Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale in conformità all'ACN 04.04.2024 e alla DGR n. 371 del 26.03.2025

In data 12/05/2025 alle ore 17:00, in conformità all'art. 3 dell'ACN 4 aprile 2024, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'*Accordo Integrativo Regionale dei Medici di Medicina Generale.*

Per la Regione Puglia:

L'Assessore alla Sanità e Benessere Animale, Sport per tutti

avv. Raffaele Piemontese _____

Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e Benessere Animale

dott. Vito Montanaro _____

Per le Organizzazioni Sindacali:

O.S. FIMMG – *dr. Antonio Giovanni De Maria* _____

O.S. SNAMI – *dr. Giovanni Sportelli* _____

O.S. SMI – *dr.ssa Delia Epifani* _____

O.S. F.M.T. – *dr.ssa Anna Lampugnani* _____

INDICE

Definizioni 3

Premessa 4

Obiettivi – Potenziamento assistenza territoriale e PNRR 8

Art. 1 – Modello organizzativo 13
Art. 2 – Modello organizzativo delle AFT 16
Art. 3 – Sede di riferimento 17
Art. 4 – UCCP e CdC (HUB e SPOKE) 17
Art. 5 – Collaboratore di studio 18
Art. 6 – Fondo personale infermieristico e/o sanitario 20
Art. 7 – Innovazione digitale 22
Art. 8 – Trattamento economico 23
Art. 9 – Elezione Referente di AFT 26
Art. 10 – Referente AFT 27
Art. 11 – Delegazione Trattante Regionale ed Aziendale 28
Art. 12 – Referente Regionale delle Cure primarie 29
Art. 13 – Ufficio Aziendale Cure Primarie 30
Art. 14 – Ufficio Distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in Medicina Generale (UDMG) 32
Art. 15 – Governo Clinico 34
Art. 16 – Festa patronale 34
Art. 17 – Vaccinoprofilassi e partecipazione attiva 35
Art. 18 – Obiettivo vaccinale 37
Art. 19 – Assistenza domiciliare 39
Art. 20 – Percorsi assistiti a domicilio – Progetto sperimentale di assistenza affetti da SLA 41
Art. 21 – Presa in carico di pazienti terminali 41
Art. 22 – Assistenza Domiciliare Programmata Temporanea (ADPv e ADPec) 42
Art. 23 – Diritto di sciopero 43
Art. 24 – Formazione 44
Art. 25 – Tutors 46
Art. 26 – Zone disagiate e disagiatissime 47
Art. 27 – Attribuzione della spesa farmaceutica e budget etico 48
Art. 28 – Rapporto ottimale e incarichi a ruolo unico 50
Art. 29 – Contribuzione Enpam 50
Art. 30 – Cabina di Monitoraggio Regionale della Medicina Generale 50
Art. 31 – Attività di monitoraggio e controllo delle Aziende Sanitarie 51
Art. 32 – Durata e copertura finanziaria del presente accordo 52

Norma finale 54

Allegato 1 55
Allegato 2 – Scheda ADT 56
Allegato 2 bis – Scheda ADT – parte II 58
Allegato 2 ter – Scheda ADT – PPIP 59
Allegato 3 – Governo Clinico 60
Allegato 4 – Obiettivi di copertura vaccinale 62
Allegato 5 - Proposta attivazione ADP/ADT 66
Allegato 6 – Proposta attivazione ADI 67
Allegato 7 – Attivazione ADPv/ADPec 68

