

ALLEGATI

ALLEGATO 1 – MEDICINA DI INIZIATIVA.

1. La medicina di iniziativa prevede l'interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e addestramento ed un *team* mono/multiprofessionale. Assicura, sulla base di un piano di cura personalizzato, attività educative e clinico assistenziali volte alla correzione degli stili di vita, alla diagnosi precoce e al monitoraggio delle malattie croniche conclamate al fine di rallentarne l'evoluzione e prevenirne le complicanze e consiste in un richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo a quanto previsto dal piano di cura.
2. Il *team* monoprofessionale è composto dai medici della AFT, dal personale appositamente formato a svolgere sia i compiti segretariali che quelli di supporto alle attività cliniche, valutative e di *empowerment* del paziente.
3. Il *team* multiprofessionale è composto dai medici della AFT e dai professionisti della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) di riferimento individuati nel piano di cura per la gestione del caso.
4. Per ogni AFT si identificano i cittadini affetti da condizioni di rischio, patologie croniche e condizioni di disagio socio-assistenziale a cui assicurare assistenza, assegnandoli, sulla base della gravità e gravosità dello stato di salute, a due gruppi di pazienti:
 - a) pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di importanti problemi socio-assistenziali;
 - b) pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali.
5. I pazienti di cui al comma 4, lettera a) sono presi in carico e assistiti prevalentemente dal *team* monoprofessionale di cui al comma 2 o dal *team* multiprofessionale di cui al comma 3 in relazione alla erogazione delle prestazioni previste dallo specifico PDTA.
6. I pazienti di cui al comma 4, lettera b) sono assistiti dal *team* monoprofessionale di cui al comma 2 o dal *team* multiprofessionale di cui al comma 3 e dal Distretto per le problematiche socio-assistenziali.
7. Il piano individuale di cura dettaglia le attività cliniche, valutative, di *empowerment* e *family learning* necessarie per ogni specifico paziente, la periodicità della loro ripetizione e individua le figure professionali del *team* deputate ad eseguire le succitate attività e a determinare la periodicità dei momenti di rivalutazione comune.
8. Il responsabile clinico della formulazione e della applicazione del PDTA è il medico di scelta del paziente.



ALLEGATO 2 – MODALITÀ DI CALCOLO DELLA TRATTENUTA MEDIA VALIDA AI FINI DELLA RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE

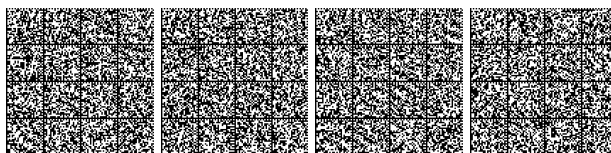
Il calcolo è operato dalla SISAC procedendo alla individuazione della trattenuta media di ciascun sindacato rappresentativo secondo la rilevazione di rappresentatività effettuata al 01/01 dell'anno precedente. La trattenuta media si ottiene rapportando il dato del totale annuo trattenuto e riversato in favore di ciascuna O.S. al rispettivo numero delle deleghe rilevate come da seguente esempio:

$$\frac{\text{TOTALE ANNUO TRATTENUTO RILEVATO NELLA RILEVAZIONE AL 01/01 DELL'ANNO PRECEDENTE}}{\text{NUMERO DI DELEGHE AL 01/01 DELL'ANNO PRECEDENTE}} = \text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \alpha$$

Tra le trattenute medie annue di ciascun sindacato (α , β , γ , ...) si determina la media semplice ed il risultato è diviso per due e ridotto del 10%.

$$\frac{\left[\text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \alpha + \text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \beta + \text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \gamma + \dots \right]}{\text{NUMERO SINDACATI RAPPRESENTATIVI DERIVANTI DALLA RILEVAZIONE AL 01/01 DELL'ANNO PRECEDENTE}} \times 90$$

200



ALLEGATO 3 – PROCEDURE TECNICHE PER LA RILEVAZIONE DELLE ORE DI DISPONIBILITÀ SINDACALE.

APPLICAZIONE PER LA RILEVAZIONE DELLE ORE DI DISPONIBILITÀ SINDACALE – MEDICI DI MEDICINA GENERALE –

I criteri e le modalità per la comunicazione delle ore di disponibilità da parte delle Organizzazioni Sindacali operanti nell'area del convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale sono disciplinati dall'articolo 16 del presente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Il sistema di rilevazione è finalizzato a facilitare la compilazione, ridurre il rischio di errori materiali ed agevolare le fasi di acquisizione ed elaborazione dei dati, garantendo la certificazione dei dati trasmessi e rilevati, con prova documentale di quanto trasmesso, in caso di eventuali contestazioni.

Al 1° gennaio di ciascun anno la SISAC rende disponibile sul sistema informatizzato ad accesso riservato il monte orario annuo complessivo e quello relativo a ciascuna O.S. Tale monte orario è determinato applicando il criterio di cui all'articolo 16, comma 1 (numero di deleghe degli iscritti derivanti dalla rilevazione certificata ai sensi dell'articolo 15, comma 6 dell'ACN moltiplicato per 3 ore annue).

Le Aziende acquisiscono annualmente, tramite le procedure informatizzate messe a disposizione dalla SISAC, i nominativi dei rappresentanti sindacali che, per ciascuna sigla rappresentativa e firmataria dell'ACN, fruiranno di ore di disponibilità, secondo quanto previsto dall'articolo 16, comma 2.

