

Da: friuliveneziagiulia@pec.snaml.org
Inviato: giovedì 18 aprile 2024 15:18
A: salute@certregione.fvg.it
Oggetto: Trasmissione bozza AIR triennale. Proposte per AIR Stralcio 2024
Allegati: AIR 2024_18-04-24=Bozza SNAMI.pdf

Buongiorno,

si trasmette quanto in oggetto.

Inoltre, visto che difficilmente la declinazione dell'ACN 28.04.2022, che innova l'organizzazione dell'assistenza territoriale adeguandola alle previsioni della cd. Legge Balduzzi del 2012 che introduce AFT/UCCP e Ruolo Unico quali elementi caratterizzanti e determinanti, avrà effetto prima della fine del 2024 e che è entrato già in vigore il 04.04.2024 l'ACN 2019-2021, SNAMI propone di addivenire al più presto alla stipula di un **AIR Stralcio per il 2024** in continuità con gli obiettivi definiti con l'AIR 2023 – DGR. 545/2023 – utilizzando le risorse indicate dall'ACN 2022 e dall'ACN 2024 (art. 47) a cui si sommano i residui pregressi non ancora quantificati nonostante la previsione del predetto AIR 2023 e le nostre insistenti richieste di fornire dati e numeri.

Rimanendo in attesa di cortese riscontro, si porgono distinti saluti

Dott. Stefano Vignando
Presidente S.N.A.M.I.
Regione FVG



**Proposta SNAMI FVG di Modifica e Integrazione
della Bozza presentata dalla Parte Pubblica**

----- <> -----

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
PER L'ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
TRIENNIO 2016 – 2018 RESO ESECUTIVO IL 28.04.2022**

tra la regione Friuli Venezia Giulia e
le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale

In data alle ore ha avuto luogo l'incontro tra la Delegazione trattante di parte pubblica della Regione Friuli Venezia Giulia e la Delegazione trattante di parte Sindacale al termine della quale le parti hanno approvato la seguente ipotesi di Accordo integrativo regionale di attuazione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale triennio 2016 – 2018 reso esecutivo il 28.04.2022

L'assessore alla salute, politiche sociali
e disabilità Regione Autonoma FVG
dott. Riccardo Riccardi

F.I.M.M.G. FVG
dott. Fernando Agrusti

S.N.A.M.I.
dott. Stefano Vignando

S.M.I.
dott. Lorenzo Cociani

FEDERAZIONE CISL MEDICI
dott. Ventrella

Sommario

PREMESSA	4
CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA	4
PARTE I – APPLICAZIONE ACN.....	4
1. COORDINATORE DELLA FORMA ORGANIZZATIVA MULTIPROFESSIONALE (UCCP) (ART. 10).....	4
2. PARTECIPAZIONE A COMITATI E COMMISSIONI (ART. 17).....	5
3. SOSPENSIONE DALLE ATTIVITÀ CONVENZIONALI PER CORSI DI FORMAZIONE (ART. 22, co. 2, lett. e) .	5
4. FORMAZIONE CONTINUA (ECM) (ART. 26)	5
5. ATTIVITÀ DIDATTICA (ART. 27).....	6
6. REFERENTE DI AFT (ART. 30).....	7
7. COMPONENTE DELL’UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI (UCAD) (ART. 30)	8
8. RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE. (ART. 32)	9
9. REQUISITI DEGLI STUDI MEDICI (ART. 35).....	9
10. MASSIMALE E SUE LIMITAZIONI (ART. 38).....	10
11. COMPITI DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA. (ART. 43).....	10
Protocollo per la disciplina dell' assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali	
12. ATTIVITÀ ASSISTENZIALE A PRESTAZIONE ORARIA. (ART. 44)	11
Reperibilità domiciliare.....	11
13. ASSISTENZA AI TURISTI E VISITE OCCASIONALI (ART. 46)	11
14. RIPARTIZIONE QUOTA CAPITARIA ANNUA DERIVANTE DAL FONDO PER LA PONDERAZIONE QUALITATIVA DELLE QUOTE CAPITARIE. (ART. 47, COMMA 2, A, V).....	12
15. MODALITÀ PER LA CORRESPONSIONE DELLA QUOTA VARIABILE DERIVANTE DAI FONDI PER L’EFFETTUAZIONE DI SPECIFICI PROGRAMMI DI ATTIVITÀ FINALIZZATE AL GOVERNO CLINICO (ART. 47, COMMA 2, B, I)	12
Ripartizione del fondo	13
Accordo attuativo aziendale (AAA).....	13
Valutazione e monitoraggio delle progettualità	14
16. QUOTA PER SERVIZI (ART. 47, COMMA 2, C.)	14
Assistenza Domiciliare (All. 8 ACN)	
17. QUOTA DEL FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI (ART. 47, COMMA 2, D.)	15
a) Forme associative	16
b) Collaboratore di studio	Errore. Il segnalibro non è definito.
c) Infermiere professionale o altri professionisti sanitari.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
d) Indennità per la funzione informativo-informatica	Errore. Il segnalibro non è definito.
18. QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI (ART. 47, COMMA 2 LETT. E)	17
Zone disagiate e disagiatissime	Errore. Il segnalibro non è definito.
PARTE II - INTEGRAZIONI REGIONALI	18
19. OBIETTIVI DI AFT.....	18

20.	CONTRIBUTO D'INGRESSO UNA TANTUM.....	18
21.	DISPONIBILITÀ ORARIA	19
22.	INDENNITÀ PER GIORNI "SUPERFESTIVI"	19
23.	QUOTE DI INCENTIVAZIONE DEI MEDICI A RAPPORTO ORARIO.....	19
PARTE III – ATTIVITÀ E INCENTIVI A ISORISORSE.....		20
24.	UFFICIO DISTRETTUALE PER LA MEDICINA GENERALE – UDMG	20
25.	ULTERIORI COMPITI DEI MEDICI A RAPPORTO ORARIO	20
26.	INTEGRAZIONE TRATTAMENTI ECONOMICI.....	21
27.	AUMENTO TEMPORANEO DEL MASSIMALE.....	21
28.	COPERTURA STRAORDINARIA SEDI DI RIFERIMENTO DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	21
NORME TRANSITORIE E FINALI.....		22
29.	ISTITUZIONE COLLEGIO AZIENDALE DI CONCILIAZIONE	22
30.	TRATTAMENTO ECONOMICO.....	22
31.	ISTITUTI IMMEDIATAMENTE APPLICABILI.....	22
32.	AIR SCA 2019	22
33.	ISTITUZIONE NUOVE FORME ORGANIZZATIVE	22
34.	ULTRATTIVITÀ ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI	22
35.	LIMITI DEGLI ACCORDI ATTUATIVI AZIENDALI	23
REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE.		23
ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI.....		24

PREMESSA

Visto l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – triennio 2016-2018 sottoscritto in data 20.01.2022 entrato in vigore il 28.04.2022 a seguito dell'assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome;

Considerato che l'art. 3 del nuovo ACN disciplina il livello di negoziazione regionale cui compete definire l'Accordo Integrativo Regionale (AIR), con il quale sono stabiliti gli obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché le materie esplicitamente rinviate dall'ACN stesso;

Visto l'art. 8 dell'ACN 2022 il quale stabilisce che le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore dell'Accordo, definiscono ai sensi della normativa vigente gli atti di programmazione volti a istituire forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali;

Preso atto che con DGR n. 1597 del 20.10.2022 è stato adottato l'atto di programmazione volto a istituire le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici della medicina convenzionata alle forme organizzative multiprofessionali nella Regione Friuli Venezia Giulia;

AGGIUNGERE: Considerato che con DGR. n. 2042 del 29.12.2022 è approvato il **PROGRAMMA REGIONALE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE**;

Ricordato che l'ultimo comma dell'art. 8 dell'ACN 2022 prevede che l'attuazione dell'atto di programmazione deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali da perfezionarsi entro dodici mesi decorrenti dalla sua definizione;

AGGIUNGERE: Considerato che l'art. 2 comma 3 dell'ACN 2022 stabilisce che l'assetto organizzativo è determinato dalla programmazione regionale nel rispetto della normativa vigente e dello stesso ACN;

CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA

Il presente Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, integra le materie esplicitamente rinviate dall'ACN alla contrattazione regionale e, in particolare, **costituisce attuazione dell'atto di programmazione** volto a istituire le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici della medicina **convenzionata generale** alle forme organizzative multiprofessionali nella Regione Friuli Venezia Giulia adottato con DGR 1597/2022.

Il presente **Accordo entra in vigore dalla data di adozione della DGR di recepimento** e resta in vigore sino alla stipula di successivo AIR, salvo modifiche e o integrazioni/variazioni concordate in ambito regionale e/o nazionale.

I precedenti AAIRR cessano di avere applicazione alla data di entrata in vigore del presente Accordo, fatto salvo quanto diversamente specificato in singole clausole dello stesso o stabilito dalle disposizioni finali e transitorie.

PARTE I – APPLICAZIONE ACN

vedi anche punto 4) e punto 6) dell'Atto di Programmazione

VA INSERITO L'ART. 9 ACN (Punto 4 Atto di Programmazione e punto 3.2.1. DGR. 2042/2022)

1. COORDINATORE DELLA FORMA ORGANIZZATIVA MULTIPROFESSIONALE (UCCP) ¹ (ART. 10)

Fermo restando quanto direttamente disciplinato dall'ACN, qualora l'Azienda individui il coordinatore dell'UCCP tra uno dei medici di medicina generale, si applica quanto previsto dall'art. 10 dell'ACN².

¹ Al coordinatore di UCCP è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore", il cui onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II.

² L'Azienda individua il coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) tra le figure professionali operanti nell'Azienda stessa

Commentato [SV1]: DGR. 1597/2022: nel presente articolato non sono recepite alcune parti importanti; ad esempio:
punto 3) l'iscrizione all'AFT è effettuata d'ufficio a livello aziendale di **TUTTI i MMG del ruolo unico**
punto 4): UCCP ... L'attività ambulatoriale svolta in seno alle UCCP dai MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento è aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti. ... Nelle more dell'attuazione del PNRR, le aziende individuano le sedi delle UCCP in strutture idonee e autorizzate secondo la normativa vigente.
punto 6): Le Aziende individuano per ogni AFT la forma organizzativa multiprofessionale – UCCP di riferimento. ecc.

Commentato [SV2]: Nella seduta della Delegazione trattante del 20/3/2024 Parte Pubblica ha affermato che **entrerà in vigore il 01.01.2025** per dare tempo alle Aziende di predisporre il **REGOLAMENTO di funzionamento delle AFT**

Commentato [SV3]: **ANDREBBE SEGUITA LA NUMERAZIONE DELL'ACN ...**

Commentato [SV4]: 4) Unità Complessa delle Cure Primarie – UCCP (Art. 9 ACN)
6) Aggregazione Funzionale Territoriale – AFT (Art. 29 ACCN)

Commentato [SV5]: Vedi RUOLO DISTRETTI

Al coordinatore di UCCP spetta la quota aggiuntiva annua di **compenso pari a 0,129 € per assistito (computato al 31 dicembre dell'anno precedente sul numero di assistiti di ciascuna UCCP)** i cui oneri sono finanziati in ciascuna azienda attraverso la quota assegnata ai sensi dell'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II dell'ACN. Il 70% della quota aggiuntiva viene corrisposto in quota fissa mensile e il restante 30% in quota variabile, legata al grado di realizzazione degli obiettivi annuali declinati secondo quanto previsto con Accordo Attuativo Aziendale.

Qualora l'Azienda decida di non individuare il coordinatore dell'UCCP tra uno dei medici di medicina generale, le risorse relative al compenso rimangono a disposizione della quota assegnata ai sensi dell'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II dell'ACN per la remunerazione dei referenti di AFT.

Commentato [SV6]: Delegazione Trattante 20/3/2024

2. PARTECIPAZIONE A COMITATI E COMMISSIONI ³ (ART. 17)

Ai medici a ciclo di scelta che partecipano alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dall'ACN o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali è rimborsata dall'Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa sostenuta per le sostituzioni nella misura massima di euro **200,00** pari al compenso giornaliero di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto I, previsto per un medico con 1300 assistiti. Ai medici sono altresì rimborsate le spese di viaggio dal luogo di residenza al luogo della riunione nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.

Ai fini della corresponsione del rimborso, i medici interessati presentano **idonea documentazione** a supporto. Per la partecipazione dei medici ad attività oraria si rimanda a quanto previsto dall'art. 17, comma 1, dell'ACN. Ivi compreso il rimborso delle spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.

Le assenze dal servizio per la partecipazione alle riunioni di comitati e commissioni sono comunicate dall'interessato all'Azienda presso cui opera appena ricevuta la comunicazione di convocazione.

Le parti auspicano l'adozione di normative univoche in materia a livello nazionale.

DA DEFINIRE la soluzione per il pregresso

Commentato [SV7]: seduta Delegazione Trattante 20/3/2024

Commentato [SV8]: da definire in AIR

Commentato [SV9]: SOLO NEL CASO DI PARTECIPAZIONE ALLE SEDUTE DEL COMITATO REGIONALE

Commentato [SV10]: con le regole precedenti !

3. SOSPENSIONE DALLE ATTIVITÀ CONVENZIONALI PER CORSI DI FORMAZIONE (ART. 22, co. 2, lett. e)

Il medico può richiedere all'Azienda la sospensione dalle attività per la partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'articolo 26 dell'ACN, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni che:

- abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno;
- abbiano come oggetto argomenti di interesse per la medicina generale;
- siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.