- DEFINIZIONI -

- **ACN:** Accordo Collettivo Nazionale approvato con intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 04.04.2024 - Rep. atti n. 51/CSR del 4 aprile 2024;
- **AIR:** Accordo Integrativo Regionale stipulato ai sensi dell'art. 3 comma 4 dell'ACN 04.04.2024;
- **MAP:** medico di assistenza primaria;
- **MAPs:** medico di assistenza primaria a ciclo di scelta (l'acronimo individua altresì i medici del ruolo unico di assistenza primaria, con esclusivo riferimento alla loro attività a ciclo di scelta);
- **AFT:** Aggregazione Funzionale Territoriale;
- **UCCP:** Unità Complessa di Cure Primarie;
- **CdC:** Casa della Comunità;
- **PPIP:** Prestazioni di Particolare Impegno Professionale;
- **UACP:** Ufficio Aziendale Cure Primarie – Legge Regionale n. 26/2006;
- **UDMG:** Ufficio Distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in Medicina Generale – Legge Regionale n. 25/2006;
- **RDAFT:** Referente Distrettuale di AFT;
- **PNPV:** Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale;
- **PRPV:** Piano Regionale Prevenzione Vaccinale;
- **ADI:** Assistenza Domiciliare Integrata;
- **ADP:** Assistenza Domiciliare Programmata;
- **ADT:** Assistenza Domiciliare Temporanea;
- **ADPv:** Assistenza Domiciliare Programmata vaccinale;
- **ADPec:** Assistenza Domiciliare Programmata emergenza calore;
- **BURP:** Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

- PREMESSA -

1. La presente intesa è sottoscritta tra la Regione Puglia e le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative dei Medici di Medicina Generale (d'ora in poi MMG) nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04.04.2024.
2. Il modello organizzativo viene individuato in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, nella parte rimessa alla contrattazione regionale dall'art. 3, co. 4 dell'ACN e nel rispetto delle prescrizioni di cui all'art. 3, co. 6 del medesimo ACN. Il suddetto modello mira altresì ad implementare l'assistenza territoriale, in coerenza con gli obiettivi del DM n. 77/2022, al fine di trasferire su tale livello la risposta assistenziale, in maniera appropriata, in un'ottica di generale riequilibrio tra ospedale e territorio.
3. Le attività di assistenza per la medicina generale, così come disciplinate dall'art. 8 co. 1 del D. L.vo n. 502/92 e s.m.i., svolte esclusivamente dai MMG, concorrono attraverso "la definizione di indicatori di performance e di processo" alla realizzazione degli obiettivi fissati dall'art. 4 dell'ACN:
   a) PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.);
   b) PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.);
   c) ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO;
   d) GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA.
4. La presente intesa, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria, garantisce un'assunzione condivisa di responsabilità nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, in particolare:
   a) riconosce e conferma che il rapporto che si instaura tra le AA.SS.LL. ed i MMG per lo svolgimento dei compiti e delle attività, si identifica secondo la seguente declaratoria: "il medico di medicina generale esercita un'attività libero-professionale contrattualizzata e regolamentata dall'ACN, nel rispetto del modello organizzativo regionale e per il perseguimento delle finalità del SSN". I compiti e le funzioni del MMG e quanto definito con il presente accordo non possono essere esercitati o affidati ad altri soggetti ovvero ad Enti privati;
   b) persegue gli obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale con particolare riguardo agli aspetti legati alla prevenzione ed ai bisogni di salute degli assistiti con fragilità, non autosufficienti o con patologia rara o quadro clinico complesso;

c) individua nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e nelle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) modelli organizzativi finalizzati a creare una rete di offerta in grado di assicurare, oltre alla continuità assistenziale, un processo teso al miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza dei percorsi di cura, con l'obiettivo di garantire la partecipazione di tutti i medici di assistenza primaria e quindi realizzare una rete di ambulatori – presidi del Sistema Sanitario Nazionale – e servizi, capillare ed efficiente su tutto il territorio regionale. Tali modelli si integrano con la rete delle Case di Comunità in cui la medicina generale svolge un ruolo fondamentale per la promozione di una moderna medicina territoriale. Lo sviluppo e l'integrazione di tutte le figure professionali impegnate nei servizi territoriali sono i punti qualificanti di un processo teso al miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza dei percorsi di cura, in coerenza con gli obiettivi del DM n. 77/2022 e in un'ottica di riequilibrio di prestazioni ospedale-territorio;