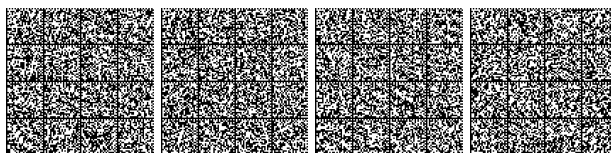
A tale scopo il legale rappresentante di ciascuna Organizzazione Sindacale (livello nazionale) provvede a registrare sull'applicazione informatizzata disposta dalla SISAC l'anagrafica di tutti i rappresentanti della propria O.S. sull'intero territorio nazionale che saranno destinatari di ore di disponibilità sindacale e a richiedere, per ciascuno di essi, l'assegnazione di ore fino al livello massimo consentito (monte ore). Alternativamente, il legale rappresentante nazionale del sindacato può delegare ai rappresentanti sindacali regionali (livello regionale) il compito di creare, tramite la medesima procedura informatizzata, anagrafiche di ambito regionale, trasferendo contestualmente a loro tutto o parte del monte ore nazionale fruibile. Analogamente, i legali rappresentanti sindacali regionali possono decidere di delegare ulteriormente tale compito, nel limite delle ore assegnate dal livello regionale, determinando, tramite il medesimo sistema informatizzato, anagrafiche aziendali con affidamento delle ore di disponibilità in favore dei rappresentanti sindacali (livello aziendale).

Tramite l'applicativo informatizzato la SISAC provvede a ratificare le richieste provenienti da tutti i livelli sindacali (nazionale, regionale, aziendale), ed a trasmettere le comunicazioni di competenza. Le Regioni e le Aziende prendono atto delle assegnazioni disposte dalle OO.SS. in favore di medici di medicina generale operanti localmente al fine del riconoscimento delle ore di disponibilità sindacale.

In corso d'anno il legale rappresentante nazionale del sindacato, ovvero del livello regionale o aziendale se autorizzati, per la parte di competenza, ha la possibilità di procedere alla variazione, in positivo o in negativo, di una assegnazione di ore precedentemente effettuata e alla eventuale cancellazione, a qualsiasi titolo, di un nominativo dall'anagrafica, con il corrispondente recupero delle ore già attribuite ma non utilizzate.



Ad ogni inserimento, modifica, ratifica o presa visione delle ore di disponibilità sindacale il sistema genera una certificazione trasmessa a mezzo PEC contemporaneamente alla O.S. operante, alla SISAC, alla Regione ed alla Azienda di appartenenza del rappresentante sindacale.



ALLEGATO 4 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE.

ART. 1

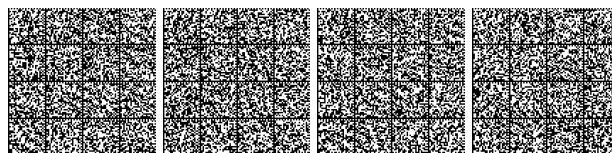
CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti i medici di medicina generale in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti secondo le previsioni del vigente ACN.
2. Le clausole del presente Accordo 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. Per quanto non espressamente previsto dal presente Accordo si intendono applicate le disposizioni di legge di cui al presente comma.
3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l'espletamento delle procedure di conciliazione e di raffreddamento.
4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa dei valori e dell'ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell'incolumità e della sicurezza dei lavoratori.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000, n. 83, i servizi pubblici da considerare essenziali nella presente area negoziale sono i seguenti:
 - a) ruolo unico di assistenza primaria;
 - b) emergenza sanitaria territoriale;
 - c) medicina dei servizi territoriali;
 - d) assistenza negli istituti penitenziari.
2. Nell'ambito dei suddetti servizi essenziali del comma 1 è garantita, per ogni settore, nelle forme e nelle modalità di cui al successivo articolo 3, la continuità delle seguenti prestazioni indispensabili per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati:
 - a) ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta: visite domiciliari avuto riguardo alle condizioni cliniche e alla possibilità o meno di spostamento del paziente, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi regionali;
 - b) ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria: prestazioni di cui all'articolo 43, comma 7 nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi



regionali, in particolare l'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza domiciliare programmata a malati terminali;

c) **emergenza sanitaria territoriale:** tutte quelle di cui all'articolo 65 del vigente ACN per gli aspetti inerenti il soccorso urgente;

d) **medicina dei servizi:** tutte quelle rese nell'ambito dei servizi per tossicodipendenza, di igiene pubblica, d'igiene mentale, di medicina fiscale;

e) **assistenza negli istituti penitenziari:** assistenza sanitaria urgente, comprensiva in ogni caso delle terapie non procrastinabili, presenza nei processi con rito direttissimo o con imputati detenuti per quelle cause e uscite per gravi motivi di sicurezza.

ART. 3

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CONTINGENTI DI PERSONALE

1. Le prestazioni minime indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo vengono erogate da ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta in riferimento ai propri assistiti in carico.

2. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, 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, con appositi protocolli d'intesa a livello decentrato, 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 del presente Accordo, nonché per la loro distribuzione territoriale.

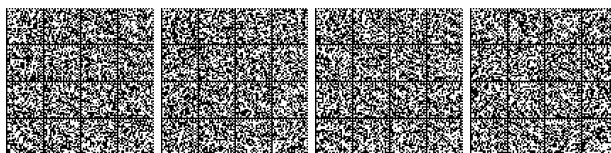
3. In conformità ai protocolli di cui al comma precedente le Aziende individuano, in occasione degli scioperi nell'area della medicina generale, i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, alle Organizzazioni Sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile. In ogni caso, per le prestazioni indispensabili relative al ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria e all'emergenza sanitaria territoriale, va mantenuto in servizio il personale convenzionato normalmente impiegato durante il turno in cui viene effettuato lo sciopero (contingente pieno).

ART. 4

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca spontanea di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.

2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al



precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".

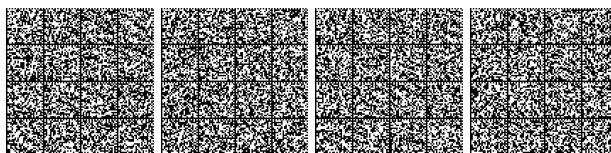
3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenuti a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'articolo 5, comma 8.

