite ostruttiva) e in parte dalla distruzione parenchimale (enfisema); il contributo di ciascuna di queste due componenti varia da un individuo all'altro.

Il fattore di rischio più comune per la BPCO è il fumo di tabacco, ma anche altri tipi di fumo come pipa, sigaro, pipa ad acqua, marijuana sono fattori di rischio per la BPCO.

L'inquinamento all'aperto, occupazionale, e indoor - questi ultimi derivanti dall'utilizzo di combustibili da biomassa - sono altri principali fattori di rischio per BPCO.

Anche i non fumatori possono sviluppare la BPCO.

La BPCO è il risultato di una complessa interazione di esposizione cumulativa a lungo termine a gas nocivi e particelle, combinata con una varietà di fattori dell'ospite tra cui il profilo genetico, l'iperreattività delle vie aeree ed il minor sviluppo del polmone durante l'infanzia.

L'inquinamento indoor - da biomassa combustibile usata per cucinare e riscaldare in abitazioni con poco sfiato, è un fattore di rischio che colpisce in particolare le donne nei Paesi in via di sviluppo.

L'esposizione professionale - tra cui le polveri organiche ed inorganiche, agenti chimici e gas di scarico, sono fattori di rischio sottostimati per BPCO.

L'inquinamento dell'aria esterna - a cui contribuisce anche il carico globale polmonare di particelle inalate, anche se sembra avere un effetto relativamente piccolo nel causare BPCO.

Fattori genetici - come deficit ereditario grave di alfa-1 antitripsina (AATD).

Età e sesso - l'invecchiamento e il genere femminile aumentano il rischio di BPCO.

La crescita e lo sviluppo del polmone - qualsiasi fattore che influenza la crescita polmonare durante la gestazione e l'infanzia (basso peso alla nascita, infezioni respiratorie, ecc.) ha il potenziale di aumentare il rischio di un individuo di sviluppare la BPCO, inoltre vi è una forte evidenza che il rischio di sviluppare BPCO è inversamente correlato allo status socioeconomico.

L'asma e l'iperreattività delle vie aeree –

l'asma può essere un fattore di rischio per lo sviluppo di limitazione del flusso aereo e della BPCO.

La bronchite cronica - può aumentare la frequenza delle riacutizzazioni totali e gravi.

Infezioni - una storia di infezioni respiratorie gravi durante l'infanzia è stata associata con ridotta funzione polmonare e aumento dei sintomi respiratori in età adulta.

Da questa breve sintesi, è evidente l'osservazione che vi sono dei fattori modificabili, e NON modificabili.

Il ruolo del MMG nel counselling sul paziente con le azioni di richiamo programmato, potrebbe ridurre i "fattori di rischio".

La diagnosi clinica di BPCO dovrebbe essere presa in considerazione in tutti i pazienti che presentano dispnea, tosse cronica o espettorazione e/o una storia di esposizione ai fattori di rischio per la malattia. Una dettagliata anamnesi è essenziale in un caso noto o sospetto di BPCO.

La spirometria è necessaria per fare la diagnosi clinica; la presenza di un rapporto  $FEV_1/FVC < 0.70$  post-broncodilatatore conferma la presenza di ostruzione bronchiale persistente e quindi della BPCO nei pazienti con sintomi appropriati e significative esposizioni a stimoli nocivi.

Screening del deficit di Alfa-1 antitripsina (AATD).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda che tutti i pazienti con una diagnosi di BPCO debbano essere sottoposti a questo screening almeno una volta nella vita, soprattutto nelle zone con elevata prevalenza di deficit di alfa-1-antitripsina (AATD).

Una bassa concentrazione (<20% normale) è altamente suggestiva di deficit omozigote.

Tutti i membri della famiglia di un paziente affetto da tale deficit dovrebbero essere sottoposti a screening.

La Regione valuterà la possibilità di poter offrire, nei casi selezionati, su proposta motivata dal Medico di Famiglia, la possibilità di effettuare lo screening del deficit di alfa 1 antitripsina e successivamente, in accordo con il genetista, l'eventuale test genetico.

Il MMG di libera scelta in considerazione del rischio e della gravità della patologia, redigerà per il paziente affetto da BPCO, un **PAI (piano assistenziale individuale)**

## **Ipertensione arteriosa**

Attività di diagnosi e controllo programmato: oltre ai programmi educativi e all'attività di counselling e di consigli alimentari e stili di vita, il medico effettuerà le iniziali indagini per valutare se trattasi di ipertensione essenziale o ipertensione secondaria. In caso di sospetti di ipertensione secondaria invierà il paziente allo specialista di riferimento per una valutazione di secondo livello.