L'autorizzazione alla sospensione è richiesta dal medico 30 giorni prima dell'inizio del corso di formazione e la risposta dell'Azienda viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta; in assenza di risposta la richiesta si intende approvata. Il diniego deve essere adeguatamente motivato.

Il medico è sostituito secondo le modalità stabilite dall'ACN e la sospensione dall'attività di medicina generale non comporta soluzione di continuità del rapporto convenzionale ai fini della anzianità di servizio.

4. FORMAZIONE CONTINUA (ECM) (ART. 26)

Ai sensi dell'art. 37 della Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22, la formazione continua prevista dagli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, i medici pediatri di

attraverso un avviso pubblico. Per i medici del ruolo unico di assistenza primaria la procedura di designazione del coordinatore dovrà tener conto dei seguenti criteri:

- il coordinatore deve espressamente accettare l'incarico, essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
- l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
- il candidato deve disporre di un adeguato curriculum che evidenzia competenze in assistenza territoriale, organizzazione dei processi di cura, governo clinico e integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale;
- l'incarico ha una durata di norma triennale.

³ 1. Ai medici a ciclo di scelta che partecipano alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali, è rimborsata dall'Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa per le sostituzioni nella misura prevista dagli Accordi Integrativi Regionali. [...]

2. Le attività di cui al comma precedente devono essere debitamente comprovate da attestazioni ufficiali.

3. Le assenze dal servizio per le attività di cui al comma 1 sono comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera.

Commentato [SV11]: Art.26 comma 2 - ACN 2022: Le Aziende sanitarie adottano il Piano di Formazione Aziendale (PFA) con il supporto delle strutture e con il contributo degli organi preposti alla formazione continua e del Comitato di cui all'articolo 12 del presente Accordo.

libera di scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni, i medici veterinari e altre professionalità sanitarie ambulatoriali, è assicurata dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) che assume la funzione di Centro per la formazione in sanità e assicura la gestione amministrativa e finanziaria connessa al complesso delle attività formative.

Le parti danno atto che il Centro regionale di formazione per l'area della medicina generale, ora Centro per la formazione in sanità, è stato avviato, in via sperimentale, con deliberazione della Giunta regionale n. 3576, del 9.8.1996 e costituito, in via definitiva, con deliberazione della Giunta regionale n. 25, del 10.1.2001.

In particolare, il Centro cura l'attuazione del programma annuale di formazione, l'organizzazione e l'effettuazione dei corsi, la gestione dei professionisti coinvolti nell'espletamento di tali attività, nonché tutti i connessi e derivanti adempimenti di gestione amministrativa, contabile e di segreteria organizzativa ivi compresi quelli finalizzati alle eventuali pubblicazioni e/o oneri informativi e a eventuali controlli riservati alla Pubblica Amministrazione.

Il decreto della Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia n. 1061/SPS del 25/08/2016 ha definito, con il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali della medicina convenzionata, l'assetto organizzativo del Centro prevedendo la presenza dei rappresentanti di parte sindacale, designati congiuntamente dai rispettivi sindacati di categoria firmatari degli accordi nazionali, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali/altre professionalità sanitarie nella composizione del Comitato di indirizzo nonché la presenza dei rappresentanti delle tre aree nella composizione del comitato esecutivo al quale è affidata la gestione delle attività didattiche e formative.

Al comitato di indirizzo paritetico spetta predisporre la programmazione didattico – formativa unitamente all'individuazione della quota di risorse da assegnare al comitato esecutivo nonché definire la ripartizione delle risorse medesime per le Aree di lavoro, in coerenza con gli obiettivi fissati dall'amministrazione regionale e, comunque, tenendo conto della programmazione ECM e delle necessità formative, e provvedere, altresì, alla verifica annuale delle attività svolte e della loro coerenza rispetto agli indirizzi programmatici definiti.

Nell'ambito dell'espletamento delle competenze del comitato esecutivo sono previste le seguenti specifiche Aree tematiche di lavoro e precisamente:

- Area della formazione specifica dei medici di medicina generale e della continuità assistenziale;
- Area della formazione continua dei Medici di medicina generale;
- Area della formazione continua dei Pediatri di libera scelta;
- Area della formazione dei medici Specialisti ambulatoriali interni e delle altre professionalità ambulatoriali;
- Area della formazione sulla prevenzione dell'età evolutiva e transizione dell'età adulta;
- Area ricerca e sviluppo.

Alle suddette Aree di lavoro sono preposti i componenti del comitato esecutivo cui è assegnato il relativo budget, destinato alla gestione delle attività formative correlate alle singole aree di riferimento.

Le iniziative regionali ed aziendali di formazione che vengono effettuate con formazione residenziale si svolgono nel limite di 40 ore annue secondo le modalità definite in sede di programmazione dell'attività da parte del comitato di indirizzo del Centro per la formazione in sanità. La partecipazione rientra nei compiti retribuiti e prevede l'eventuale sostituzione del medico a carico dell'Azienda con le modalità stabilite dal Cefomed. Sino a nuova definizione degli indirizzi di sviluppo delle funzioni del Centro per la formazione in sanità continuano a trovare applicazione i provvedimenti assunti sulla base della previgente normativa.

5. ATTIVITÀ DIDATTICA ⁴ (ART. 27)

Atteso che la Regione si è dotata del Centro per la formazione in sanità di cui all'articolo precedente che ha il compito precipuo di curare l'organizzazione e l'effettuazione dei corsi nonché la gestione dei professionisti

⁴ Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono:

a) il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, per la realizzazione della formazione continua, nonché l'attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto formativo specifico. Gli stessi Accordi possono definire criteri di riconoscimento di attestati di idoneità conseguiti in altri corsi di formazione specifica

b) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;

c) il fabbisogno regionale di docenti di medicina generale per i corsi di formazione continua di cui all'articolo precedente, nonché i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco sulla base del loro curriculum formativo;

d) la promozione di attività di sperimentazione e ricerca, anche in collaborazione con le Università.

coinvolti nell'espletamento di tali attività, il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, per la realizzazione della formazione continua, nonché l'attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto formativo specifico vengono stabiliti dal Comitato di indirizzo paritetico del Centro nell'ambito della programmazione didattico – formativa.

La creazione e gestione dell'elenco regionale di animatori di formazione è affidata all'Azienda cui afferisce il Centro per la formazione in sanità sulla base delle indicazioni fornite dal Comitato di indirizzo.

VA INSERITO ART. 29 (AFT) con anche riferimento al Punto 6 dell'Atto di Programmazione in combinato disposto con l'art. 31 (Ruolo Unico) con anche disciplina per l'inserimento in AFT degli attuali MMG ad attività oraria ... e dei PLS

6. REFERENTE DI AFT⁵ (ART. 30)

I medici componenti la AFT individuano al loro interno, con le modalità definite nel regolamento aziendale di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12, dell'ACN un referente ed il suo sostituto. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista.

Le Aziende adottano il Regolamento di funzionamento delle AFT definito nel Comitato Aziendale entro 3 mesi dall'entrata in vigore del presente AIR.

Il coordinatore di AFT deve essere titolare di rapporto convenzionale e dura in carica tre anni. L'attribuzione della funzione di coordinatore non incide sull'incarico convenzionale in essere

Si concordano le seguenti modalità di svolgimento dei compiti indicati dall'ACN:

a) ai fini dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza svolti dall'AFT con gli altri servizi aziendali, il referente di AFT:

- collabora con il componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) per la programmazione ed il monitoraggio delle attività realizzate nell'ambito delle cure primarie secondo i principi della multi professionalità e dell'interdipendenza fra i servizi e i professionisti dell'area e per la promozione della continuità dell'assistenza e del rapporto tra ospedale e medicina generale, nonché tra quest'ultima e la specialistica ambulatoriale in relazione al rispetto dei percorsi diagnostico – terapeutici condivisi;
- partecipa, in collaborazione con il componente di diritto dell'UCAD, allo sviluppo dei percorsi aziendali volti ad attuare quanto previsto dall'Allegato 1 dell'ACN in materia di medicina di iniziativa;
- partecipa alla definizione di procedure di integrazione delle AFT con le UCCP e con gli altri soggetti presenti sul territorio, in attuazione delle indicazioni regionali in materia.

b) il coordinamento dell'attività dei medici componenti della AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana consiste in:

- raccordo con tutti i medici del ruolo unico di AP ad attività oraria componenti dell'AFT per concordare mensilmente l'attività programmata e coordinata con flessibilità oraria ed articolazione dei turni funzionale all'assetto organizzativo territoriale, con orario giornaliero minimo di 4 ore e massimo di 12⁶;
- collaborazione con il Direttore di Distretto che predispone i turni di servizio dei medici del ruolo unico di AP ad attività oraria, sentiti i medici interessati. In caso di mancato accordo sull'assegnazione dei turni, i turni vengono assegnati dal Direttore di Distretto sulla base del

5 Art. 30

comma 1. I medici componenti la AFT individuano al loro interno, con le modalità definite nel regolamento aziendale di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12, un referente ed il suo sostituto. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista.

Gli Accordi Integrativi Regionali disciplinano la durata del mandato e le modalità di svolgimento. Tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere.

Comma 6. Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "referente", il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II decurtata delle risorse necessarie alla remunerazione destinata alla funzione di coordinatore di UCCP Commi 8 - 9. 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 con le modalità definite dal regolamento aziendale di funzionamento dell'AFT

⁶ art. 44, comma 10 ACN "L'attività programmata e coordinata all'interno dell'AFT è prestata con flessibilità oraria ed articolazione dei turni funzionale all'assetto organizzativo territoriale, con un orario giornaliero minimo di 4 ore e massimo di 12."

Commentato [SV12]: ad es. comma 3: La AFT garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti comma 10 ...

Commentato [SV13]: VEDI punto 3.2.1. DGR. 2042/202

Commentato [SV14]: Comma 1: Regolamento dovrà anche prevedere la durata dell'incarico, le procedure da attivare in caso di dimissioni o cessazione, inquadramento del sostituto e compenso per i periodi di sostituzione ...

Commentato [SV15]: se le Aziende non rispettano questa scadenza ?

Commentato [SV16]: rinnovabili ? una o più volte ? art. 30 comma 1

Commentato [SV17]: se non rivesta già quell'incarico

Commentato [SV18]: di cui fanno parte tutti i MMG del ruolo unico di assistenza primaria sia a ciclo di scelta che ad attività oraria: MA DOVE E' DEFINITO IN AIR L'OBLIGATORIO INSERIMENTO IN AFT DEI MMG AD ATTIVITA' ORARIA ?

Commentato [SV19]: idem come sopra

Commentato [SV20]: dove è definita in AIR tale modalità organizzativa ?

Commentato [SV21]: DA SVOLGERE DOVE ?

Commentato [SV22]: compiti dell'ex Coordinatore SCA: il trattamento economico del Referente di AFT va integrato con quello attualmente previsto x il Coordinatore SCA

principio di equità distributiva fra tutti i medici incaricati⁷;

- organizzazione delle attività dell'AFT di appartenenza con definizione dell'ordine del giorno delle riunioni, verifica delle presenze e redazione verbali delle riunioni;
- monitoraggio sull'andamento delle attività e dei risultati raggiunti dalla propria AFT secondo quanto stabilito dal Regolamento aziendale di funzionamento dell'AFT;
- **collaborazione con il componente di diritto dell'UCAD** per la realizzazione di una efficace ed efficiente rete di relazione con tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria dell'AFT condividendo con questi ultimi il monitoraggio e l'analisi sull'utilizzo appropriato, efficace ed efficiente delle risorse; sulla base dei dati forniti dall'Azienda
- individuazione ed attivazione delle strategie di governo clinico quale la promozione di momenti di verifica e revisione della qualità con l'obiettivo di favorire l'autovalutazione dei medici del ruolo unico di AP attraverso "verifiche tra pari" (*peer review*) e "revisioni cliniche" (audit clinici) su problemi rilevanti della popolazione assistita di riferimento al fine di promuovere l'adesione a pratiche cliniche di provata efficacia e appropriatezza;
- coordinamento dell'attività di formazione sul campo prevista per le attività di AFT promuovendo la partecipazione agli eventi formativi dei medici del ruolo unico di AP componenti dell'AFT;

c) la relazione annuale dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi assegnati viene predisposta sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda.

d) la collaborazione con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per risolvere disservizi inerenti alla AFT a seguito di segnalazioni è disciplinata dal **regolamento Aziendale di funzionamento dell'URP**.

La documentazione relativa alle attività previste dal presente articolo viene inviata al Direttore di Distretto ed al componente di diritto dell'UCAD.

Per la retribuzione delle funzioni dei referenti di AFT le Aziende hanno a disposizione la quota assegnata annualmente ai sensi dell'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II dell'ACN pari a 0,729 € per assistito eventualmente decurtata delle risorse necessarie al finanziamento delle funzioni di coordinatore di UCCP.

Ai referenti sono riconosciuti i compensi stabiliti dal Regolamento aziendale di funzionamento dell'AFT che definisce i criteri di graduazione delle funzioni, i criteri di valutazione dei risultati ottenuti e gli importi dell'indennità nell'ambito delle risorse complessive stabilite dal capoverso precedente.