4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:

- a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 48 (quarantotto) ore continuative anche per quei comparti organizzati per turni. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;
- b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno le 72 (settantadue) ore. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare le 24 ore;
- c) con esclusione del settore del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, che promuoverà sempre scioperi non inferiori ad una giornata lavorativa, gli scioperi orari della durata inferiore ad un giorno lavorativo si svolgeranno in un unico e continuo periodo, all'inizio o alla fine di ciascun turno, secondo l'articolazione dell'orario previsto per il servizio;
- d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono consentite tutte le forme di sciopero che garantiscono il rispetto dei diritti costituzionali;
- e) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre Organizzazioni Sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.

5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:

- nel mese di agosto;
- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali Europee, nazionali e referendarie;
- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali e comunali, per i singoli ambiti;
- nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

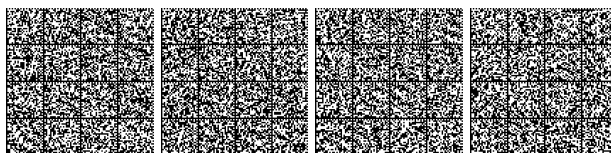


6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.
7. L'adesione allo sciopero comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.
8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine dello sciopero medesimo.
9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta una percentuale del compenso previsto per essi dall'articolo 47 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

ART. 5

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.
2. I soggetti incaricati di svolgere le procedure di conciliazione sono:
 - a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, il Ministero del Lavoro;
 - b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;
 - c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.
3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle Organizzazioni Sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83.
4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.
5. Il tentativo si considera altresì esplicito ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.



6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.

7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.

8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.

9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.

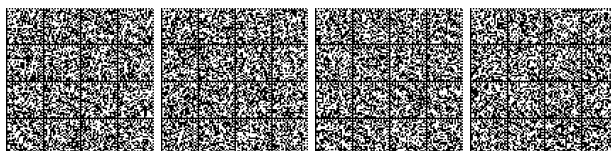
10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'articolo 4, comma 5.

ART. 6

COMUNICAZIONI

1. Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.

2. Allo scopo di conciliare il diritto individuale di adesione alla astensione collettiva con le peculiari modalità di organizzazione delle prestazioni di lavoro autonomo dei medici di medicina generale convenzionati con il S.S.N. ed evitare gravi disagi organizzativi che potrebbero incidere negativamente sull'erogazione delle prestazioni indispensabili, il medico di medicina generale è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale, fatta eccezione per i medici iscritti alla Organizzazione Sindacale che ha proclamato o aderito allo sciopero i quali sono tenuti a comunicare entro il medesimo termine l'eventuale non adesione.



ALLEGATO 5 – DISPOSIZIONI PER FAVORIRE IL RICAMBIO GENERAZIONALE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA.

ART. 1

PRINCIPI GENERALI

1. Al fine di favorire il ricambio generazionale, il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi per percepire la pensione ordinaria, anche anticipata, presso la Fondazione ENPAM e con un minimo di 1.300 assistiti, può richiedere all'ENPAM l'Anticipo della Prestazione Previdenziale (modulo A)*, di seguito denominata APP, alle condizioni e con le modalità previste del presente Allegato.
2. L'attivazione del predetto istituto è subordinata alla riduzione dell'attività convenzionale da parte del medico di cui al comma 1, da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%, a fronte della contestuale attribuzione, con rapporto convenzionale a tempo indeterminato, della corrispondente quota di attività ad un medico da incaricare (di seguito "medico incaricato APP") inserito nella graduatoria di cui all'articolo 19, comma 1 del presente ACN.
3. Prima dell'avvio della APP e del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato, è previsto un periodo di affiancamento obbligatorio, disciplinato dal successivo art. 6.
4. L'incarico a tempo indeterminato ha la medesima decorrenza della APP.

ART. 2

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI APP

1. Il medico che vuole accedere alla APP deve presentare alla Azienda di appartenenza, entro il 31 dicembre, idonea domanda di adesione (modulo B)*. La domanda deve essere corredata dalla certificazione del raggiungimento del requisito per accedere alla pensione di cui all'art. 1, comma 1, rilasciata dalla Fondazione ENPAM.
2. La domanda deve riportare i seguenti dati:
 - a) età del richiedente;
 - b) percentuale di riduzione dell'attività convenzionale: da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%. La scelta ha carattere vincolante per un anno;
 - c) numero di assistiti.
3. Il medico di cui al comma 1 viene inserito nell'"Elenco APP dei medici titolari", di cui al successivo art. 3, che sarà reso pubblico entro il 31 gennaio.

ART. 3

ELENCO APP DEI MEDICI TITOLARI

1. Il medico inserito nell'Elenco APP (di seguito "medico titolare") deve confermare alla Azienda, mediante PEC, entro il 31 dicembre di ogni anno, la volontà di adesione alla procedura di



ricambio generazionale e comunicare l'eventuale modifica della percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lettera b). La modifica ha validità annuale.

2. La revoca in corso d'anno della disponibilità a rimanere nell'Elenco APP deve essere comunicata alla Azienda mediante PEC.

ART. 4

PRESENTAZIONE DOMANDA DEL MEDICO DA INCARICARE CON PROCEDURA APP

1. Il medico da incaricare di cui all'art. 1, comma 2, del presente Allegato, che vuole accedere alla procedura di ricambio generazionale della APP, presenta all'Assessorato alla Sanità della Regione idonea richiesta (modulo C)* da inviare con PEC, entro il termine del 30 aprile.
2. Il medico di cui al comma 1 viene inserito nell'"Elenco APP dei medici da incaricare", di cui al successivo art. 5, che sarà reso pubblico entro il 31 maggio.