Se trattasi di ipertensione essenziale di recente riscontro valuterà eventuali danni d'organo richiedendo e registrando: ECG, ecocardiogramma, ecocolordoppler TSA, urine, assetto lipidico, fondo oculare.

Effettuata la prima valutazione, le successive indagini strumentali, in analogia con quanto già espresso per il diabete, saranno richieste in considerazione della gravità della progressione della patologia. (in tale attività, il medico di medicina generale, esercita una attività professionalmente rilevante in base ad una serie di considerazioni: conoscenza del paziente e delle sue condizioni familiari e lavorative, considerazioni cliniche e strumentali, effettuando una selezione dei pazienti a maggior rischio da sottoporre a controlli ravvicinati, riducendo l'accesso a diagnostica strumentale per i pazienti con buon controllo della patologia.) Tale attività supera la rigidità standardizzata delle linee guida riducendo l'impatto economico del controllo delle patologie croniche e favorendo la sostenibilità del sistema

Il MDRU a libera scelta in considerazione del rischio e della gravità della patologia, redigerà per il paziente iperteso un **PAI (piano assistenziale individuale)**

- **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 il 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.

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

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

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

\* L' esecuzione del PAI potrà essere inserita tra gli obiettivi AIR, solo dopo l' effettivo collegamento del FSE con i dispositivi 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

## - II livello di intervento della Medicina Generale nelle patologie croniche

Diabete, ipertensione arteriosa e BPCO necessitano di diagnostica strumentale di primo livello per la definizione del rischio e la valutazione della progressione del “danno d’organo”.

E’ stata ampiamente espressa in premessa, l’impossibilità di poter sottoporre 800.000 pazienti a valutazione specialistica, pertanto le AFT e UCCP, potranno effettuare un primo livello di valutazione anche strumentale e inviare alla seconda valutazione specialistica, i soli pazienti in condizioni di rischio per primo rilievo di danno d’organo o rapida progressione di una condizione patologica già nota.

Pertanto, obiettivo del progetto, è la riduzione delle liste d’attesa nelle patologie croniche e un miglior controllo clinico dei pazienti, migliore qualità e aspettativa di vita.

Si specifica che, le valutazioni strumentali effettuate nel progetto, non sostituiscono le attività specialistiche di branca, ma costituiscono solo una valida opportunità di screening della popolazione ed identificazione dei pazienti che necessitano di successiva valutazione specialistica clinico/strumentale.

Tale progetto permette quindi effettuare una selezione dei pazienti a rischio inviando alla valutazione specialistica i soli pazienti che necessitano di valutazione di II livello evitando che tutti i pazienti accedano in modo improprio con conseguente riduzione delle liste d’attesa richieste.

**Per una gestione efficace delle cronicità, al fine di conseguire gli obiettivi previsti dal vigente ACN all’art. 4, comma 1, lettere a, c e d, la Regione Calabria, entro 60 giorni dall’entrata in vigore del presente Accordo, istituirà un Tavolo Tecnico per la definizione di Pacchetti Assistenziali Complessi (PAC), diversificati in base alla classificazione di gravità della patologia cronica considerata e alla correlata stratificazione del rischio.**

In questo contesto le AFT/UCCP potranno effettuare per i pazienti sottoposti a controllo:

Patologia	Esami	Tempi esecuzione
Diabete	Ecocolordoppler TSA Ecocolordoppler Art ArtInf Ecg Ecocardiogramma	Da definire a cura di un Tavolo Tecnico Regionale
Ipertensione arteriosa	Ecocolordoppler TSA Ecg Ecocardiogramma	Da definire a cura di un Tavolo Tecnico Regionale
BPCO	Spirometria	Da definire a cura di un Tavolo Tecnico Regionale

### 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 ai settori 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. Ai Medici a ruolo unico a ciclo di scelta, che parteciperanno al progetto di rilevazione INFLUNET, saranno corrisposti crediti formativi ECM pari alla metà del fabbisogno annuo.
5. Vengono confermati, per i medici del ruolo unico a ciclo orario e per i medici dell’Emergenza Sanitaria Territoriale, gli incentivi previsti per i superfestivi nei precedenti accordi, incrementati del 20%
6. Entro 60 giorni dall’approvazione del presente AIR saranno definiti i criteri di remunerazione dei Medici che nelle condizioni previste potranno continuare la loro attività oltre i 70 anni di età:
7. 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.

**Clausola di salvaguardia**

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