La graduazione delle funzioni è commisurata alle funzioni assegnate, ivi compresa la funzione di componente di diritto dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

Il 70% del compenso al referente viene corrisposto in quota fissa mensile e il restante 30% in quota variabile, legata al grado di realizzazione degli obiettivi annuali da declinarsi secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale di funzionamento dell'AFT.

La liquidazione della quota variabile del compenso è subordinata al raggiungimento del 60% degli obiettivi di AFT di cui all'art. 19 del presente accordo.

7. COMPONENTE DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI (UCAD) (ART. 30)

Ai sensi dell'art 3-sexies del D.Lvo 502/1992, il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali e da **rappresentanti** della medicina convenzionata.

Il **rappresentante** dei medici di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali viene individuato tra i referenti di AFT del Distretto con le modalità definite dal regolamento aziendale di funzionamento dell'AFT.⁸

Il componente di diritto dell'UCAD decade dall'incarico al momento della cessazione o sospensione del rapporto convenzionale in essere con l'Azienda.

Il **componente di diritto dei MMG svolge funzioni consultive e propositive** in tema di:

- rapporti interprofessionali, comprese le modalità di integrazione/interrelazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e su base oraria, PLS, e specialisti ambulatoriali interni

Commentato [SV23]: a meno che non rivesta già quel ruolo

Commentato [SV24]: in Accordo con le OO.SS. per la parte che riguarda i MMG

Commentato [SV25]: al plurale

Commentato [SV26]: al singolare

Commentato [SV27]: quale il trattamento economico ?

⁷ art. 44, comma 16 ACN "L'Azienda assegna le sedi di attività e predisporre i turni di servizio, in collaborazione con i referenti di AFT, sentiti i medici interessati. I turni di servizio sono disposti sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati."

con gli operatori assegnati al Distretto, al fine di garantire uniformità di comportamento operativo nelle attività ed interventi delle diverse articolazioni organizzative;

- bisogni e percorsi formativi delle diverse professionalità su tematiche di carattere generale (es. miglioramento continuo della qualità, sistema informativo, management, etc.);
- definizione del Programma delle Attività Territoriali;
- promozione di strategie operative condivise fra i fattori produttivi territoriali finalizzata a soddisfare il reale bisogno di salute, con l'individuazione delle modalità di raccordo fra la rete produttiva territoriale, i servizi socio-assistenziali, i MMG e i PLS, nonché di procedure e di modalità condivise di offerta dei servizi;
- qualsiasi altra materia relativa all'assistenza primaria il Direttore di Distretto ritenga opportuno sottoporre;
- analisi del fabbisogno formativo e conseguente predisposizione del programma annuale. Il referente di AFT componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali coadiuva il Direttore di Distretto per gli adempimenti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali di cui al comma 8 dell'art. 45 dell'ACN.

Le Aziende, contestualmente all'adozione del Regolamento aziendale di funzionamento delle AFT, di cui al comma 12 dell'art. 29 dell'ACN, attivano gli Uffici di Coordinamento dell'Attività Distrettuale.

Dalla data di attivazione di tali uffici cessano di avere efficacia i precedenti accordi in materia UCAD e Ufficio Distrettuale per la Medicina Generale (UDMG).

VA INSERITO L'ART. 31 (RUOLO UNICO) con riferimento al Punto 9) dell'Atto di Programmazione

8. RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE.⁸ (ART. 32)

Il rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, è stabilito, fino all'entrata in vigore del prossimo ACN, nel rapporto di un medico ogni 1.300 abitanti residenti (1:1.300) o frazione di 1.300 superiore a 650 per l'attività a ciclo di scelta e un medico/24 ore ogni 5.000 abitanti residenti (1:5.000) per l'attività oraria.

Con accordo attuativo aziendale le Aziende possono stabilire rapporti ottimali diversi per ambiti territoriali, tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, anche con riferimento a territori a bassa densità abitativa, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale.

Al fine di fronteggiare la carenza di medici del ruolo unico dell'assistenza primaria e previo parere del Comitato aziendale, le Aziende possono determinare ambiti carenti in deroga sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale.

9. REQUISITI DEGLI STUDI MEDICI⁹ (ART. 35)

L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio su richiesta dell'assistito, avuto riguardo alle condizioni cliniche e alla possibilità o meno di spostamento in sicurezza dello stesso.

Le visite ambulatoriali sono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione, salvo diversa valutazione

⁸ Art. 32

2. Gli Accordi Integrativi Regionali determinano per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale i valori del rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, con possibile variazione in aumento fino al 30%, e a rapporto orario, con possibile variazione in diminuzione o in aumento fino al 30%.

Tali Accordi possono indicare per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale rapporti ottimali diversi, tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, anche con riferimento a territori a bassa densità abitativa, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale.

7. Fatto salvo quanto previsto ai commi precedenti, nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali possono essere individuate specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale e previo parere del Comitato aziendale

⁹ Art. 35

7. Le modalità di contattabilità del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate dagli Accordi Integrativi Regionali.

8. Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali possono essere previste le modalità di erogazione di prestazioni medico specialistiche in regime di accreditamento con contratto tra i medici di cure primarie operanti nelle forme organizzative, le Aziende sanitarie e le Aziende erogatrici pubbliche e/o private accreditate del medesimo ambito territoriale (DA DECLINARE IN AIR). Lo strumento primario di integrazione riguarda la definizione e l'utilizzo di linee guida diagnostico-terapeutiche condivise. Gli Accordi specifici devono far riferimento ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, necessari al funzionamento delle unità di offerta, e derivanti dalla normativa nazionale e regionale in tema di autorizzazione ed accreditamento.

Commentato [SV28]: In contrasto con art. 24 del presente AIR

Commentato [SV29]: Ruolo unico dell'assistenza primaria in particolare: ai medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti a rapporto orario a tempo indeterminato nelle AFT è consentita l'iscrizione negli elenchi di scelta e, a loro volta, ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (ex medici di base) operanti a tempo indeterminato nelle AFT è consentita l'attribuzione di incarico orario;

Commentato [SV30]: a che pro ? quale il razionale ? quale norma e/o disposizione pattizia lo prevede ?

del medico. È cura del professionista adeguare il proprio orario di apertura ambulatoriale in rapporto a quanto previsto dall'art. 35 comma 5 dell'ACN come orario minimo avendo cura di garantire tempi adeguati di erogazione della visita.

INSERIRE: Le modalità di contattabilità del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate dagli Accordi Integrativi Regionali.

Le visite domiciliari debbono essere eseguite di norma nel corso della stessa giornata; quando la richiesta pervenga dopo le ore dieci, la visita potrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo, compreso il sabato. È a cura del medico di assistenza primaria la modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare anche con l'uso di strumenti informatici e/o telefonici.

I medici devono comunicare all'Azienda e agli assistiti le modalità di organizzazione e l'articolazione oraria di apertura degli studi al fine di garantire una costante informazione

Le visite domiciliari e ambulatoriali così come le modalità di contattabilità dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, fermo restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, sono organizzate in forma coordinata in ogni AFT al fine di garantire l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana tenendo conto del rapporto con l'utenza, delle caratteristiche organizzative locali, dell'offerta di servizi locale, e della presenza di eventuali UCCP e della necessità di assicurare tempi adeguati di erogazione delle suddette attività. Di tali modalità organizzative gli assistiti sono informati a cura della Azienda e del medico di assistenza primaria.

DA INSERIRE COMMA 11

10. MASSIMALE E SUE LIMITAZIONI¹⁰ (ART. 38)

Ai sensi dell'art 38, comma 2, dell'ACN al fine di garantire l'assistenza in aree disagiate individuate dalle Aziende, le Aziende possono prevedere l'innalzamento del massimale di scelte fino al limite massimo di 1.800 assistiti sentito il Comitato aziendale.

Ai sensi dell'art 38, comma 10, dell'ACN 2022, per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale titolari di incarico temporaneo di assistenza primaria a ciclo di scelta si applica il massimale di 650 assistiti fino alla data del conseguimento del titolo, ove non siano previsti massimali diversi definiti da normative di rango superiore.

11. COMPITI DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.¹¹ (ART. 43)

La disciplina dell'assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali sarà oggetto di apposito protocollo da definirsi con Accordo Integrativo regionale.

Nelle more della definizione del nuovo protocollo continua ad applicarsi la "Intesa regionale per l'erogazione dell'assistenza programmata da parte dei MMG nei confronti di pazienti non autosufficienti ospiti in residenze protette e di collettività, ai sensi dell'art. 39, comma 1, lettera B, del DPR n. 484/1996" resa esecutiva con D.G.R. n. 3237 del 31.10.1997.

Rientrano nei compiti ed obblighi del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta le valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle strutture residenziali che sono assicurate dai medici nell'ambito delle unità di valutazione multidimensionale distrettuali.

¹⁰ Art. 38

2. L'AIR può prevedere l'innalzamento del massimale di cui al comma 1 fino al limite massimo di 1.800 in aree disagiate individuate dalla Regione nelle quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza

10. [...] Per l'attività a ciclo di scelta si applica il massimale di 500 assistiti, fatta salva la possibilità per le Regioni, in base alla loro programmazione, di incrementare tale limite fino ad un massimo del 30% secondo modalità da definire nell'AIR.

¹¹ Art. 43

6. Rientrano nei compiti ed obblighi del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta:

b) l'assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli Allegati 6 e 8 ovvero secondo gli Accordi Integrativi Regionali;

c) ospiti di strutture residenziali, disciplinata da protocolli definiti dagli Accordi Integrativi Regionali;

[...]

g) il rilascio delle seguenti certificazioni obbligatorie: (DA CONCORDARE LA RELATIVA MODULISTICA)

VI) valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle strutture residenziali, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali;

Commentato [SV31]: Comma 7 art. 35: da concordare in AIR

Commentato [SV32]: ORE 12:00 del sabato ?

Commentato [SV33]: NON E' REQUISITO DELLO STUDIO MEDICO: infatti tale passaggio non è previsto dall'art. 35 Questa invece è ORGANIZZAZIONE DELL'AFT/UCCP (ex MGI)

Commentato [SV34]: Gli studi possono essere anche utilizzati per ulteriori finalità connesse al potenziamento dell'assistenza territoriale convenzionata, concordate a livello aziendale sulla base di specifica programmazione regionale.

Commentato [SV35]: gli Accordi integrativi regionali possono innalzare il massimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria fino a 1800 scelte in presenza di due specifiche situazioni: ESCLUSIVAMENTE per i medici che svolgono la propria attività nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) previste dall'ACN in questione con il supporto del personale di studio e sanitario e per assicurare l'assistenza nelle aree disagiate individuate dalla Regione. (SISAC 182/2023 dd. 07.04.2023)

Commentato [SV36]: mantenendo la borsa ?

Commentato [SV37]: art. 43 comma 6 lett. c)

Commentato [SV38]: da definire come allegato al presente AIR visto che il precedente Accordo risale al PRIMO AIR 3/9/1997 !

Commentato [SV39]: a tal fine la documentazione necessaria anche per l'inserimento nelle strutture residenziali è fornita dal Distretto/UVM in quanto il relativo verbale contiene tutte le informazioni necessarie come diagnosi, scheda ValGraf, ecc. e non prevede costi aggiuntivi per il cittadino

DA INSERIRE LA DECLINAZIONE DELL'ALLEGATO 1 ACN COME CONFERMATO DALLA DGR. 1597/2022 - ART. 20: MEDICINA DI INIZIATIVA

12. ATTIVITÀ ASSISTENZIALE A PRESTAZIONE ORARIA.¹² (ART. 44)

I medici del ruolo unico di assistenza primaria a prestazione ad attività oraria garantiscono la continuità dell'assistenza fornendo prestazioni ambulatoriali e domiciliari secondo il modello organizzativo aziendale adottato in attuazione della programmazione regionale e nel rispetto del rapporto ottimale stabilito dal presente Accordo

Reperibilità domiciliare

Ai sensi dei commi 6 e 13 dell'art. 44 dell'ACN, le Aziende possono organizzare la reperibilità domiciliare secondo le seguenti modalità:

- a) In zone definite disagiate e/o in specifiche aree territoriali individuate dalle aziende, le Aziende possono garantire la continuità dell'assistenza con modalità di reperibilità domiciliare dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta che ad attività oraria, prevedendo, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina.

La reperibilità domiciliare nelle suddette aree e zone è organizzata dall'Azienda in fasce orarie che consentono una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00).

Le Aziende definiscono il numero unico di contatto per l'attivazione del medico reperibile che assicura la continuità assistenziale in relazione al quadro clinico prospettato effettuando tutti gli interventi ritenuti appropriati secondo quanto previsto dall'art. 44, comma 7 dell'ACN.

- b) Le Aziende possono organizzare turni di reperibilità domiciliare per garantire il servizio in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno in tutti i casi in cui è attivato il servizio di continuità assistenziale ai sensi dell'art. 44, comma 3, lett. c) dell'ACN.

Il medico assegnatario del turno di reperibilità deve essere disponibile sessanta minuti prima dell'inizio del turno di continuità assistenziale fino trenta minuti dopo l'inizio per essere contattato ai fini della sostituzione.

Il medico ad attività oraria assegnatario del turno di continuità assistenziale è tenuto a giustificare all'Azienda i motivi oggettivi che hanno causato la sua assenza o impedimento ed hanno reso necessario attivare la reperibilità domiciliare.

Il reiterato ricorso all'istituto della reperibilità domiciliare da parte del medico assegnatario del turno di continuità assistenziale può essere oggetto di contestazione ai sensi dell'art. 25 dell'ACN per inadempimento contrattuale.