ART. 5

ELENCO APP DEI MEDICI DA INCARICARE

1. Ai fini della formazione dell'"Elenco APP dei medici da incaricare" si utilizza il punteggio della graduatoria regionale di cui all'articolo 19, comma 1 del presente Accordo.
2. Il medico da incaricare già inserito nell'Elenco APP deve confermare all'Assessorato alla Sanità della Regione, mediante PEC, entro il 30 aprile di ogni anno, la volontà di adesione alla procedura di ricambio generazionale. La revoca in corso d'anno della disponibilità a rimanere nell'Elenco APP deve essere comunicata mediante PEC.

ART. 6

DISCIPLINA DEL PERIODO DI AFFIANCAMENTO

1. L'Azienda di competenza del medico titolare individua il medico da incaricare tra quelli inseriti nell'Elenco APP di cui all'art. 5, secondo l'ordine dello stesso, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico titolare. Nel caso in cui il medico da incaricare non sia disponibile, l'Azienda individua un nuovo medico secondo lo stesso criterio.
2. Il periodo di affiancamento ha una durata di 60 giorni di servizio effettivo. Durante questo periodo entrambi i medici svolgono congiuntamente l'attività convenzionale nei confronti degli assistiti.
3. Durante il periodo di affiancamento entrambi i medici sono sospesi dagli Elenchi APP di appartenenza. Il medico da incaricare resta inserito nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, comma 1 del presente Accordo.
4. Al termine del periodo di affiancamento, le parti manifestano congiuntamente la volontà all'avvio della APP (modulo D)*, nel quale:

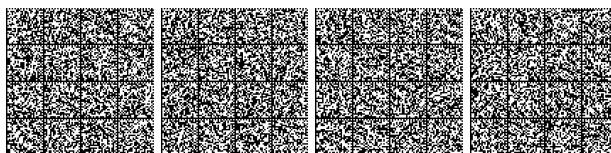


- il medico titolare si impegna irrevocabilmente a ridurre la propria attività convenzionale nella misura di cui all'art. 2, comma 2, lettera b) al fine di beneficiare dell'APP. Dichiarare inoltre di aver presentato domanda di APP alla Fondazione ENPAM;
 - il medico da incaricare si impegna irrevocabilmente a svolgere la quota dell'attività convenzionale resasi disponibile a seguito della riduzione operata dal medico titolare;
 - entrambi i medici dichiarano che regolamenteranno fra loro la ripartizione degli oneri e/o spese inerenti l'attività convenzionale, sollevando la Azienda da qualsivoglia responsabilità al riguardo.
5. La manifestazione di volontà deve essere inviata, a pena di decadenza, entro 15 giorni dalla fine del periodo di affiancamento, con PEC, all'Assessorato alla Sanità della Regione, alla Azienda di competenza e alla Fondazione ENPAM.
6. In mancanza di tale manifestazione di volontà, entrambi i medici restano sospesi dagli Elenchi APP e non possono accedere ad un nuovo periodo di affiancamento per 120 giorni dallo scadere del termine di cui al precedente comma 5.
7. Il medico titolare può effettuare al massimo tre periodi di affiancamento. Nel caso in cui anche al termine del terzo periodo di affiancamento non sia stata manifestata la volontà di avviare l'APP, di cui al precedente comma 4, il medico titolare decade dall'Elenco APP e può accedere nuovamente alla procedura di ricambio generazionale trascorsi due anni dal termine del terzo periodo di affiancamento.
8. Durante il periodo di affiancamento:
- in caso di malattia il medico titolare può nominare come sostituto il medico da incaricare;
 - in caso di decesso del medico titolare, il medico da incaricare può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti del medico deceduto fino a un massimo di 60 giorni;
 - in caso di cessazione/rinuncia per qualsiasi motivo da parte del medico l'Azienda individua un nuovo medico da incaricare avviando la procedura di cui al comma 1 del presente articolo, con nuova decorrenza del periodo di affiancamento.
9. Durante il periodo di affiancamento il trattamento economico spettante al medico da incaricare è a carico del medico titolare ed è calcolato nella misura del 30% del compenso della quota capitaria del presente ACN. Ai medici da incaricare spettano i compensi per le prestazioni eseguite nel periodo di affiancamento relativi alle quote variabili per compensi/servizi calcolati in base al tipo ed ai volumi di prestazioni concordate a livello regionale ed aziendale.

ART. 7

ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

1. A seguito della manifestazione di volontà, di cui all'art. 6, comma 4, la Fondazione ENPAM, previa presentazione della domanda di APP, provvede ad erogare la prestazione al medico titolare.



ART. 8**TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO TITOLARE**

1. I compensi a qualunque titolo dovuti per l'attività convenzionale al medico titolare che accede alla APP sono diminuiti in misura pari alla percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lett. b).

ART. 9**INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEL MEDICO INCARICATO APP**

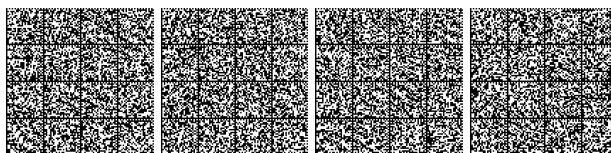
1. A seguito della manifestazione di volontà di cui all'art. 6, comma 4, viene instaurato il rapporto convenzionale con il medico da incaricare mediante conferimento di incarico a tempo indeterminato.
2. L'incarico di cui al comma 1 comporta l'obbligo di svolgere la quota percentuale di attività resasi disponibile a seguito della riduzione operata dal medico titolare. In caso di cessazione del rapporto per qualsiasi causa di entrambi i medici, cessano tali obblighi.
3. All'atto del pensionamento definitivo del medico titolare al medico incaricato APP, come previsto dall'articolo 33, comma 12, è conferito l'incarico del ruolo unico di assistenza primaria con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta e svolgimento dell'attività ai sensi dell'articolo 38, comma 1 del presente Accordo.
4. Il medico incaricato APP di cui al presente articolo, durante il periodo di concomitante svolgimento dell'attività convenzionale con il medico titolare, non può concorrere per trasferimento all'assegnazione di incarichi per la copertura di ambiti territoriali carenti. In caso di rinuncia o cessazione per qualsiasi ragione dall'incarico APP, il medico può accedere nuovamente alla procedura trascorsi due anni dalla cessazione dell'incarico APP.