d) definisce le risorse con l'obiettivo di fornire ai medici gli strumenti di carattere strutturale e le necessarie risorse umane, nei limiti delle risorse previste dall'ACN e stanziate in bilancio autonomo, nonché da eventuali fonti di finanziamento, per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla programmazione regionale;

e) sostiene il necessario processo di partecipazione alla programmazione regionale, aziendale e distrettuale da parte dei medici di assistenza primaria, così come definito dalle politiche regionali, adottando strumenti organizzativi in grado di supportare l'azione delle istituzioni, sia a livello centrale che periferico;

f) pone le premesse per il necessario processo di riorganizzazione dell'assistenza primaria a quota oraria (ex continuità assistenziale), con l'obiettivo di determinare l'integrazione e partecipazione dei medici di assistenza primaria ad attività oraria, nel rispetto dei propri compiti e funzioni, alle attività ed agli obiettivi delle AFT, attuando anche la realizzazione della continuità assistenziale h24 sette giorni su sette;

g) garantisce un'adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale;

h) assicura a tutti i medici che svolgono attività a ciclo di scelta un numero minimo di ore settimanali di collaboratore di studio, secondo uno standard da concordare e che sia idoneo a ridurre il carico burocratico ai medici di assistenza primaria;

i) avvia il modello organizzativo delle AFT anche attraverso la individuazione dei Referenti di AFT e l'integrazione con il modello di monitoraggio della medicina generale;

j) supporta i medici all'innovazione digitale, funzionale all'organizzazione e alle attività delle AFT;

k) crea le premesse per l'attuazione dell'ACN 04.04.2024, nella parte relativa agli obiettivi di cui all'art. 4 – obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (diagnostica di I° livello ex D.M. 29 Luglio 2022 pubblicato su G.U. n. 226 del 29.7.2022) per migliorare "la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)", considerato che tra gli obiettivi dell'ACN vi è l'attuazione del P.N.C che "impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza". Il potenziamento tecnologico degli ambulatori medici (es. elettrocardiogramma, spirometria, tamponi faringei) fornirà un decisivo e qualificato contributo alla presa in carico globale dell'assistito, con conseguenziale abbattimento delle liste di attesa per prestazioni specialistiche e diagnostiche;

l) amplia l'offerta assistenziale ambulatoriale dell'assistenza primaria a ciclo di scelta attraverso l'organizzazione dell'attività erogativa all'interno delle AFT - il sabato e nei giorni prefestivi infrasettimanali - nella fascia oraria dalle ore 8:00 alle ore 11:00;

m) assicura anche in maniera graduale a tutti i medici un numero minimo di ore settimanali di personale infermieristico, secondo uno standard da concordare in base alle disponibilità economiche e con un finanziamento dedicato. Tale obiettivo potrà essere attivato in maniera disgiunta rispetto al punto h) in relazione alla disponibilità di ulteriori risorse da individuare;

n) definisce le Zone disagiate;

o) individua l'assistenza domiciliare come obiettivo assistenziale delle AFT;

p) struttura un modello di offerta attiva della vaccinazione dell'adulto;

q) assicura l'adesione dei medici di assistenza primaria a quanto previsto dagli atti di programmazione nazionali e regionali quali il Piano Nazionale e il Piano Regionale della Prevenzione, il Piano Oncologico Nazionale e il relativo Piano quinquennale regionale di attuazione, nonché i provvedimenti regionali in materia di prevenzione delle malattie infettive, dell'antibiotico resistenza, dei tumori;

r) garantisce l'attuazione dell'ACN del 04.04.2024;

s) istituisce ed attiva una cabina di regia con il compito di monitorare l'applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale, anche con riferimento alla messa a disposizione a favore dei MMG dei mezzi per il conseguimento degli obiettivi assegnati.

- OBIETTIVI: POTENZIAMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE E PNRR -

La Regione Puglia, con la **deliberazione di Giunta regionale n.1729 del 30/11/2023** recante: "Adozione Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022. Approvazione relazione tecnica di analisi del contesto. Recepimento dell'Accordo Stato Regioni (Rep. Atti n.221/CSR del 24/11/2016), ha adottato il **Regolamento regionale 21/12/2023 n. 13**, recante: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022".