Per ogni ora e frazioni di reperibilità domiciliare prevista dal presente articolo spetta il compenso pari alla quota oraria negoziata a livello nazionale di cui all'art. 47, comma 3, lett. A, dell'ACN.

DA INSERIRE L'ART. 45 – ATTIVITA' PRESCRITTIVA

13. ASSISTENZA AI TURISTI E VISITE OCCASIONALI¹³ (ART. 46)

Nelle località a forte flusso turistico individuate con provvedimento della Regione, le Aziende sanitarie possono organizzare l'assistenza sanitaria di base ricorrendo ai medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'attivazione del servizio di assistenza sanitaria turistica rivolto alle persone non residenti.

¹² art. 44

3. Le Aziende, in attuazione della programmazione regionale, realizzano il proprio modello organizzativo della continuità assistenziale avvalendosi delle 3 opzioni indicate [...]

4. Le previsioni di cui al comma 3 sono attuate nel rispetto delle necessità assistenziali fissate dalla programmazione regionale e, successivamente, con la definizione del rapporto ottimale nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali.

6. In specifiche aree territoriali o in zone definite disagiate, la continuità dell'assistenza può essere garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta che ad attività oraria, con modalità di reperibilità domiciliare definite con Accordi regionali e prevedendo, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina.

9. Gli Accordi regionali ed aziendali possono individuare ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del medico a rapporto orario alle attività previste nelle nuove forme organizzative.

13. Le Aziende possono organizzare turni di reperibilità domiciliare per garantire il servizio in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno secondo modalità di attuazione e retribuzione definite con Accordi regionali.

¹³ Con apposite determinazioni regionali sono individuate le località a forte flusso turistico nelle quali organizzare un servizio di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti, sulla base di indirizzi definiti negli Accordi Integrativi Regionali.

Commentato [SV40]: Le AFT dei medici di medicina generale e le UCCP mettono in atto i modelli della medicina di iniziativa in collaborazione con Infermieri di famiglia o Comunità nei confronti degli assistiti che vengono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver secondo quanto previsto in materia dall'All. 1 ACN dei MMG e dal DM 77/2022 >>> NO: vedi RISPOSTA SISAC 94/2023 del 07/04/2023

Commentato [SV41]: ATTIVITA' oraria

Commentato [SV42]: INSERIRE IL RIFERIMENTO AL PUNTO 16 DELLA DGR. 1597/2022: CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

Commentato [SV43]: Le modalità attuative vanno disciplinate con AAA

Commentato [SV44]: CON AAA

Commentato [SV45]: COMMA 6 >>> Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti ... nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 (trenta) giorni da ... VIOLA IL PNGLA E L'ART. 9 DELLA LR 7/2009 CHE VANNO RECEPITI IN AIR A TUTELA DEI CITTADINI !!!

Commentato [SV46]: COMMA 9 >>> Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, il Direttore del Distretto è coadiuvato, per gli adempimenti di cui al comma 8, dal referente di AFT componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e da altri due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel Distretto, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal Direttore Sanitario della Azienda.

Commentato [SV47]: NON RESIDENTI: nell'AMBITO di scelta in cui si trova la località ? nella ASL) in Regione ?

Le modalità organizzative del servizio ed il numero dei medici da utilizzare per il Servizio Assistenza Turistica sono definiti dall'Azienda sanitaria competente per territorio tenendo conto delle esigenze delle singole località turistiche, dei periodi di maggiore afflusso e della presenza sul territorio dei medici del ruolo unico di assistenza primaria che possono assicurare l'assistenza ai turisti in sede di AFT secondo quanto previsto dall'art. 29, comma 6, lett. a) dell'ACN.

Le aziende attribuiscono prioritariamente gli incarichi di assistenza sanitaria turistica avvalendosi dei medici inseriti nella graduatoria aziendale annuale per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione di cui all'art. 19 dell'ACN.

Le prestazioni rese dai medici del ruolo unico di assistenza primaria incaricati nell'ambito del Servizio Assistenza Turistica prevedono la **corresponsione da parte dei cittadini non residenti delle tariffe stabilite dalla Regione**.

Per le prestazioni erogate il medico è tenuto a utilizzare la ricetta del S.S.N. secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza del paziente.

Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria che svolgono la propria attività nel servizio di assistenza sanitaria turistica spetta il compenso orario pari alla quota negoziata a livello nazionale di cui all'art. 47, comma 3, lett. A, dell'ACN.

L'Azienda provvede alla disponibilità di mezzi di servizio, per l'effettuazione delle visite domiciliari. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato, spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su richiesta della Azienda, un rimborso forfetario pari al costo di un litro di benzina verde per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa dell'automezzo, come previsto per i medici incaricati per lo svolgimento di attività oraria.

Con accordo attuativo aziendale possono essere definiti progetti per l'incentivazione della copertura degli incarichi finanziati nel limite dal 10% al 20%, in relazione al maggiore o minore flusso di turisti, dell'importo complessivo delle tariffe introitate per le prestazioni erogate da ciascun medico.

ART. 47: ULTERIORI FONDI A DISPOSIZIONE IN RACCORDO CON L'AIR 2023 – DGR. 545/2023 che dispone testualmente:

- le risorse complessive aziendali relative alle quote accantonate con separata evidenza in sede di chiusura del bilancio di esercizio anno 2022 derivanti dall'incremento a partire dal 01.10.2022 di 1,66 € del fondo per l'effettuazione di specifici programmi;
- residui delle risorse aggiuntive integrative regionali inerenti gli obiettivi di governo clinico ex punto 8 degli anni 2019 – 2020 – 2021 aggiungendo ora anche il 2022.

14. RIPARTIZIONE QUOTA CAPITARIA ANNUA DERIVANTE DAL FONDO PER LA PONDERAZIONE QUALITATIVA DELLE QUOTE CAPITARIE¹⁴. (ART. 47, COMMA 2, A, V)

Le Aziende liquidano mensilmente in dodicesimi ai medici di assistenza primaria a ciclo di scelta la quota di € 3,08/assistito/anno del fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie costituito secondo quanto previsto dall'art. 47, comma 2, lett. A, punto v) dell'ACN.

I residui del fondo accertati annualmente in sede di chiusura di bilancio consuntivo vengono interamente ripartiti e liquidati ai medici aventi diritto in rapporto al periodo di attività convenzionale effettivamente svolta ogni anno presso ciascuna Azienda da ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta sulla base della seguente proporzione: (importo residuo) / (numero totale di quote mensili di assistiti corrisposte relativi a tutti i medici) X (numero totale di quote mensili corrisposte al singolo medico).

Le quote vengono liquidate agli aventi diritto entro il mese di giugno dell'anno di accertamento del residuo.

15. MODALITÀ PER LA CORRESPONSIONE DELLA QUOTA VARIABILE DERIVANTE DAI FONDI PER L'EFFETTUAZIONE DI SPECIFICI PROGRAMMI DI ATTIVITÀ FINALIZZATE AL GOVERNO CLINICO¹⁵ (ART.

¹⁴ quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali.

¹⁵ quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari ad Euro (3,08 + 1,66 dal 1/10/2022) 4,74 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali sulla base degli obiettivi raggiunti e nel rispetto dei livelli programmati di spesa. Le risorse della quota variabile di cui alla presente lettera sono ripartite tra le AFT*** in ragione degli obiettivi assegnati ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico. *** ex art. 29 ACN 2022. Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali vengono definite le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori.

Commentato [SV48]: con AAA almeno 30 gg prima dell'apertura della stagione turistica; INOLTRE va nominato un referente per la turnistica: tale compito può essere attribuito al referente AFT con relativa integrazione del compenso

Commentato [SV49]: le tariffe riguardano il pagamento all'Azienda per il servizio non il compenso al MMG che va declinato in AAA

Commentato [SV50]: chi si trova a 24 €/ora ?

Commentato [SV51]: DI COSA ? cioè 10 o 20% dei 20 euro per la visita ambulatoriale ?
Ciò sarebbe PEGGIORATIVO peggiorativo rispetto all'attuale (il 90%), inoltre vanno riviste le tariffe; ad es. Veneto 100% da corrispondere direttamente al Medico:
<https://www.aulss1.veneto.it/service/guardia-medica-turistica>

Commentato [SV52]: QUALI I RESIDUI NON UTILIZZATI NELLE AZIENDE ?

Commentato [SV53]: DELL'ANNO SUCCESSIVO A QUELLO DI COMPETENZA ... IL BILANCIO CONSUNTIVO DI NORMA E' APPROVATO IN MAGGIO. E SE LE AZIENDE NON ADEMPONO NELLA TEMPISTICA PREVISTA DALL'AIR ?

47, COMMA 2, B, I)

Ripartizione del fondo

Ai sensi dell'art. 47, comma 2, lett. B dell'ACN punto I), le risorse complessive aziendali relative alla quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico pari a 4,74 € integrata dalla Regione con la quota di 3,26 € euro/anno per assistito sono destinate al raggiungimento dei seguenti obiettivi strategici regionali da definirsi annualmente negli accordi attuativi Aziendali:

- miglioramento della gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della **condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** prevedendo l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente;
- definizione del ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura, coincidente con la partecipazione alla formulazione di un PAI, Piano Assistenziale Individuale, in sede di UVM; il contributo alla formulazione del PAI può essere anche asincrono e può consistere in una relazione clinica inoltrata al Distretto e/o nell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dell'assistito mediante compilazione del profilo sanitario sintetico) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini;
- partecipazione dei medici di medicina generale **alle campagne vaccinazioni vaccinali** e alle relative attività collegate al fine di garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale;
- integrazione nelle reti territoriali dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate;
- coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio al pronto soccorso;
- coinvolgimento e partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti per il governo delle liste d'attesa.**

La quota annua pari a 6,00 € per assistito, pari al 75% del fondo complessivo aziendale per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, viene destinata obbligatoriamente alle **seguenti linee di intervento**:

- Garantire i valori di vaccinazione previsti dai Piani nazionali
- Appropriatezza richiesta prestazioni ambulatoriali (prime visite)
- Appropriatezza richiesta prestazioni ambulatoriali (risonanze magnetiche)
- Appropriatezza priorità clinica delle prescrizioni relative a visite e/o esami.

Le Aziende specificano nell'AAA i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione suddette linee.

Accordo attuativo aziendale (AAA)

Le Aziende sanitarie **determinano** ogni **anno** con proprio provvedimento l'ammontare del fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico sulla base del numero degli **assistiti in carico ai medici** del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta con incarico a tempo indeterminato/temporaneo e provvisorio alla **data del 31 dicembre dell'anno precedente**.

Entro il 30 aprile di ogni anno con Accordo Attuativo Aziendale (AAA) le risorse del fondo di cui al precedente capoverso sono interamente ripartite tra le AFT, **in ragione degli obiettivi assegnati** ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e con la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico e sono finalizzate al pagamento della quota variabile del compenso ai medici del ruolo unico

Commentato [SV54]: cosa si intende per CONDIVISIONE ?
la condivisione con le OO.SS. dei contenuti dei PDTAR o l'ACCETTAZIONE da parte del singolo MMG/AFT del PDTAR non validato dalle OO.SS. ?
VEDI Obiettivo 3 – AIR 2006

Commentato [SV55]: Applicazione INTEGRALE del PNLGA/PRGNLA con INTERVENTI DECISI SULL'INAPPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DI TUTTI I PRESCRITTORI CHE NON SONO SOLO E SEMPRE I MMG

Commentato [SV56]: in riferimento ai 4 punti va inserito in AIR → PREVIA messa a disposizione da parte della Regione di strumenti informatici real-time sulle performance prescrittive dei singoli MMG, avendo cura di mostrare il rapporto rispetto la media e la mediana delle prescrizioni in riferimento ad almeno 3 livelli: AFT di appartenenza, Azienda e Regione. Eventuali malfunzionamenti segnalati verranno debitamente conteggiati in fase di valutazione raggiungimento obiettivi e quotidianamente senza uno strumento/cruscotto regionale (non certo Net Medica FIMMG) che gli dia queste informazioni?
Art. 21 Atto di Programmazione: Cruscotto direzionale

Commentato [SV57]: IMPOSSIBILE il 75% !!!

Commentato [SV58]: PRIMA C'E' MOLTO DA FARE SUI CUP E SUGLI ALTRI PRESCRITTORI !

Commentato [SV59]: in AIR si fa riferimento all'appropriatezza prescrittiva in generale non su singole prestazioni/prescrizioni

Commentato [SV60]: entro quando ?

Commentato [SV61]: ENTRO QUANDO ? E SE NON OTTEMPERANO ?

Commentato [SV62]: NO !!! SULLA BASE dei cittadini dai 14 anni in su residenti o che hanno diritto all'assistenza dei MMG come gli stranieri, le deroghe annuali, ecc.

Commentato [SV63]: Problema: tutti gli assistiti attualmente senza scelta del MMG a seguito delle carenze escono dai calcoli e se il MMG neo inserito viene scelto da questi assistiti? Per l'assistenza a loro non viene pagato? Indi per cui il calcolo deve essere fatto sulla popolazione residente e domiciliata, tolto lo 0-14.

Commentato [SV64]: E SE TALE DATA NON VIENE RISPETTATA, COSA SUCCEDDE ?

Commentato [SV65]: IDENTICI X TUTTE LE AFT AZIENDALI ?