ART. 10**TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO INCARICATO APP**

1. Al medico incaricato APP spetta la quota dei compensi a qualunque titolo dovuti per l'attività convenzionale al medico titolare, pari alla percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lett. b.

ART. 11**SOSPENSIONE E CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ CONVENZIONALE - SOSTITUZIONI**

1. Nei casi di sospensione dall'attività convenzionale di cui all'articolo 19 del presente ACN, fermo restando l'obbligo di sostituzione previsto dal presente Accordo, è data facoltà al medico titolare e al medico incaricato APP di nominarsi reciprocamente quale medico sostituto. I rapporti economici fra medico sostituto e medico sostituito sono regolati ai sensi dell'articolo 36 del presente Accordo.



2. In caso di cessazione dal rapporto convenzionale del medico incaricato APP, nelle more dell'attivazione di una nuova procedura APP, l'Azienda provvede a designare il sostituto avvalendosi delle graduatorie aziendali di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6 del presente Accordo, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico titolare. Il compenso spettante al sostituto del medico incaricato APP è quello previsto dall'art. 10 del presente Allegato.

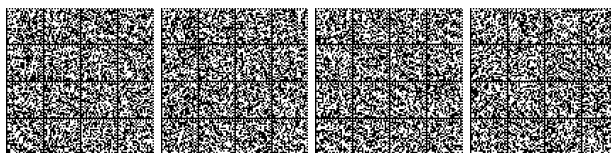
NORMA FINALE

1. Per quanto non espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni del presente ACN.

NORMA TRANSITORIA

1. Le disposizioni di cui all'Art. 9, comma 3, del presente Allegato si applicano a decorrere dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente ACN.

*Il modulo A di cui al presente Allegato è predisposto e pubblicato a cura dell'ENPAM. I moduli B, C e D sono pubblicati sul sito *web* della SISAC (<https://www.sisac.info>).



ALLEGATO 6 – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE.

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici del ruolo unico di assistenza primaria sono quelle elencate nel nomenclatore-tariffario del presente allegato.
2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio del medico del ruolo unico di assistenza primaria a seconda delle condizioni di salute del paziente.
3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1, lo studio del medico deve essere adeguatamente attrezzato. Relativamente alle prestazioni di cui alla lettera C del nomenclatore-tariffario, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.
4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, indirizzo e codice fiscale dell'assistito.
5. Nel caso di prestazioni multiple o singole soggette ad autorizzazione dal Servizio, il medico deve inoltrare, insieme alla distinta riepilogativa delle prestazioni aggiuntive, la autorizzazione ed il modulo riepilogativo regionale di prestazioni multiple autorizzate.
6. Per le prestazioni rese, al medico spettano compensi onnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario, con esclusione di quelli previsti alla lettera "C". Nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito.
7. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al comma 4.

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE**A) PRESTAZIONI ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE:**

1. Prima medicazione (*)	12,32
2. Sutura di ferita superficiale	3,32
3. Successive medicazioni	6,16
4. Rimozione di punti di sutura e medicazione	12,32
5. Cateterismo uretrale nell'uomo	9,66
6. Cateterismo uretrale nella donna	3,59
7. Tamponamento nasale anteriore	5,62
8. Fleboclisi (unica eseguibile in caso di urgenza)	12,32
9. Lavanda gastrica	12,32



10. Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica	6,16
11. Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**)	9,21
12. Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili)	0,64

B) PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE SANITARIA:

1. Ciclo di fleboclisi	9,21
2. Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione)	6,16
3. Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per prestazione singola) (***)	1,23
4. Vaccinazioni (****)	6,16

C) TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI DI NORMA ESEGUIBILI NELL'AMBITO DEGLI ACCORDI REGIONALI E AZIENDALI.

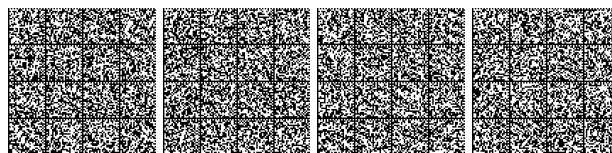
1. Gli Accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico, di prestazioni aggiuntive retribuite, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato.

(*) Per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

(**) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.

(***) Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi.

(****) Eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazioni disposti in sede regionale o di Azienda. Per la conservazione del vaccino che è fornito dall'Azienda, lo studio medico deve essere dotato di idoneo frigorifero. Sui risultati della propria collaborazione alla campagna di vaccinazione il medico invia apposita relazione all'Azienda. La vaccinazione è compensata con la tariffa di cui al presente Allegato.



ALLEGATO 7 – PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

Il calcolo per l'applicazione del rapporto ottimale, riferito all'ambito territoriale, Comune o gruppi di Comuni, definito dalla Regione ai sensi dell'articolo 32, comma 4, è effettuato nel seguente modo:

- a) si considera la popolazione di età superiore ai 14 anni anagraficamente residente nell'ambito territoriale alla data del 31 dicembre dell'anno precedente;
- b) da tale dato si sottrae il numero dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta in altro ambito territoriale e si aggiunge il numero dei cittadini non residenti che hanno effettuato la scelta nell'ambito in esame;
- c) si considera il numero dei medici di cure primarie a ciclo di scelta iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale e si attribuisce ad ognuno di essi un massimale corrispondente al parametro indicato nel rapporto ottimale di cui all'articolo 32, commi 1, e 2 del presente Accordo per l'ambito territoriale considerato;
- d) al risultato dell'operazione di cui alle lettere a) e b) è sottratto il valore derivante dall'applicazione della lettera c);
- e) l'ambito territoriale è definito carente qualora il calcolo di cui alla lettera d) sia superiore al 50% del valore del rapporto ottimale vigente.