Il potenziamento dei servizi assistenziali territoriali viene attuato attraverso:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case di Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria per la popolazione di riferimento;
- il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- partecipazione dei MMG agli obiettivi di prevenzione e di promozione della salute di cui al Regolamento Regionale n. 13/2023 e agli obiettivi di prevenzione e di promozione della salute ivi definiti, come specificatamente indicati all'art. 12 del citato Regolamento Regionale;
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multi-professionali che prendano in carico la persona, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- la valorizzazione della coprogettazione con gli utenti;
- la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Agenzie di Tutela della Salute, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

Il nuovo modello di assistenza sul territorio delineato dal DM 77 si muove, quindi, su quattro principi cardine:

1. medicina di popolazione, che ha come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento;
2. sanità di iniziativa, modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo;
3. stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi;
4. progetto di salute, uno strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione.

Il DM 77 definisce le caratteristiche organizzative gestionali del distretto: il distretto è di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione, ai sensi del DM 77, deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità Spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti (tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola);
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

L'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali, delineata nel DM 77, favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata.
Lo sviluppo della sanità digitale trova nella telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale e organizzativo della rete del servizio sanitario.
In particolare si richiama l'art. 2 commi 5 e 6 del Regolamento regionale n. 13/2023 che prevedono espressamente quanto segue:

"*5. La CdC è il luogo in cui operano, attraverso il lavoro di gruppo, i medici di medicina generale (MMG) in forma associata, i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ambulatoriali, il personale infermieristico, gli assistenti sociali e gli altri professionisti sanitari. La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare e multi professionale, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi di prevenzione e promozione della salute e di interventi sanitari. L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, gli assistenti sanitari e altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio medici igienisti, Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali e di garantire equità nell'accesso ai servizi di prevenzione e di promozione della salute e a quelli sanitari. L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza , orientamento e counselling alle persone.*

6. *I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari che operano all'interno delle CdC provvedono a garantire le attività di prevenzione e promozione della salute, quelle di assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24*".

Di seguito si riportano le altre deliberazioni di Giunta regionale sulla assistenza territoriale in attuazione del PNRR e del DM 77.

Con **deliberazione di Giunta regionale n.134 del 15/02/2022** è stato adottato il Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17

luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6".

Con la **deliberazione di Giunta regionale n.688 del 11/05/2022** è stata approvata la Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022".

Con **deliberazione di Giunta regionale n. 630 del 08/05/2023** e con **deliberazione di Giunta regionale n.643 del 10/05/2023**, recante: *"Missione 6 Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub-Investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare. Approvazione Piano Operativo della Regione Puglia"*, si è provveduto al **potenziamento dell'assistenza domiciliare** e della relativa disciplina.

Inoltre, si evidenzia che il DM 23 gennaio 2023, modificato dal decreto interministeriale 24 novembre 2023, concernente la ripartizione delle risorse PNRR-Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.1. "Casa come primo luogo di cura-Assistenza domiciliare" attribuisce alla Regione Puglia le risorse al raggiungimento dei target previsti.

Nel merito, l'allegato 1 del decreto 23/01/23 stabilisce, quale obiettivo da raggiungere per ciascun anno (2022, 2023, 2024, 2025), un determinato incremento totale dei pazienti over 65 rispetto alla baseline 2019 considerata

Nella seguente tabella si riporta l'obiettivo da raggiugere per l'anno 2025 con riferimento all'incremento totale dei pazienti over 65 rispetto alla baseline 2019 considerata.

Baseline assistiti 2019 ADI over 65	Obiettivo incrementale assistiti 2025 ADI (over 65) da DM 23 gennaio 2023	Obiettivo assistiti 2025 ADI (over 65) da DM (Baseline 2019+obiettivo intermedio 2025)
20.780	68.376	89.156

Tenuto conto della popolazione residente in ciascuna provincia della Regione Puglia e, in particolare, dei residenti over 65 anni, di seguito si riporta il target da raggiungere da ciascuna Azienda nel 2025.