Commentato [SV66]: e come si stabilisce questo dato che provoca differenti finanziamenti tra AFT magari di pari popolazione?

Commentato [SV67]: FORMULAZIONE GENERICA CHE LASCIA SPAZIO ALLA DISCREZIONALITA' !

a ciclo di scelta in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno di riferimento.

Il suddetto AAA definisce i progetti per l'anno di riferimento in attuazione degli obiettivi strategici regionali **indicati nel paragrafo precedente** stabilendo la ripartizione del fondo tra i progetti individuati e indicando obiettivi specifici e misurabili in termini concreti e chiari nonché i loro indicatori di processo e/o di risultato utilizzando, ove possibile, gli indicatori LEA-CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) introdotti con il DM 12 marzo 2019.

Gli AAA possono stabilire che i progetti abbiano uno sviluppo pluriennale purché coerenti con le linee di gestione annuali del servizio sanitario regionale.

I medici che non partecipano agli obiettivi non hanno diritto alla liquidazione della parte variabile del compenso collegata ai risultati ottenuti dall'AFT di appartenenza.

Le risorse del fondo devono essere integralmente utilizzate nell'anno di riferimento. Ove ciò non sia possibile, le eventuali **risorse non spese confluiscono** nel fondo specifici programmi dell'anno successivo, in aggiunta alla quota annuale ordinariamente disponibile. Tali risorse non si storicizzano.

Valutazione e monitoraggio delle progettualità

I medici partecipano volontariamente agli obiettivi e sono valorizzati sulla base delle specifiche progettualità definite a livello aziendale a valere sull'anno in corso.

La parte variabile del compenso da corrispondere ai medici per l'attività a ciclo di scelta è collegata per il 70% alla valutazione del risultato individuale e il rimanente 30% al risultato complessivo ottenuto dall'AFT di appartenenza riferiti ad ogni singolo progetto.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi esita dal processo di valutazione aziendale ed è effettuato a cura della Direzione Distrettuale con il componente di diritto dei medici di medicina generale dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) entro il mese di febbraio dell'anno successivo.

In caso di contestazione della valutazione, la valutazione di seconda istanza si svolge in sede di **collegio di conciliazione di cui all'art. 29 del presente accordo.**

La quota variabile del fondo specifici programmi definita dall'ACN viene erogata mensilmente a titolo di acconto, mentre la quota aggiuntiva regionale viene attribuita a saldo a seguito del procedimento di valutazione dei risultati. **La liquidazione della quota variabile aggiuntiva regionale articolo deve avvenire entro il successivo mese di maggio (mensilità di aprile), fatti salvi obiettivi che richiedono un periodo più lungo per l'elaborazione dei dati in funzione della loro durata.**

Al fine di garantire la supervisione e il coordinamento dell'attuazione del presente AIR ed effettuare il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali, le Aziende trasmettono tempestivamente al Comitato regionale per tramite della Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità gli Accordi Attuativi Aziendali adottati.

Entro il primo semestre dell'anno successivo a quello di riferimento, le Aziende trasmettono al Comitato regionale per tramite della Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità, una relazione sull'attività annuale svolta dai medici in sede di AFT, sulla partecipazione agli obiettivi prefissati nonché sul grado di raggiungimento di detti obiettivi.

16. QUOTA PER SERVIZI¹⁶ (ART. 47, COMMA 2, C.)

I Medici del ruolo unico a ciclo di scelta possono dotarsi di apparecchiature ai fini diagnostici corrispondenti alla tecnologia di primo livello caratterizzate da semplicità di esecuzione e replicazione, non invasività, rapidità di interpretazione, interoperabilità con i sistemi ICT della Medicina Generale e dei loro applicativi anche attraverso piattaforme di cooperazione applicativa¹⁷.

Tali apparecchiature possono essere utilizzate quali ausili nella diagnosi differenziale e rappresentano una evoluzione tecnologica in grado di agevolare e potenziare la funzione di presa in carico del paziente da parte

¹⁶ Art. 47

I) quota per prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6;

II) quota per assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8;

III) quota per assistenza domiciliare integrata (ADI) di cui all'Allegato 9.

È demandata agli AAIRR la definizione delle ulteriori quote variabili per servizi non definite dagli Allegati 6, 8 e 9.

L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui ai punti II e III della presente lettera viene definita annualmente dalla programmazione regionale. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8 non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili. Sono fatti salvi diversi Accordi regionali.

¹⁷ NOTA 0019557-01/10/2020-DGPROGS-MDS-A - Allegato Utente 2 (A02)

Commentato [SV68]: specificare

Commentato [SV69]: IL LORO AMMONTARE DEFINITO A CONSUNTIVO, VA COMUNICATO ALLE OO.SS. IN TEMPO UTILE PER INTEGRARE IL FONDO PER IL SUCCESSIVO AAA/Anno successivo

Commentato [SV70]: 70-30: PERCHE' ? QUALE LA RATIO ? era così nel precedente AIR 2016 – 2018 MA dal 2019 è stata eliminata tale clausola perché foriera di conflittualità ...

Commentato [SV71]: No, è compito del Comitato Aziendale dove sono presenti tutte le OO.SS. maggiormente rappresentative. **Quale disposizione pattizia prevede tale Organismo ?**

Commentato [SV72]: DA VALUTARE TRA LE PARTI IN SEDE di COMITATO AZIENDALE ENTRO IL 31/3 dell'anno successivo a quello di valenza dell'AAA

del MMG. È responsabilità del medico l'acquisizione della necessaria formazione ed esperienza per la corretta interpretazione dei risultati ottenuti con tali tecnologie.

A fronte della **dimostrazione della necessaria esperienza**, è possibile utilizzare tali tecnologie anche nell'ambito delle prestazioni aggiuntive ulteriori di cui alla lett. C del nomenclatore-tariffario Allegato 6 dell'ACN.

Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici del ruolo unico di assistenza primaria sono individuate tra quelle ricomprese nel nomenclatore lea/tariffario regionale nell'ambito di progetti volti all'attuazione di linee guida, di processi assistenziali, PDTA o di altri obiettivi da stabilirsi con accordo attuativo aziendale che definisce altresì le modalità di rilevazione e di rendicontazione delle prestazioni erogate e individua, previa manifestazione di disponibilità dei professionisti interessati, gli studi medici dotati delle corrispondenti necessarie attrezzature.

A mero titolo d'esempio si riportano alcune prestazioni eseguibili nell'ambito degli accordi aziendali:

- Determinazioni analitiche di laboratorio di base (ad es. colesterolemia, Hb, Hb glicata, PCR, es. urine, ...)
- Tamponi nasofaringei
- Spirometria semplice
- ECG
- Holter pressorio
- Ecografie
- lavaggio condotto uditivo esterno
- altre prestazioni eseguibili dai MMG previste dal vigente nomenclatore/tariffario regionale.

Le Aziende **definiscono** nell'ambito nella propria programmazione i fabbisogni distrettuali delle prestazioni aggiuntive e attribuiscono il relativo budget ai distretti riallocando le necessarie risorse altrimenti impiegate per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche nel rispetto del principio di invarianza complessiva di oneri a carico del bilancio aziendale. Le Aziende sono tenute a illustrare nel provvedimento di approvazione dell'AAA il rationale e la sostenibilità economica dell'Accordo. Per le prestazioni rese, **al medico spetta l'80%** del compenso onnicomprensivo stabilito dal nomenclatore/tariffario regionale.

VA INSERITO ANCHE IL RIFERIMENTO ALL'ALLEGATO 6 ACN (PPIP)

VA INSERITO IL RIFERIMENTO ALL'ALLEGATO 8 ACN (x Modulistica ADP/ADI)

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI.

ART. 7 – DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

3. Sulla base di apposito Accordo regionale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle Aziende per i compiti di cui al presente Allegato

ART. 9 – INTESE DECENTRATE

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

17. QUOTA DEL FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI¹⁸ (ART. 47, COMMA 2, D.)

Le Aziende costituiscono il fondo aziendale dei fattori produttivi secondo le indicazioni definite dall'ACN all'art. 47, comma 2, lett. D) **a partire dal primo esercizio finanziario successivo all'entrata in vigore del nuovo AIR.**

Le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che **percepiscono** gli incentivi e le indennità per attività in forma associativa, per la funzione informativo-informatica, per l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario, come determinati dall'articolo 59, lettera B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., già erogati ai medici alla data di costituzione del fondo stesso purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici.

La modifica dello standard organizzativo riferito alle preesistenti forme associative, la cessazione del rapporto di lavoro con il personale di studio, regolamentati sia a livello nazionale che regionale, comportano la

Commentato [SV73]: come ?

Commentato [SV74]: ENTRO QUANDO ? E SE NON OTTEMPERANO?

Commentato [SV75]: Avrebbe più senso stabilire un finanziamento ad hoc. Così diventa di fatto inapplicabile e per alcune attività, es. tamponi strepto sarebbe invece molto utile.

Commentato [SV76]: Perché? Il MMG mette locali, apparecchiatura e prestazione. Quale il rationale di non riconoscere il 100%?

Commentato [SV77]: RIVEDERE I COMPENSI !!!
vedi recente AIR Sardegna

Commentato [SV78]: Art. 7 punto 3: Sulla base di apposito Accordo regionale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle Aziende per i compiti di cui al presente Allegato

Commentato [SV79]: I) Alla istituzione delle AFT, come previsto dall'articolo 8, comma 2, le indennità e gli incentivi del fondo di cui all'articolo 46 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'attività dei medici a ciclo di scelta, ad eccezione della quota di cui alla precedente lettera B, punto I, costituiscono il **fondo aziendale dei fattori produttivi.**

Commentato [SV80]: in ATTESA DI CIO' a quanto ammontano e come si utilizzano tali fondi ?

Commentato [SV81]: declinato al presente o al passato ?

¹⁸ Art. 47

VII) Gli Accordi Integrativi Regionali possono stabilire diversi criteri di destinazione delle risorse di cui ai commi precedenti.

sospensione delle relative indennità corrisposte, che restano a disposizione del fondo aziendale dei fattori produttivi.

Ai sensi dell'art. 47, comma 2, lett. D) punto VII, dell'ACN 2022, le parti stabiliscono i seguenti criteri di destinazione delle risorse destinate al fondo aziendale dei fattori produttivi.

a) **Forme associative**

Tutte le AFT sono ridefinite ed organizzate secondo il regolamento aziendale definito nel Comitato aziendale ai sensi dell'art. 29, comma 12 dell'ACN.

Lo svolgimento dell'attività in integrazione della propria AFT da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria rappresenta condizione irrinunciabile per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il S.S.N..

In base all'art. 16, comma 4, della L.R. 22/2019, le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) esistenti confluiscono nelle nuove AFT a partire dalla loro attivazione secondo le modalità previste dallo specifico regolamento aziendale, redatto in coerenza con la DGR 1597/2022 recante l'atto di programmazione per l'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici convenzionati alle forme organizzative multiprofessionali secondo i nuovi criteri generali previsti dall'ACN 2022.

Le parti danno atto che, tra i compiti essenziali dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che compongono l'AFT ai sensi dell'art. 29 dell'ACN 2022, rientrano, a titolo esemplificativo, i seguenti compiti già previsti, in parte, per le MGI e per le AFT dal modello organizzativo delineato dall'AIR 2016-2018 e dall'AIR ponte 2019 e s.m.i.:

- attività di studio nei confronti di tutti gli assistiti che afferiscono all'AFT per assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti;
- audit sull'attività prescrittiva in funzione degli obiettivi (specialistica, diagnostica strumentale, farmaceutica, con particolare riferimento all'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto, percentuale di prescrizioni dematerializzate; monitoraggio delle prescrizioni delle prestazioni di prima visita e sulle prescrizioni di farmaceutica);
- incontri di monitoraggio dell'attività, riconosciuti quale aggiornamento obbligatorio;
- supporto al raggiungimento degli obiettivi regionali di salute;
- medicina d'iniziativa come disciplinata dall'allegato 1 dell'ACN;
- creazione di percorsi con la medicina specialistica sia convenzionata che ospedaliera per la condivisione di criteri di appropriatezza (priorità, quesito clinico);
- coordinamento per l'effettuazione degli accessi di Assistenza Domiciliare Programmata ed Integrata, nel rispetto delle modalità previste dall'Accordo nazionale;
- gestione della scheda sanitaria elettronica;
- adozione di percorsi assistenziali condivisi con l'Azienda sanitaria.

La previgente indennità per la partecipazione alla Medicina di gruppo integrata prevista dall'AIR 2016-2018 e dall'AIR ponte 2019 resta a disposizione per il finanziamento del nuovo modello organizzativo definito dalle Aziende ai sensi della sopra citata DGR 1597/2022 per qualificare l'offerta assistenziale.

La suddetta indennità annua pari a 12 euro/assistito (con tetto a 1300 assistiti/MMG) viene mantenuta e attribuita a tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta componenti dell'AFT a fronte della partecipazione, in integrazione con gli altri medici, al nuovo assetto assistenziale definito dall'Azienda nonché per lo svolgimento dei seguenti compiti aggiuntivi:

- formazione sul campo prevista per le attività di AFT;
- supporto professionale nei confronti dei medici con incarico provvisorio, temporaneo o neo convenzionati;
- partecipazione alle procedure di integrazione delle AFT con le Case della Comunità e con gli altri servizi presenti sul territorio;
- realizzazione dei programmi regionali di promozione della salute e di prevenzione (tra cui gli screening).