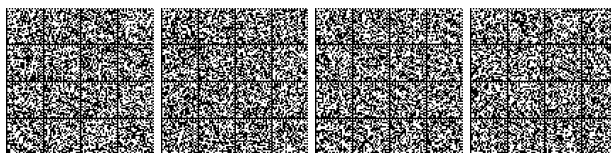
ALLEGATO 8 – ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI.

ART. 1 – PRESTAZIONI DOMICILIARI

1. L'assistenza domiciliare programmata è svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:
 - monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;
 - controllo sulle condizioni igieniche e sul comfort ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;
 - indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
 - indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;
 - indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla Azienda;
 - collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
 - predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
 - attivazione degli interventi riabilitativi;
 - tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

ART. 2 – ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DOMICILIARE

1. Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:
 - a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);
 - b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);
 - c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
 1. insufficienza cardiaca in stadio avanzato;



- II. insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
- III. arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;
- IV. gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;
- V. cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
- VI. paraplegici e tetraplegici.

ART. 3 – PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

1. La segnalazione del caso che necessita di assistenza domiciliare può essere effettuata alla Azienda dal medico di scelta dell'assistito, dai competenti servizi sanitari e sociali o dalle famiglie.
2. Fermi restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di attivazione dell'ADP deve essere formulata, in ogni caso, dal medico in attività di scelta con precisazione del numero degli accessi, e trasmessa al Distretto.
3. Nella stessa saranno indicate anche le esigenze assistenziali (di massima) di tipo socio-sanitario nonché le necessità di eventuali supporti di personale.
4. Al fine di fornire al medico della Azienda la possibilità di concordare sollecitamente il programma assistenziale proposto, è necessario che dalla richiesta del medico in attività di scelta emerga con chiarezza la diagnosi motivata e ogni altra indicazione utile.
5. L'esame del programma da parte del medico della Azienda deve avvenire entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, secondo le modalità di cui sopra, al Distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine dinanzi indicato il programma, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.
6. In caso di discordanza sul programma da parte del medico dell'Azienda, questi è tenuto a darne motivata comunicazione scritta entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, al medico in attività di scelta, al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali. Apportate tali modifiche al programma, questo viene riproposto per l'approvazione entro 7 giorni.
7. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare programmata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali.
8. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

ART. 4 – RAPPORTI CON IL DISTRETTO

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico in attività di scelta ed il medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria, sulla base del programma e delle procedure di cui al precedente articolo 3, concordano:



- a) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza sanitaria programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno (con possibilità di proroga);
- b) la periodicità settimanale o quindicinale o mensile degli accessi del medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta al domicilio, che può variare in relazione alla diversa intensità dell'intervento come determinata dalla evoluzione dello stato di salute del soggetto;
- c) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni che necessitino al soggetto.

ART. 5 – COMPENSO ECONOMICO

1. Al medico oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a € 18,90 per accesso.
2. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.
3. Il trattamento economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali, per cambio del medico, e il venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

ART. 6 – MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al Distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato. In caso di sostituzione gli accessi sono retribuiti al medico sostituto come previsto all'articolo 36, comma 9.
2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente.
3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.
4. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ART. 7 – DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico in attività di scelta che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i modelli per l'assistenza domiciliare.
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. 8 – VERIFICHE

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio della Azienda ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso i domicili degli assistiti la necessità degli interventi attivati.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico del ruolo unico di assistenza primaria.

ART. 9 – INTESE DECENTRATE

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione di ulteriori contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 22, comma 3, lettera a) del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, M6C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (Assistenza Domiciliare)", del D.M. 23 gennaio 2023 e s.m.i. e della Legge 23 marzo 2023, n. 33.



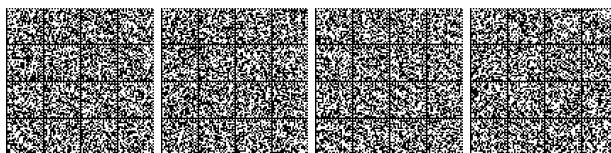
ALLEGATO 9 – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.

ART. 1 – PRESTAZIONI

1. L'assistenza domiciliare integrata è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:
 - a) di medicina generale;
 - b) di medicina specialistica;
 - c) infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
 - d) di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
 - e) di assistenza sociale.
2. L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante la integrazione professionale tra i professionisti di cui al presente ACN e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente.
3. Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.

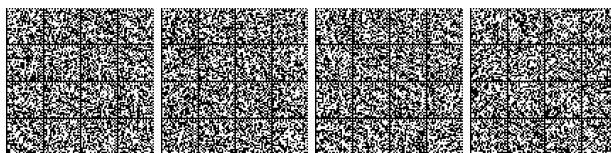
ART. 2 – DESTINATARI

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.
2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:
 - malati terminali;
 - malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
 - incidenti vascolari acuti;
 - gravi fratture in anziani;
 - forme psicotiche acute gravi;
 - riabilitazione di vasculopatici;
 - riabilitazione in neurolesi;
 - malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
 - dimissioni protette da strutture ospedaliere.



ART. 3 - PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE

1. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di Distretto nel quale ha la residenza l'interessato da parte del:
 - a) medico di scelta dell'assistito;
 - b) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;
 - c) servizi sociali;
 - d) familiari del paziente.
2. Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del Distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta per attivare l'intervento integrato, previo consenso del malato o dei suoi familiari.
3. Ove il medico del Distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI per il caso proposto dal medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta, deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla richiesta di attivazione al medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta e ai familiari dell'assistito interessato.
4. Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta concordano:
 - a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
 - b) la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
 - c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;
 - d) la cadenza degli accessi del medico del ruolo unico di assistenza primaria al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
 - e) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.
5. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta nell'ambito del piano di interventi:
 - ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
 - tiene la scheda degli accessi fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;
 - attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati;
 - coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.