POPOLAZIONE RESIDENTE IN PUGLIA (FONTE ISTAT AGGIORNATA AL 1 GENNAIO 2025)					
PROVINCIA	**POPOLAZIONE**	**%**	**POPOLAZIONE OVER 65 ANNI**	**%**	**TARGET PNRR ASSISTENZA DOMICILIARE**
BARI	1.218.191	31%	295.046	31%	**27.445**
BT	376.561	10%	83.595	9%	**7.776**
BR	375.286	10%	96.243	10%	**8.952**
FG	590.304	15%	140.256	15%	**13.046**
LE	763.778	20%	202.340	21%	**18.821**
TA	550.046	14%	140.999	15%	**13.115**
TOTALE	3.874.166	100%	958.479	100%	**89.156**

Finalità principale del presente accordo è rappresentata dal potenziamento dell'assistenza territoriale, in un'ottica di riequilibrio delle prestazioni ospedale-territorio mediante la messa in campo di azioni e modalità innovative dei livelli essenziali di assistenza primaria.

In tale prospettiva, l'accordo mira a consolidare, rafforzare ed efficientare la rete degli ambulatori di medicina generale all'interno delle singole AFT, attraverso la definizione di un modello organizzativo innovativo che garantisca l'effettività della presa in carico e la continuità dell'assistenza.

Tale modello si coordina e si integra con la rete delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali (COT), degli Ospedali di Comunità, della Centrale Operativa 116117 e delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA).

La valorizzazione dell'assistenza domiciliare, volta a garantire la più ampia copertura vaccinale e l'assistenza specifica nel periodo di emergenza calore, unitamente alla previsione dell'utilizzo della telemedicina, nonché degli incentivi per l'assunzione di personale amministrativo e infermieristico/sanitario, rappresentano ulteriori e fondamentali condizioni per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, con le conseguenti ripercussioni positive in termini di accessi ospedalieri e nei Pronto Soccorso.

ART. 1 - MODELLO ORGANIZZATIVO

1. L'assetto organizzativo è determinato dalla programmazione regionale nel rispetto dell'art. 2 commi 2 e 3, dell'art. 29 commi 1,4 e 10, nonché dell'art. 47, comma 2, lett. D, punti VI) e VII) dell'ACN 04.04.2024, in coerenza con il vincolo di cui all'art. 3, co. 6 dell'ACN medesimo.
2. Dalla data di pubblicazione del presente accordo le forme organizzative dell'assistenza primaria sono quelle previste dagli artt. 8 e 9 dell'ACN (AFT e UCCP), nel rispetto degli atti di programmazione regionale.
3. Alla data di pubblicazione del presente accordo sul BURP le forme associative previste dall'art. 59 lett. B) dell'ACN del 15/12/2005 e implementate, sia nelle funzioni che negli aspetti di capillarizzazione sul territorio regionale, dagli artt. 2, 3, 4 e 5 dell'AIR recepito con DGR n. 2289 del 29 dicembre 2007 e s.m.i., le cui domande sono pervenute alla data del 28.02.2023, giusta verbale della delegazione trattante del 21.03.2023, confluiscono nei modelli erogativi di tipo strutturale di cui al presente accordo, di cui al successivo comma 4. Le stesse continuano la loro attività nei modi previsti dal presente accordo per i corrispondenti modelli erogativi, confluendo altresì all'interno delle AFT, quale parte integrante del modello di riorganizzazione delle reti territoriali che comprendono: i Distretti, le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, la Centrale Operativa Territoriale.
4. Al fine di consentire all'interno di ciascuna AFT la presenza di modelli erogativi di tipo strutturale, si definisce la seguente organizzazione:

   a) **Modello strutturale di livello 1 o mS1**: i medici aderenti lavorano in una struttura che costituisce la sede principale della propria attività, nel rispetto della seguente regolamentazione:

      i. è previsto un numero di componenti da 3 a 6 (fatte salve diverse determinazioni assunte nell'ambito della Delegazione Trattante Regionale su proposta di quella Aziendale), con la possibilità di integrare all'interno della struttura i medici di un determinato quartiere o ambito territoriale. Configurazioni diverse relativamente al numero massimo già preesistenti alla data di pubblicazione del presente AIR sono fatte salve.