Lo svolgimento dei suddetti compiti viene verificato a cura del Direttore di Distretto e del componente di diritto dell'UCAD. In caso di valutazioni difformi interviene il Comitato Aziendale.

In caso di mancato o parziale svolgimento dei compiti aggiuntivi sopra indicati, la corresponsione dell'indennità aggiuntiva viene rideterminata secondo le modalità indicare nel regolamento aziendale di AFT.

b) **Collaboratore di studio / Infermiere**

L'indennità annua per ciascun assistito in carico pari a € 12,00 entro l'importo massimo di 15.600 euro (12

Commentato [SV82]: ENTRO QUANDO ? TRE MESI ? E SE LE AZIENDE NON RISPETTANO TALE TEMPISTICA ? secondo Parte Pubblica (Seduta Delegazione Trattante del 20/3/2024) l'avvio delle "nuove" AFT non avverrà prima del 01.01.2025 MA tutto l'AIR ruota intorno a AFT (art. 29) e Ruolo Unico (Art. 31) quindi non può essere applicato nulla prima del 01.01.2025

Commentato [SV83]: quali contratti, documenti, moduli saranno previsti per siglare questo passaggio ? che fine fanno gli accordi privati sottoscritti dai singoli medici e che sono depositati in sede Aziendale e all'Ordine?

Commentato [SV84]: COSA SIGNIFICA ?

Commentato [SV85]: solamente se iscritti con i MMG facenti parte della AFT o che afferiscono a prescindere come ad es. in PS ?

Commentato [SV86]: VANNO SEPARATI: x la GMT è su base volontaria e INCENTIVATO, per il resto vanno definite le modalità di attuazione e la relativa incentivazione

Commentato [SV87]: va declinato in AIR (vedi sopra prima dell'art. 11)

Commentato [SV88]: IN COMITATO AZIENDALE

Commentato [SV89]: Alzare il tetto a 1500 assistiti.

Commentato [SV90]: e per i MMG ad attività oraria componenti dell'AFT come declinare ?

Commentato [SV91]: in applicazione dell'art. 2 comma 3 dell'ACN

Commentato [SV92]: cosa significa ?

Commentato [SV93]: sulla base di quale ACN per le cd. "regole di ingaggio" ?

Commentato [SV94]: come?

Commentato [SV95]: quello ancora da definire !!!

Commentato [SV96]: Bisogna prevedere la specifica indennità per tutti i MMG che ne facciano richiesta.

euro x 1300 assistiti) per l'impiego di un collaboratore di studio assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali viene confermata per i medici che la percepiscono alla data di costituzione del fondo aziendale fattori produttivi alle medesime condizioni dettate in materia dai previgenti AA.II.RR.

In caso di cessazione del rapporto convenzionale di medici componenti le AFT, l'eventuale indennità corrisposta per il collaboratore di studio confluisce nel fondo aziendale dei fattori produttivi e resta a disposizione per il finanziamento destinato alla medesima finalità.

Al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse destinate annualmente allo scopo, i medici che non ne usufruiscono presentano all'Azienda domanda di concessione dell'incentivo entro il 30 gennaio di ogni anno.

Le Aziende Sanitarie effettuano entro il 30 gennaio di ogni anno la ricognizione delle cessazioni intervenute e la quantificazione delle risorse risultanti disponibili alla data del 31/12 dell'anno precedente.

L'indennità annua per ciascun assistito in carico pari a 12,00 euro fino 1300 assistiti viene riconosciuta dall'Azienda prioritariamente ai medici di assistenza primaria a ciclo di scelta che hanno incrementato il massimale individuale oltre le 1.500 scelte.

Le quote disponibili vengono attribuite in ordine decrescente in base al maggior numero di assistiti risultanti in carico ai medici richiedenti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

L'indennità nel limite delle risorse disponibili di medesima destinazione viene erogata a partire dalla data di effettiva instaurazione del rapporto di lavoro in seguito al provvedimento di concessione dell'incentivo per il personale assunto con contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali.

Il rimborso delle spese effettivamente sostenute per la retribuzione del collaboratore di studio è corrisposto sulla base di idonea documentazione giustificativa.

Entro il 30 giugno di ogni anno, l'Azienda competente procede al conguaglio verificando che la somma totale delle indennità percepite nel corso dell'anno solare precedente non superi le spese effettive dimostrate che comprendono: la retribuzione lorda, i contributi sociali, gli onorari di eventuali consulenti del lavoro e/o commercialista.

Se la somma degli incentivi erogati supera la spesa sostenuta per il collaboratore, l'Azienda recupera dai medici la differenza.

Le Aziende Sanitarie comunicano alla DCS con frequenza annuale l'esito delle verifiche e dell'assegnazione dei contributi per l'impiego dei collaboratori di studio.

~~e) Infermiere professionale o altri professionisti sanitari~~

~~Valgono le stesse regole definite sopra per i collaboratori di studio. vedi punto b)~~

d) Indennità per la funzione informativo-informatica

Le previgenti indennità informatiche sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei medici che entrano nelle AFT.

18. QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI¹⁹ (ART. 47, COMMA 2 LETT. E)

Zone disagiate e disagiatissime

La misura del compenso accessorio annuo spettante ai medici di assistenza primaria per l'attività svolta nelle zone disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa viene fissata come segue:

- Zone disagiatissime
 - a) MMG con meno di 700 scelte:
 - per i primi 400 assistiti € 24,65/assistito !!!
 - da 401 a 700 assistiti € 4,10
 - b) MMG con numero scelte superiore a 700
 - per i primi 400 assistiti € 12,32
 - da 401 a 700 assistiti € 4,10
 - oltre 700 assistiti € 1,63
- Zone disagiate a popolazione sparsa

¹⁹ Art. 47

Gli Accordi regionali possono prevedere eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalla assistenza primaria ed a queste complementari, nonché per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate.

Commentato [SV97]: 1.500

Commentato [SV98]: il fondo collaboratore resta all'interno della stessa AFT MA se nessun MMG della AFT lo accetta viene spostato in altra AFT ? come, con quali "regole" ?

Commentato [SV99]: perchè se un MMG si inserisce in febbraio/marzo o dopo, deve attendere ? Non ha senso ripresentare la domanda ogni anno. Nel momento in cui si ha diritto si viene contattati e si conferma o meno l'interesse ad accedere all'incentivo e se si rifiuta si viene cancellati.

Commentato [SV100]: ERRATO !!! per incrementare il massimale è condizione necessaria prevista da ACN avere il collaboratore di studio.

Commentato [SV101]: TUTTI I MMG DEVONO AVER DIRITTO ALL'INDENNITA' !!!

Commentato [SV102]: la graduatoria va predisposta: 1) all'invio della PEC per la domanda, 2) ad aver assunto o meno il collaboratore, 3) al numero dei pazienti in carico

Commentato [SV103]: e Infermieri

Commentato [SV104]: CIOE' TUTTI VISTA L'OBLIGATORIETA' di far parte dell'AFT

Commentato [SV105]: RISPOSTA SISAC n. 139/2023 del 07/04/2023:
il vigente ACN 28 aprile 2022, relativamente al trattamento economico dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, tanto a ciclo di scelta (ex assistenza primaria) quanto a rapporto orario (ex continuità assistenziale) nulla ha innovato rispetto al previgente ACN 23 marzo 2005 s.m.i, traslando meramente il contenuto e riorganizzando in maniera sistematica le clausole contrattuali.

Commentato [SV106]: l'incentivazione non è un gran che, non è attrattiva e poi vanno definite in modo condiviso quali siano tali zone in FVG

Commentato [SV107]: sono fondi aggiuntivi o sottratti dai fondi già stanziati dalla Regione per la MG??

- per i primi 400 assistiti € 5,34
- da 401 a 700 assistiti € 3,28
- oltre 700 assistiti € 1,63

DA INSERIRE L'ART. 48 (commi 6, 7 e 8 – lett. b)

PARTE II - INTEGRAZIONI REGIONALI²⁰

Per far fronte alla carenza di MMG le parti ritengono fondamentale avviare precise iniziative per migliorare l'organizzazione dell'assistenza primaria e **favorire l'integrazione delle AFT con le Case della Comunità e con gli altri servizi presenti sul territorio.**

La Regione e le OO.SS. ritengono inoltre indispensabile ricondurre la risposta alle difficoltà assistenziali all'interno di ogni AFT, **incentivando i nuovi inserimenti** ed evitando risposte organizzative estemporanee non rispondenti alla necessità di presa in carico dell'assistito.

Per le suddette finalità, la Regione mette a disposizione dei medici titolari di rapporto convenzionale a tempo indeterminato/temporaneo/determinato/provisorio le risorse annuali finalizzate di seguito specificate.

19. OBIETTIVI DI AFT

Viene riconosciuto un incentivo annuo omnicomprensivo di 3,00 €/assistito finalizzato allo svolgimento di ulteriori compiti non ricompresi nei compiti istituzionali dei singoli medici e di AFT o nei compiti aggiuntivi di AFT già retribuiti con la specifica indennità prevista per la partecipazione alla forma organizzativa.

Gli obiettivi specifici, gli indicatori di processo e/o di risultato, sono proposti dalle Direzioni Generali delle Aziende e **vengono definiti entro il primo trimestre di ciascun anno in sede di comitato aziendale.**

Le parti danno atto che gli obiettivi devono essere collegati alle attività di AFT indicate dal punto 15) dell'atto di programmazione approvato con DGR 1597/2022 tra cui si individuano i seguenti obiettivi strategici regionali al fine di rendere operativi ed efficaci i percorsi di assistenza territoriale e più equo l'accesso alle cure:

- **concorso** all'incremento del numero di pazienti presi in carico a domicilio consentendo di raggiungere il valore soglia del **10% degli assistiti ultrasessantacinquenni** (obiettivo PNRR);
- partecipazione ai percorsi di telemedicina secondo il modello in corso di definizione da parte della Regione.
- perseguire l'appropriatezza prescrittiva (farmaci e prestazioni) e il contenimento della spesa farmaceutica.

La mera partecipazione agli eventi formativi, in quanto attuazione di formazione obbligatoria garantita da offerta regionale anche mediante l'organizzazione della continuità assistenziale sostitutiva, non può costituire obiettivo incentivato.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi esita dal processo di valutazione aziendale ed è effettuato a cura della Direzione Distrettuale in collaborazione con il **componente di diritto dell'UCAD** entro il mese di febbraio dell'anno successivo; **qualora vi fossero difformità il giudizio finale viene demandato al Comitato Aziendale che va convocato e deve esprimersi entro il successivo 31 marzo.**

~~In caso di valutazioni divergenti, la valutazione di seconda istanza si svolge in sede di collegio di conciliazione di cui all'art. 29 del presente Accordo.~~

20. CONTRIBUTO D'INGRESSO UNA TANTUM.

Al fine di incentivare la copertura degli incarichi provvisori che rimangono vacanti a seguito dell'espletamento delle procedure previste dall'art. 37 dell'ACN e/o la copertura di zone che presentino grave carenza **strutturale** di medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o obiettive e impegnative condizioni di erogazione dell'attività assistenziale, le **Aziende possono riconoscere un contributo di ingresso una tantum pari a 6.000,00 € lordi da restituire proporzionalmente in caso di recesso anticipato rispetto alla durata di dodici**

Commentato [SV108]: COMMA 6: L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i medici che svolgono attività oraria del ruolo unico di assistenza primaria contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo

Commentato [SV109]: L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i medici che svolgono attività oraria del ruolo unico di assistenza primaria contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, qualora l'attività sia prestata in Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.

Commentato [SV110]: COMMA 8 – LETT. b): 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvi diversi Accordi regionali.

Commentato [SV111]: SISAC: RISPOSTA N. 94/2023 LE CASE DELLA COMUNITA' COSI' COME le cd. Unità di Continuità Assistenziali (UCA) di cui al punto 7 dell'allegato 1 al DM. 23 maggio 2022, n. 77, adottato in attuazione della Missione 6 Salute Component 1 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), non sono disciplinate dagli Accordi Collettivi Nazionali del settore in rapporto di convenzionamento con il SSN, né alcuna determinazione in merito al loro inquadramento giuridico in tal senso risulta assunta a livello legislativo.

Commentato [SV112]: quando ciò sarà disciplinato dall'ACN che definirà le "regole d'ingaggio" per i MMG/AFT

Commentato [SV113]: COME ???

Commentato [SV114]: cosa si prevede per il 2024 ? E SE LE AZIENDE NON PROVVEDONO E NON CONVOCCANO IL COMITATO AZ. nei suddetti termini ?

Commentato [SV115]: DISPONIBILITA'

Commentato [SV116]: Va meglio specificato: 10% da parte di tutti i servizi; inoltre le attività sono troppe per € 3/assistito/anno senza un minimo incremento rispetto al passato (dal 2016)

Commentato [SV117]: se non ci sono collegamenti o un MMG non fa la telemedicina?

Commentato [SV118]: perchè solo il MMG è pressato per la prescrizione, tutti i medici del SSN devono avere appropriatezza prescrittiva, per di più il MMG è spesso indotto nella prescrizione

Commentato [SV119]: CHE COINVOLGA TUTTI I PRESCRITTORI DEL SSR PRIVATO CONVENZIONATO/ACCREDITATO COMPRESO !!! quindi atti concreti, direttive e verifiche sull'applicazione o meno ...

Commentato [SV120]: Valutazione in Comitato aziendale prevista dalle disposizioni pattizie e .. dal buon senso ...