ART. 4 – SOSPENSIONE

1. L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta che dalla Azienda, con decisione motivata e con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente.

ART. 5 - TRATTAMENTO ECONOMICO

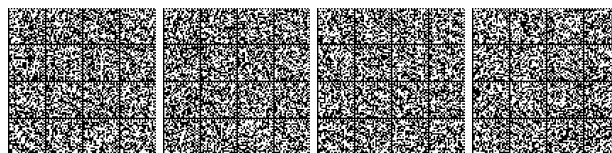
1. Al medico, oltre all'ordinario trattamento economico di cui all'articolo 47 è corrisposto un compenso onnicomprensivo per ciascun accesso di € 18,90.
2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze stabilite.
3. Il trattamento economico cessa in caso di ricovero del paziente in struttura sanitaria, o al venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.
4. In caso di ricovero in struttura sociale il programma di assistenza domiciliare integrata viene riformulato sulla base della nuova situazione assistenziale. Cessa qualora l'assistenza sia erogata in residenze protette e collettività.

ART. 6 - MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Al fine della corresponsione del compenso il medico segnala al Distretto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato. In caso di sostituzione gli accessi sono retribuiti al medico sostituto come previsto all'articolo 36, comma 9.
2. Effettuato il riscontro tra il programma concordato e gli accessi indicati dal medico, i documenti sono inoltrati al competente servizio della Azienda per la liquidazione.
3. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio dell'assistito.
4. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.
5. La liquidazione deve avvenire nel corso del secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ART. 7 - DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta che eroga l'assistenza domiciliare integrata.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni ed una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare integrata.



ART. 8 - RIUNIONI PERIODICHE

1. Il dirigente medico responsabile del servizio promuove riunioni periodiche con i responsabili dell'attività sanitaria distrettuale e con i membri del Comitato Aziendale al fine di assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione ai trattamenti, di verificare congiuntamente l'andamento del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia, di esaminare per le relative soluzioni gli eventuali problemi connessi alla gestione dell'accordo.
2. Alla riunione possono essere invitati i medici del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta in relazione ai singoli problemi assistenziali in discussione.
3. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta tempestivamente avvertito è tenuto a partecipare, concordando modalità e tempi.

ART. 9 – VERIFICHE

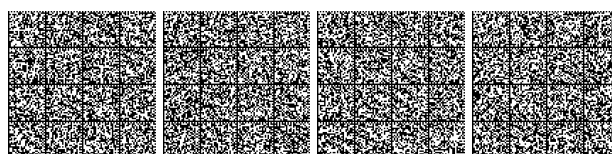
1. Il dirigente medico responsabile del servizio ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso il domicilio la necessità degli interventi attivati.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta.

ART. 10 – CONTROVERSIE

1. Eventuali controversie in materia di Assistenza Domiciliare Integrata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.
2. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

ART. 11 – INTESE DECENTRATE

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione di ulteriori contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 22, comma 3, lettera a) del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, M6C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (Assistenza Domiciliare)", del D.M. 23 gennaio 2023 e s.m.i. e della Legge 23 marzo 2023, n. 33.



ALLEGATO 10 – LINEE GUIDA PER I CORSI DI IDONEITÀ ALL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.

PROGRAMMA

Il programma del corso per i medici dell'Emergenza attua le Linee Guida riguardo alla sequenza delle procedure di BLS (*Basic Life Support*=Sostegno delle Funzioni Vitali) e di ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*) nei casi di arresto cardiocircolatorio secondo l'*American Heart Association* e l'*European Resuscitation Council* e le Linee Guida dell'ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) nei casi di pazienti traumatizzati dell'*American College of Surgeons*, organismi scientifici, internazionali ed autorevoli, che periodicamente provvedono ad una revisione critica e ad un aggiornamento dei protocolli in base all'evoluzione delle conoscenze.

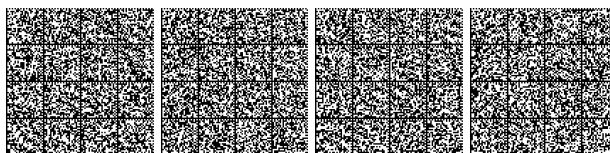
Il corso deve comunque perseguire il raggiungimento, da parte dei discenti, dei seguenti obiettivi:

1. Saper assistere un paziente:

- al domicilio;
- all'esterno;
- su di un mezzo di soccorso mobile;
- in ambulatorio.

2. Saper diagnosticare e trattare un paziente:

- in arresto cardio circolatorio (manovre di rianimazione con ripristino della pervietà delle vie aeree, ventilazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, defibrillazione, uso dei farmaci raccomandati dal protocollo dell'ACLS)
- con insufficienza respiratoria acuta (dall'uso dei farmaci, intubazione o.t., alla cricotomia)
- politraumatizzato o con traumatismi maggiori (drenaggio toracico, manovre di decompressione in caso di PNX, incannulamento vene centrali, prevenzione di danni neurologici, ecc.)
- grande ustionato (da fattori chimici o da calore)
- in stato di shock
- in coma o altre patologie neurologiche
- con dolore toracico (dall'angina all'IMA complicato)
- con aritmia cardiaca
- con E.P.A.
- con emorragie interne ed esterne (emoftoe, ematemesi, enterorragia, rottura di aneurisma)
- in caso di folgorazione o annegamento