      ii. l'orario giornaliero è articolato in maniera coordinata tra i medici aderenti in modo tale da assicurare almeno 7 ore di attività ambulatoriale nell'arco della giornata dal lunedì al venerdì;

      iii. la sede del "mS1" dev'essere dotata di un numero di spazi (stanza medico) pari almeno alla metà dei medici componenti, con possibilità di un uso promiscuo degli spazi, sia pure in orari differenziati;

iv. il numero degli spazi (stanza medico) di cui sopra è arrotondato alla unità superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo (*es. numero medici 7:2 = 3,5 - equivalente a n. 4 stanze*);

b) **Modello strutturale di livello 2 o mS2:** i medici aderenti lavorano in una struttura che è la sede unica ed esclusiva della propria attività, nel rispetto della seguente regolamentazione:

i. è previsto un numero di componenti da 3 a 6 (fatte salve diverse determinazioni assunte nell'ambito della Delegazione Trattante Regionale su proposta di quella Aziendale, con la possibilità di integrare all'interno della struttura i medici di un determinato quartiere o ambito territoriale. Configurazioni diverse relativamente al numero massimo già preesistenti alla data di pubblicazione del presente AIR sono fatte salve.

ii. l'orario giornaliero è articolato in maniera coordinata tra i medici aderenti in modo tale da assicurare almeno 10 ore di attività ambulatoriale nell'arco della giornata dal lunedì al venerdì;

iii. la sede unica del "mS2" deve essere dotata di un numero di spazi (stanza medico) pari almeno alla metà dei medici componenti, con possibilità di un uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati;

iv. il numero degli spazi (stanza medico) di cui sopra è arrotondato alla unità superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo (v. esempio mS1);

c) **Modello strutturale di livello 3 o mS3:** i medici aderenti lavorano in una struttura che è la sede unica ed esclusiva della propria attività, nel rispetto della seguente regolamentazione:

i. è previsto un numero di componenti da 7 a 12 (fatte salve diverse determinazione assunte nell'ambito della Delegazione Trattante Regionale su proposta di quella Aziendale, con la possibilità di integrare all'interno della struttura i medici di un determinato quartiere o ambito territoriale. Configurazioni diverse relativamente al numero massimo già preesistenti alla data di pubblicazione del presente AIR sono fatte salve.

ii. l'orario giornaliero è articolato in maniera coordinata tra i medici aderenti in modo tale da assicurare almeno 12 ore di attività ambulatoriale nell'arco della giornata dal lunedì al venerdì (dalle 8,00 alle 20,00);

iii. la sede unica del "mS3" deve essere dotata di un numero di spazi (stanza medico) pari almeno alla metà dei medici componenti, con possibilità di un uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati;

iv. il numero degli spazi (stanza medico) di cui sopra è arrotondato alla unità superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo (v. esempio mS1);

v. la struttura deve possedere anche uno spazio per le attività infermieristiche;

vi. eventuali deroghe correlate a particolari situazioni territoriali, potranno essere proposte nell'ambito del Comitato Aziendale e saranno oggetto di valutazione nell'ambito Comitato Regionale.