Commentato [SV121]: NON PREVISTO DA ACN

Commentato [SV122]: strutturale ? forse perchè poco o nulla è stato fatto di concreto sino ad oggi ?

Commentato [SV123]: LE AZIENDE RICONOSCONO !!!

Commentato [SV124]: Poco. Almeno €10.000 per invogliare ad avviare attività e sostenere le prime spese.

²⁰ Art. 47

4. Le eventuali integrazioni già stabilite con Accordi Integrativi Regionali sono negoziate a livello regionale nel rispetto delle finalità previste dall'articolo 3, comma 4 dell'ACN.

mesi.

A tale scopo, la Regione mette a disposizione delle Aziende l'importo complessivo annuale pari a 570.000,00 [CN] nuovi investimenti regionali o soldi prelevati dagli investimenti già stanziati? € (corrispondenti a n. 190 quote) così suddiviso:

	ASUFC	ASUGI	ASFO	REGIONALE
contributo d'ingresso	240.000,00	180.000,00	150.000,00	570.000,00
N. quote	40	30	25	95

Eventuali quote non spese possono essere utilizzate l'anno successivo in aggiunta alle quote annuali ordinariamente disponibili. Tali risorse non si storicizzano

21. DISPONIBILITÀ ORARIA

Viene remunerato con il compenso lordo di 40,00 euro all'ora l'aumento orario da parte dei medici di assistenza primaria rispetto a quanto previsto dal comma 5 dell'art. 35 dell'ACN vigente per incrementare l'erogazione dell'assistenza primaria nell'ambito dell'AFT, in ambulatori distrettuali e/o Case della comunità in base alle esigenze organizzative dell'Azienda sulla base di quanto definito dall'AAA.

A tale scopo, la Regione mette a disposizione delle Aziende l'importo complessivo annuale pari a 1.000.000,00 € (corrispondenti a 25.000 ore di disponibilità) così suddiviso:

	ASUFC	ASUGI	ASFO	REGIONALE
Disponibilità oraria ambulatoriale	420.000,00	300.000,00	280.000,00	1.000.000,00
N. ore	10.500	7.500	7.000	25.000,00

INSERIRE IL PUNTO 21) della DGR. 1597/2022 "Cruscotto direzionale"

22. INDENNITÀ PER GIORNI "SUPERFESTIVI"

Sono considerate "superfestive" le seguenti giornate:

1° gennaio
6 gennaio
Pasqua e Pasquetta
25 aprile
1° maggio
15 agosto,
1° novembre
8 dicembre
25 e 26 dicembre
31 dicembre,

Nelle suddette giornate e nei turni dei prefestivi collegati alle anzidette giornate (5 gennaio, sabato Santo, 24 aprile, 30 aprile, 14 agosto, 31 ottobre, 7 dicembre e 24 dicembre, 30 dicembre) viene corrisposta ai medici del ruolo unico di assistenza primaria l'indennità di € 100,00 per l'effettiva copertura dei turni per l'attività di continuità assistenziale e dei turni di reperibilità domiciliare organizzata ai sensi dell'art. 44, comma 6, dell'ACN.

23. QUOTE DI INCENTIVAZIONE DEI MEDICI A RAPPORTO ORARIO

Viene destinata una quota di incentivazione aggiuntiva, pari a complessivi € 3,234/ora, al raggiungimento da

Commentato [SV125]: la quota di ingresso è solo per medici a tempo indeterminato che si collocano in un territorio per almeno 4 anni, pena la restituzione dell'incentivo

Commentato [SV126]: nuovi investimenti regionali o fondi già previsti ed erogati in passato alla MG ?

Commentato [SV127]: altrimenti quale la loro destinazione ?

Commentato [SV128]: PIU' ONERI

Commentato [SV129]: Poco. Almeno 60.

Commentato [SV130]: COSA SIGNIFICA "AUMENTO ORARIO" ? DA DISCIPLINARE LE MODALITA' ATUATIVE !

Commentato [SV131]: quindi NON nel proprio STUDIO?

Commentato [SV132]: non ancora disciplinato in ACN il coinvolgimento dei MMG in tali Strutture previste dal PNRR/DM. 77/2022

Commentato [SV133]: nuovi investimenti regionali o fondi prelevati dagli investimenti già in essere e utilizzati per precedenti attività ?

Commentato [SV134]: La Regione, tramite ARCS, mette a disposizione delle AFT della Medicina Generale i dati e gli indicatori utili a supporto dell'audit clinico quale strumento di governo clinico finalizzato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, in particolare per la gestione delle malattie croniche a livello territoriale.

Commentato [SV135]: Nel precedente AIR SCA c'era impegno a riconoscere l'indennità anche a prefestivo e festivo del 1° giugno.

Commentato [SV136]: VISTA L'EMERGENZA CARENZIALE VANNO PREVISTI ULTERIORI INCENTIVI PER ATTRARRE MEDICI DISPONIBILI A GARANTIRE LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

parte dei medici di assistenza primaria ad attività oraria titolari di rapporto convenzionale, dei seguenti obiettivi:

- garanzia dell'assistenza di base a tutti i cittadini residenti o con domicilio sanitario in regione, che si trovino occasionalmente al di fuori del proprio ambito territoriale di riferimento;
- **partecipazione a progetti per l'utilizzo della telemedicina;**
- **interventi in caso di necessità e su chiamata delle strutture di cure intermedie (hospice, ospedali di comunità, speciali unità di assistenza protratta, strutture di post-acuzie territoriali, ecc.) insistenti sul territorio del Distretto di appartenenza del medico ad attività oraria, nonché presso gli istituti penitenziari e centri di assistenza per immigrati;**

DA INSERIRE LE MODALITA' ATTUATIVE PER L'INTEGRAZIONE IN AFT DEI MEDICI AD ATTIVITA' ORARIA

La verifica del conseguimento degli obiettivi compete al Direttore di Distretto che si avvale del **componente di diritto dell'UCAD**.

In caso di valutazioni divergenti, la valutazione di seconda istanza si svolge in sede di **collegio di conciliazione di cui all'art. 29 del presente Accordo**.

I compensi relativi al raggiungimento degli obiettivi sono erogati **con anticipo mensile**, salvo conguaglio.

PARTE III – ATTIVITÀ E INCENTIVI A ISORISORSE

24. UFFICIO DISTRETTUALE PER LA MEDICINA GENERALE – UDMG

Al fine di mantenere l'efficace ed efficiente "rete di relazione" realizzata negli anni tra i medici di assistenza primaria e non disperdere la positiva esperienza nell'attivazione di strategie complementari alla logica complessiva del governo clinico, **viene mantenuto l'ufficio distrettuale per la medicina generale (UDMG) costituito dal responsabile di distretto o suo delegato e dai referenti di AFT afferenti al medesimo distretto**. L'Azienda assicura il supporto logistico alle attività dell'UDMG. Nell'ambito delle attività dell'UDMG, i referenti di AFT:

- collaborano con il Direttore di Distretto al coordinamento generale delle attività di AFT ed al monitoraggio delle stesse;
- collaborano con il Direttore del Distretto per il mantenimento di una efficace ed efficiente rete di relazione con i medici di assistenza primaria del Distretto;
- effettuano l'analisi del fabbisogno formativo e collaborano alla predisposizione del conseguente programma annuale ed alla promozione della qualità e della ricerca nelle cure primarie;
- concorrono alla valutazione della corretta applicazione delle norme contrattuali nazionali, regionali e aziendali.

L'UDMG si riunisce mensilmente con cadenza e secondo le modalità concordate tra il direttore di distretto ed i referenti di AFT. Gli incontri sono preceduti da una convocazione formale da parte del direttore di distretto o suo delegato. Ogni incontro viene verbalizzato e diffuso, a cura del Distretto, a tutti medici di assistenza primaria appartenenti alle AFT del distretto.

La partecipazione all'UDMG rientra tra i compiti istituzionali dei referenti di AFT inerenti l'integrazione tra servizi.

25. ULTERIORI COMPITI DEI MEDICI A RAPPORTO ORARIO²¹

Al fine di migliorare la risposta ai bisogni di salute, si prevede il coinvolgimento dei medici a rapporto orario convenzionati a tempo indeterminato e determinato, su base volontaria, nella gestione di attività distrettuali/aziendali, diverse dai compiti assistenziali previsti dall'art. 44 dell'ACN. Tali attività, fatte salve diverse necessità organizzative Aziendali, possono riguardare attività cliniche da svolgersi nei seguenti ambiti:

- a) cure palliative (domiciliari e presso RSA/Hospice);
- b) strutture intermedie;
- c) residenze per anziani e disabili;
- d) sanità penitenziaria (fino all'applicazione del CAPO IV dell'ACN – assistenza negli istituti penitenziari dell'ACN);

Commentato [SV137]: definiti d'intesa con le OO.SS.

Commentato [SV138]: Quale il TRATTAMENTO ECONOMICO per tale compito ?

Commentato [SV139]: compiti da togliere da questo articolo e riportare in articolo 25

Commentato [SV140]: che è un Referente di AFT che ha compiti superiori ad altri Referenti ma con identico trattamento economico

Commentato [SV141]: tale Organismo non è previsto dall'ACN quindi Comitato Aziendale

Commentato [SV142]: in dodicesimi

Commentato [SV143]: CONTRADDIZIONE IN TERMINI !
antinomia, incoerenza, incongruenza ...

Commentato [SV144]: In contrasto. con l'art. 7 che afferma che l'avvio dell'UCAD fa cessare le UDMG.
IN CONTRASTO CON IL PUNTO 10 DELLA DGR. 1597/2022 CHE ABOLISCE L'UDMG !!!

Commentato [SV145]: in contrasto con l'art. 7 del presente AIR

Commentato [SV146]: Quindi un compito in più per i referenti di AFT senza riconoscimento economico?

Commentato [SV147]: A ISORISORSE ???

Commentato [SV148]: ad ATTIVITA' ORARIA >>> art. 44

²¹ art. 44, comma 9, ACN

e) programmi assistenziali per persone appartenenti a determinate categorie a rischio, nell'ambito di iniziative strutturate;

f) assistiti fragili, pazienti pluripatologici e/o con malattie di lunga durata, o inseriti in programmi assistenziali programmati e per i quali sia stato redatto un piano assistenziale individuale;

Sono demandate alla contrattazione attuativa aziendale le modalità di assegnazione degli incarichi correlati a specifiche progettualità e relativi obiettivi nonché la disciplina delle attività previste dal presente articolo.

Per ciascuna delle tipologie di attività di cui alle lettere da a) a d), oltre alla quota oraria negoziata a livello nazionale di cui all'art. 47, comma 3, lett. A, dell'ACN, è prevista una remunerazione oraria aggiuntiva, di entità commisurata al carico di lavoro e alla responsabilità dell'incarico, non inferiore a € 15,00.

Per le tipologie di attività di cui alle lettere e) e f), oltre alla quota oraria negoziata a livello nazionale di cui all'art. 47, comma 3, lett. A, dell'ACN, è prevista una remunerazione oraria aggiuntiva, di entità commisurata al carico di lavoro e alla responsabilità dell'incarico, non inferiore a € 7,50.

Le Aziende finanziano gli Accordi Attuativi Aziendali stipulati ai sensi del presente articolo attingendo dal proprio bilancio le necessarie risorse che sarebbero altrimenti impiegate in altre soluzioni organizzative adottate per garantire le medesime attività, nel rispetto del principio di invarianza annuale della spesa. Le Aziende sono tenute a illustrare nel provvedimento di approvazione dell'AAA il rationale e la sostenibilità economica dell'Accordo.

26. INTEGRAZIONE TRATTAMENTI ECONOMICI

Al fine di incentivare la copertura degli incarichi vacanti, i medici **destinatari titolari** di incarico provvisorio partecipano alla corresponsione:

- della quota variabile del fondo di cui all'art. 47, lettera B dell'ACN per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico;
- dell'Indennità per la funzione informativo-informatica;
- dell'indennità annua per lo svolgimento dei compiti aggiuntivi di AFT;
- dell'incentivo annuo omnicomprendivo previsto per gli obiettivi di AFT;
- della quota per l'incremento della disponibilità oraria;

con le medesime modalità stabilite dal presente accordo per i medici con incarico a tempo **indeterminato**.

27. AUMENTO TEMPORANEO DEL MASSIMALE (RIF. ACN ART. 38 COMMA 2)

Al fine di **ricompensare** favorire l'incremento e la gestione dei carichi di lavoro oltre le 1.500 scelte in relazione a particolari situazioni locali determinate dalla carenza di medici viene riconosciuta ai medici a ciclo di scelta la quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso di cui all'art. 47, comma 2, lett A) punto VI) attualmente pari ad Euro 13,46, fino al limite massimo di 1.800 scelte, al netto delle scelte in deroga.

DA INSERIRE ART. 39 ACN in particolare comma 10

28. COPERTURA STRAORDINARIA SEDI DI RIFERIMENTO DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

In caso di eventi in cui eccezionalmente il servizio di continuità assistenziale non venga coperto dalla reperibilità, per assenze improvvise e non previste, il medico ad attività oraria in turno presso una sede limitrofa di riferimento del servizio, individuata dall'Azienda sanitaria, può essere incaricato di coprire il servizio su entrambe le sedi.

In questo caso è riconosciuta al medico supplente una indennità aggiuntiva pari al 100% del compenso totale dovuto per le ore di effettiva copertura straordinaria della postazione limitrofa.