- in caso di avvelenamento o di intossicazione esogena acuta
 - in emergenza ostetrico-ginecologica (assistenza al parto)
 - in emergenza pediatrica (dalla crisi convulsiva all'arresto cardiorespiratorio del neonato)
 - in emergenza psichiatrica (malato violento o in stato di agitazione psicomotoria)
3. Conoscere le tecniche di estrazione e di immobilizzazione di un paziente traumatizzato;
 4. Avere nozioni e manualità di piccola chirurgia riferita in particolar modo al corretto trattamento della traumatologia "minore" (ferite, ustioni, contusioni, lussazioni, fratture);
 5. Conoscere le implicazioni medico legali nell'attività dell'emergenza (responsabilità nei diversi momenti operativi);
 6. Avere nozioni riguardo ai problemi di pianificazione delle urgenze/emergenza in caso di macro e maxi-emergenza (Il triage, coordinamento dei soccorsi anche con la Protezione Civile, ecc.)
 7. Sapere utilizzare la tecnologia connessa con l'emergenza territoriale (sistemi di comunicazione, sistemi informatici, apparecchiature elettroniche);
 8. Essere a conoscenza dell'organizzazione dei servizi comunque coinvolti nell'emergenza territoriale.
 9. Essere formato al Corso *dispatch emergency medical*.

Per quanto riguarda la parte pratica questa dovrà essere svolta presso ospedali che siano forniti di almeno:

1. Pronto Soccorso - Medicina e Chirurgia d'Urgenza
2. Rianimazione
3. Cardiologia e Terapia intensiva
4. Ortopedia
5. Centrale Operativa funzionante e disponibilità di mezzi di soccorso

Inoltre, dovranno naturalmente essere individuati i materiali e gli strumenti da usare come supporti didattici (manichini per massaggio cardiaco esterno, intubazione oro-tracheale, incannulamento di vene centrali, seminari per la discussione di "casi" tratti dalla realtà o simulati, esercitazioni in collaborazione con i vigili del fuoco, ecc.).

La valutazione finale di "idoneità" o "non idoneità" viene effettuata mediante prova scritta e orale/pratica davanti ad una Commissione esaminatrice nominata dal Direttore Generale dell'Azienda che organizza il corso.

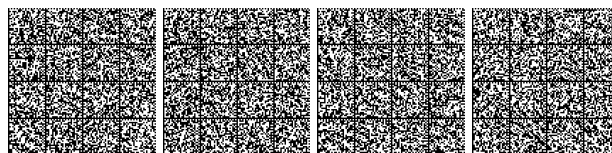
Ai candidati che avranno superato favorevolmente le prove di esame verrà rilasciato l'attestato di idoneità all'esercizio di attività di emergenza sanitaria territoriale.



ALLEGATO 11 ~ INTEGRAZIONE TRA AFT DELLA MEDICINA GENERALE E DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA E NELLA UCCP.

1. Le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna collaborano per sviluppare e integrare percorsi assistenziali condivisi, garantendo una continuità nell'assistenza dal livello generale a quello specialistico territoriale convenzionato diventando così rapporto preferenziale tra l'AFT della Medicina Generale e l'AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna.

Questo include la gestione congiunta dei percorsi integrati nelle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), nelle Case della Comunità *hub* e *spoke*, negli Ospedali di Comunità, negli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e nelle sedi indicate dalle Aziende sanitarie e con l'ospedale e per le dimissioni protette.
2. I medici della AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna operano insieme per la gestione dei casi complessi, integrando le competenze specialistiche con quelle della medicina generale, in particolare all'interno delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) nelle Case della Comunità *hub* e *spoke*, negli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, negli Ospedali di Comunità consentendo un approccio multidisciplinare alla cura e alla presa in carico, fondamentale per pazienti con condizioni patologiche multiple o croniche.
3. Le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna collaborano per promuovere corretti stili di vita e migliorare la gestione delle malattie croniche attraverso programmi di prevenzione e educazione sanitaria congiunti.
4. Le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna partecipano congiuntamente a *audit* clinici e organizzativi, facilitando la condivisione di buone pratiche cliniche e la partecipazione a programmi di formazione e aggiornamento.
5. Le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna collaborano nell'implementazione e nell'applicazione delle linee guida e delle buone pratiche cliniche basate sulla *evidence based medicine*.
6. Nelle AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna sono inclusi psicologi convenzionati, i quali sono integrati nei percorsi assistenziali e di presa in carico attivati in ambito aziendale.
7. Nelle AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna sono inclusi biologi convenzionati per collaborare in ambiti che riguardano anche la consulenza nutrizionistica e degli stili di vita.
8. In linea con l'approccio *One Health*, nelle AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna le Regioni possono includere i veterinari convenzionati per collaborare in ambiti che riguardano la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria.
9. Le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna collaborano in progetti di ricerca, condividendo risorse e competenze, per avanzare nella conoscenza e nell'applicazione delle migliori pratiche mediche.
10. Attraverso la collaborazione, le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna operano per migliorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, garantendo un'assistenza omogenea e di qualità su tutto il territorio.



11. Le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna cooperano per sviluppare e promuovere modelli di comportamento integrati nelle funzioni di prevenzione, educazione, diagnosi, cura, e riabilitazione.
12. La valutazione delle performance delle AFT si può realizzare anche in modo congiunto, utilizzando indicatori definiti a livello aziendale, per misurare l'efficacia dell'integrazione e della collaborazione.

Queste collaborazioni ed interazioni tra le AFT della Medicina Generale e quelle della Specialistica Ambulatoriale Interna mirano a creare un sistema sanitario più integrato, efficiente ed efficace, in grado di rispondere in modo complesso alle esigenze sanitarie dei cittadini.

26A00321

MARGHERITA CARDONA ALBINI, *redattore*DELIA CHIARA, *vice redattore*

(WI-GU-2026-SON-004) Roma, 2026 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.



* 4 5 - 4 1 0 3 0 1 2 6 0 1 3 0 *

€ 11,00