ART. 2 - MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE AFT

1. I MAPs, coordinandosi attraverso la rete degli studi professionali e delle sedi di riferimento di cui al successivo art. 3, ferma restando la relazione fiduciaria medico-paziente, garantiscono nei confronti di tutti gli assistiti afferenti alla AFT di appartenenza l'attività ambulatoriale dalle 8,00 alle 20,00 dal lunedì al venerdì e dalle 8,00 alle 11,00 del sabato e dei giorni prefestivi diversi dal sabato, secondo quanto previsto dal regolamento di AFT.
2. I MAPs, nell'ambito dei modelli erogativi di cui all'art. 2 comma 4 del presente accordo, garantiscono in modo coordinato, all'interno di ciascuna AFT, l'attività ambulatoriale dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 13,00 e dalle 15,00 alle 20,00, fatta salva una diversa organizzazione oraria all'interno della AFT adeguatamente comunicata ai sensi del successivo comma 4, fermo restando l'obbligo di garantire la copertura assistenziale ai sensi del comma 1. Dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 13,00 – 15,00, il sabato e i giorni prefestivi diversi dal sabato dalle 8,00 alle 11,00, l'attività ambulatoriale è garantita esclusivamente per accesso diretto dei pazienti negli studi individuati nella AFT.
3. Nel caso di esercizio della propria attività convenzionata in più studi, l'orario minimo di attività ambulatoriale, previsto in base al numero di pazienti in carico, può essere frazionato tra tutti gli studi, avendo cura di garantire l'attività prevalente, non inferiore al 50% di quanto dovuto come debito orario ai sensi dell'art. 35, comma 5 dell'ACN, nello studio indicato come principale.
4. Il referente di AFT comunicherà alla Direzione del DSS di competenza:
   a) entro il 15 dicembre di ciascun anno, gli studi che dovranno garantire l'attività dalle 13,00 alle 15,00 dal lunedì al venerdì e dalle 8,00 alle 11,00 per il sabato e i prefestivi diversi dal sabato per il primo semestre dell'anno successivo; qualsiasi variazione deve essere comunicata almeno 7 giorni prima alla Direzione distrettuale di competenza e adeguatamente comunicata ai pazienti afferenti alla AFT nei modi previsti dal regolamento di AFT. Il regolamento di AFT potrà individuare una o più sedi di erogazione per tale attività;
   b) entro il 15 giugno di ciascun anno, gli studi che dovranno garantire l'attività dalle 13,00 alle 15,00 dal lunedì al venerdì e dalle 8,00 alle 11,00 per il sabato e i prefestivi diversi dal sabato per il secondo semestre dell'anno; qualsiasi variazione deve essere comunicata almeno 7 giorni prima alla Direzione distrettuale di competenza e adeguatamente comunicata ai pazienti afferenti alla AFT nei modi previsti dal regolamento di AFT. Il regolamento di AFT potrà individuare una o più sedi di erogazione per tale attività;

c) per i MAPs che hanno più studi autorizzati, le attività di cui alle lettere a) e b) dovranno essere espletate nell'ambito della AFT in cui insiste lo studio principale.

ART. 3 - SEDE DI RIFERIMENTO

1. All'interno di ciascuna AFT i MAPs possono individuare, nell'ambito della rete dei propri studi professionali, una o più sedi di riferimento. Una delle sedi di riferimento può essere anche una struttura aziendale, ivi compresi i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), o una Casa di Comunità hub e/o spoke. Gli oneri derivanti dall'espletamento dell'attività non ordinaria richiesta dall'Azienda Sanitaria di riferimento sono a carico della stessa e non già dei MAPs.
2. In tali sedi di riferimento i medici possono organizzare in maniera coordinata le attività assistenziali in carico alle AFT. A titolo esemplificativo e non esaustivo:
   a. la continuità dell'assistenza nella fascia oraria 13,00 - 15,00 dal lunedì al venerdì, e dalle 8,00 alle 11,00 del sabato e dei giorni prefestivi;
   b. la vaccinoprofilassi ai pazienti in carico ai medici componenti dell'AFT;
   c. percorsi di presa in carico delle patologie croniche anche attraverso l'utilizzo di strumenti di diagnostica di I livello e telemedicina, definiti nell'ambito degli accordi regionali e/o aziendali verso i pazienti in carico ai medici componenti dell'AFT.
3. Gli AIR e/o gli Accordi Aziendali individuano ulteriori attività da poter svolgere nell'ambito di tali sedi.
4. Il Referente di AFT coordina le attività della/e sede/i di riferimento.
5. I medici componenti di ciascuna AFT regolamentano autonomamente le attività all'interno delle sedi riferimento anche in relazione alla ripartizione dei costi.