Non è possibile coprire più di due sedi contemporaneamente.

Il medico ad attività oraria che viene a conoscenza della scoperta di un turno che a calendario risulta assegnato è tenuto ad avvisare l'Azienda, con le modalità da questa stabilite, per consentire l'inoltro delle richieste dell'utenza alla sede supplente.

In caso di impossibilità ad assegnare uno o più turni a causa della carenza di medici a rapporto orario, gli uffici aziendali preposti ne danno tempestivamente comunicazione a tutte le **strutture (???) interessate** (medici a ciclo di scelta, farmacie, centrale operativa 112, ecc.) avendo cura di indicare precisamente la sede scoperta, l'eventuale copertura straordinaria da parte di una sede limitrofa ed i nominativi dei medici a rapporto orario che garantiscono il servizio.

Commentato [SV149]: cosa succede qualora l'Azienda non provvedesse ?

Commentato [SV150]: manca la quota incentivante sopra i 75 anni e sotto i 14

Commentato [SV151]: gli Accordi integrativi regionali possono innalzare il massimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria fino a 1800 scelte **in presenza di due specifiche situazioni:** per i medici che svolgono la propria attività nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) previste dall'ACN in questione con il supporto del personale di studio e sanitario e per assicurare l'assistenza nelle aree disagiate individuate dalla Regione. (SISAC 182/2023 dd. 07.04.2023)

Commentato [SV152]: ART. 38 – comma 2 ACN:
In attuazione della programmazione regionale, l'AIR può prevedere l'innalzamento del massimale di cui al comma 1 fino al limite massimo di 1.800 scelte esclusivamente per i medici che operano nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria, con personale di segreteria e infermieri ed eventualmente altro personale sanitario, per assicurare la continuità dell'assistenza, come previsto dall'articolo 35, comma 5 e/o in aree disagiate individuate dalla Regione nelle quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza.

Commentato [SV153]: In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta di cui al precedente comma, **gli effetti economici della stessa decorrono comunque, in difetto di scelta in favore di altro medico, dalla data di cessazione della sospensione.**
A tal proposito il medico è tenuto comunque alla assistenza del cittadino temporaneamente sospeso dagli elenchi fin dalla data di cessazione della sospensione medesima.

Commentato [SV154]: sarà molto difficile trovare Medici disponibili a ciò >>> DA STRALCIARE

Commentato [SV155]: ??????????

Per le sedi ed i turni in cui è prevista la presenza di due o più medici a rapporto orario, ai medici che garantiscono la continuità dell'assistenza sotto organico è corrisposta la maggiorazione pari al 30% del compenso dovuto per ciascun medico assente equamente suddiviso tra di loro.

L'indennità aggiuntiva del 100% e la maggiorazione del 30% del compenso previste dal presente articolo sono calcolate sulla quota oraria prevista dall'ACN alla quale vanno aggiunti gli oneri previdenziali.

Commentato [SV156]: non è possibile per un medico coprire più di due turni nello stesso momento

Commentato [SV157]: L'AIR SCA prevede il 100%

Commentato [SV158]: L'AIR SCA prevede il 100%

NORME TRANSITORIE E FINALI

29. ISTITUZIONE COLLEGIO AZIENDALE DI CONCILIAZIONE

In caso di contestazione della valutazione sul grado di raggiungimento individuale degli obiettivi previsti dal presente Accordo, il medico di assistenza primaria titolare di rapporto convenzionale con l'Azienda può richiedere la valutazione in seconda istanza davanti al Collegio aziendale di conciliazione.

Il collegio è composto da tre membri di cui uno nominato dall'Azienda, uno nominato in maniera congiunta dalle OOSS dei MMG e uno designato da ARCS tra gli esperti di programmazione e controllo.

Il funzionamento del collegio di conciliazione viene disciplinato in sede di Comitato Aziendale.

Commentato [SV159]: Quale disposizione pattizia lo prevede? Compiti già previsti da ACN cioè in Comitato aziendale

30. TRATTAMENTO ECONOMICO

Gli articoli 14, 15 e 16 del presente accordo relativi alla ripartizione quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, alle modalità per la corresponsione della quota variabile derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico e alla quota per servizi sono immediatamente applicabili dalla data di esecutività del presente accordo.

Entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente AIR le Aziende stipulano l'AAA per l'anno in corso relativo ai progetti per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico.

Commentato [SV160]: da riportare anche nell'art. seguente cioè il 31

Commentato [SV161]: SE LE AZIENDE NON PROVVEDONO, QUALI LE SOLUZIONI ...

31. ISTITUTI IMMEDIATAMENTE APPLICABILI

Sono applicabili a partire dalla data di entrata in vigore del presente AIR:

- art. 16 relativo alle prestazioni aggiuntive;
- art. 18 per l'incremento della misura del compenso accessorio annuo spettante ai medici di assistenza primaria per l'attività svolta nelle zone disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa con decorrenza dal primo mese successivo alla data di approvazione del presente accordo;
- art. 20 sul contributo d'ingresso una tantum per le zone carenti che verranno individuate e comunicate dalle Aziende alla Regione a partire dalla pubblicazione straordinaria per l'anno in corso di cui al comma 27 dell'art. 34 ACN;
- art. 21 sulla disponibilità oraria;
- art. 26 sull'integrazione trattamenti economici per gli incarichi provvisori banditi successivamente all'entrata in vigore del presente accordo;
- art. 27 l'incentivo per l'aumento temporaneo del massimale oltre 1.500 scelte. Viene riconosciuto ai medici interessati a partire dalla data di entrata in vigore del presente accordo.

32. AIR SCA 2019

L'accordo Integrativo Regionale quadro in attuazione del Capo III sulla continuità assistenziale dell'accordo collettivo nazionale 2009 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo con DGR 1718/2019 resta in vigore fino all'effettiva attivazione del nuovo modello organizzativo aziendale della continuità assistenziale applicativo della programmazione regionale al quale si applicherà la relativa disciplina prevista dal presente AIR.

Commentato [SV162]: INAPPLICATO IN ASUFC senza che la Regione abbia mosso un dito !!!

33. ISTITUZIONE NUOVE FORME ORGANIZZATIVE

Tutti gli istituti del presente accordo collegati all'istituzione delle nuove AFT entrano in vigore al momento della loro effettiva attivazione. Fino a quel momento continuano ad applicarsi gli Accordi integrativi regionali vigenti.

Commentato [SV163]: COME ???

Commentato [SV164]: L'AIR triennale dovrebbe essere finalizzato ad attivare le NUOVE FORME ORGANIZZATIVE PREVISTE DALL'ART. 8 dell'ACN 2022 e declinate negli Artt. 9 e 29 anche per garantire l'Assistenza H 24 e 7 giorni su 7; pertanto tutte le progettualità, gli obiettivi e il Trattamento economico non possono essere avviati in assenza dell'attivazione di tali forme organizzative e lo prevede chiaramente ad es. l'art. 47 comma 2 lett. B. ultimi due paragrafi e lett. D.

34. ULTRATTIVITÀ ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI

Le parti concordano che continuano ad avere efficacia i seguenti Accordi integrativi regionali:

Commentato [SV165]: che fine faranno gli SCREENING ?

- a) Intesa resa esecutiva con DGR 418/2021 per il coinvolgimento dei medici di medicina generale nella campagna di vaccinazione nazionale anti covid-19. L'Accordo rimane collegato all'attuazione del Piano nazionale della prevenzione vaccinale al tempo vigente e permane fino a quando la vaccinazione anti COVID-19 è inserita nel Calendario Nazionale Vaccinale e secondo quanto previsto dalle relative circolari ministeriali
- b) AIR reso esecutivo con DGR 1552/2021 sull'individuazione degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria che si rendono disponibili nel corso dell'anno in applicazione dell'art. 34, comma 1, ACN.
- c) AIR reso esecutivo con D.G.R. n. 3237 del 31.10.1997 (Assistenza RSP)
- d) 3° AIR – DGR. 269/2006 - "Obiettivo 3 - Sviluppo di sistemi di governo delle liste di attesa;
- e) 3° AIR – DGR. 269/2006 – remunerazione vaccinazioni;
- f) 4° AIR – DGR. 2479/2011 – regolamento Comitati x verbalizzazioni

35. LIMITI DEGLI ACCORDI ATTUATIVI AZIENDALI

Le Aziende sanitarie non possono sottoscrivere accordi aziendali in contrasto con i vincoli e con i limiti risultanti dall'ACN e dal presente AIR o che disciplinano materie non espressamente delegate a tale livello negoziale ovvero che comportano oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna Azienda.

Nei casi di violazione dei vincoli e dei limiti di competenza imposti dalla contrattazione nazionale o dalle norme di legge, le clausole sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del codice civile.

DA INSERIRE CAPO III (EST)

DA INSERIRE CAPO IV (ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI)

Commentato [SV166]: ACN 2022 - ARTT. DA 62 A 69

Commentato [SV167]: ACN 2022 - ARTT. DA 70 A 75 IN PARTICOLARE ARTT. 71 e 75

REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE.

Le clausole dell'Accordo di cui all'Allegato 4 (di seguito Accordo) dell'Accordo Collettivo Nazionale (di seguito ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo il 28.04.2022 attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, per l'insieme delle prestazioni individuate come indispensabili e fissano i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli.

Le parti concordano di approvare specificamente i seguenti contenuti demandati alla contrattazione regionale dalle disposizioni sopra richiamate dell'ACN 2022

PROTOCOLLI D'INTESA AZIENDALI

Ai fini di cui all'articolo 3 dell'Accordo, i protocolli d'intesa sono stipulati in sede di negoziazione decentrata, tra le aziende e le organizzazioni sindacali legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali secondo l'art. 15, comma 4, dell'ACN.

I protocolli d'intesa aziendali, relativamente ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, di medicina dei servizi territoriali, di emergenza sanitaria territoriale ed i medici operanti negli istituti penitenziari, stabiliscono i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui all'articolo 2 dell'Accordo, nonché per la loro distribuzione territoriale.

Nel caso in cui non si raggiunga l'intesa sui protocolli aziendali, viene attivata da parte delle organizzazioni sindacali la procedura di conciliazione prevista dall'art. 5 dell'Accordo presso il Prefetto del Capoluogo di (ex) Provincia competente.

PRESTAZIONI DEFINITE INDISPENSABILI PER I MEDICI A CICLO DI SCELTA

Ai fini di cui all'articolo 4, comma 9, dell'Accordo, è riconosciuta ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta una percentuale del 30% della quota capitaria prevista dall'articolo 47 dell'ACN per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) dell'Accordo.

Le ulteriori prestazioni definite indispensabili da erogarsi da parte dei medici del ruolo unico di assistenza

Commentato [SV168]: 50%

primaria a ciclo di scelta sono individuate a livello aziendale mediante il protocollo d'intesa adottato a livello decentrato. In tale caso, il protocollo d'intesa stabilisce un incremento della percentuale del compenso prevista per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui al primo capoverso.

Le prestazioni minime indispensabili vengono erogate da ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta in riferimento ai propri assistiti in carico
MODALITÀ DI COMUNICAZIONE DELL'ADESIONE ALLO SCIOPERO

Ai fini di cui all'articolo 6, comma 2, dell'Accordo, le modalità con cui deve essere effettuata la comunicazione per iscritto dell'adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti da parte del medico sono stabilite dai protocolli d'intesa stipulati in sede aziendale.

RINVIO

Per quanto non diversamente previsto, si rinvia alle disposizioni della legge n. 146/1990 e s. m. e i. e dell'Accordo di cui all'Allegato 4) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – triennio 2016-2018 reso esecutivo il 28.04.2022.

DA INTEGRARE CON L'IMPEGNO DI DCS e ASL x prescrizioni (visite, esami, medicinali e piani terapeutici, ...) e certificati di malattia a carico di tutti i Medici del SSR pubblico e privato convenzionato quando dovuti ai sensi di legge.

DA AGGIUNGERE FINANZIAMENTO DELL'AIR - Alcune considerazioni:

E' aumentata la quota VARIABILE finanziata dall'ACN: prima era 3,08 €/assistito/anno e la Regione aggiungeva 4,92 x arrivare a 8,00 €, ora ai 3,08 si sommano 1,66 ... di contro la Regione ci mette 1,66 di meno cioè 3,26 ...

Con 1,66 che ci fa ? corrisponde a circa 1,7 Mln di € che utilizza x finanziare gli istituti dal 18 in poi considerando che i 3,00 € x le AFT sono storici ...

e poi i fondi per il finanziamento degli UDMG, degli istituti dell'AIR SCA, ecc. ...

QUINDI QUANTO CI METTE IN PIU' DI SUO LA REGIONE x QUESTO AIR ? mi pare nulla ...

va messo nero su bianco in AIR a quanto ammontano gli ulteriori fondi regionali stanziati ...

~~ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI.~~

~~ART. 7 – DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO~~

~~3. Sulla base di apposito Accordo regionale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle Aziende per i compiti di cui al presente Allegato~~

~~ART. 9 – INTESE DECENTRATE~~

~~1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.~~

Commentato [SV169]: aggiungere l'impegno della regione ad integrare le strutture convenzionate per l'implementazione del FSE come da accordi e la loro visibilità all'interno di sesamo

Commentato [SV170]: impegno a produrre un REGOLAMENTO regionale sull'uso del ricettario e delle certificazioni da parte delle strutture pubbliche e convenzionate

Commentato [SV171]: GIA INSERITO A PAG. 15