ART. 4 - UCCP E CdC (HUB e SPOKE)

1. Tutti i modelli erogativi strutturali di cui al presente accordo sono propedeutici alla realizzazione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e delle Case di Comunità hub e spoke sul territorio regionale, in coerenza con il Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022 n. 77 (GU 144 del 22/06/2022), e possono ospitare o realizzare all'interno dei propri spazi, a seguito di accordi da definire a livello regionale e/o aziendale:

a) la Porta Unica di Accesso (PUA) e il servizio di assistenza domiciliare, da realizzarsi anche attraverso una organizzazione funzionale con il supporto del personale di studio della medicina generale in collegamento con i relativi servizi della CdC hub di riferimento;

b) attività specialistica ambulatoriale interna per le patologie ad alta prevalenza;

c) attività infermieristica anche attraverso il personale in carico ai MAPs con le modalità previste del presente accordo;

d) sistema integrato di prenotazione collegato con il CUP aziendale;

e) integrazione con i servizi sociali;

f) per le CdC spoke il collegamento con la CdC hub di riferimento.

ART. 5 - COLLABORATORE DI STUDIO

1. Tutti i MAPs operanti all'interno delle AFT che alla data di pubblicazione del presente accordo non percepiscono alcuna indennità di collaboratore di studio hanno l'obbligo, entro sei mesi dalla data di pubblicazione del presente accordo, di garantire la presenza di un collaboratore di studio secondo il relativo contratto di lavoro per un numero di ore settimanali, anche nei modi di cui all'art. 29, comma 5 dell'ACN, corrispondente ad un costo omnicomprensivo annuo (inclusi emolumenti stipendiali, oneri sociali, retribuzione differita, TFR, consulente del lavoro e ogni altro onere) non inferiore a € 8.316,00. Tale obbligo deve essere garantito entro 3 mesi dalla data di iscrizione nell'elenco dei medici di medicina generale, anche da coloro i quali acquisiscono l'incarico dopo la pubblicazione del presente accordo.
2. Ai medici di cui al comma 1 è riconosciuta un'indennità forfettaria annua di € 8.316,00, equivalenti a numero 10 ore settimanali per un costo orario omnicomprensivo di € 16,00, da corrispondersi in dodicesimi (€ 693,00) a decorrere dalla data di fornitura del servizio.
3. Ai MAPs di cui al comma 1 facenti parti di un mS1 l'indennità forfettaria di cui al precedente comma 2 è aumentata, a richiesta e in presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale in coerenza con l'art. 32 del presente accordo e allo stanziamento dallo stesso previsto, nella misura di € 2.496,00 annui, equivalenti a numero 3 ore settimanali, da corrispondersi in dodicesimi (€ 208,00) per un totale annuo di € 10.816,00 (€ 8.316,00+2.496,00 corrispondenti a € 901,00 in dodicesimi).

4. Ai MAPs di cui al comma 1 facenti parti di un mS2 l'indennità forfettaria di cui al precedente comma 2 è aumentata, a richiesta ed in presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale in coerenza con l'art. 32 del presente accordo e allo stanziamento dallo stesso previsto, nella misura di € 4.160,00 annui, equivalenti a numero 5 ore settimanali, da corrispondersi in dodicesimi (€ 347,00) per un totale annuo di € 12.480,00 (€ 8.316,00 + 4.164,00 corrispondenti a € 1.040,00 in dodicesimi).
5. Ai MAPs di cui al comma 1 facenti parte di un mS3 l'indennità forfettaria di cui al precedente comma 2 è aumentata, a richiesta e in presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale in coerenza con l'art. 32 del presente accordo e allo stanziamento dallo stesso previsto, nella misura di € 6.656,00 annui, equivalenti a numero 8 ore settimanali, da corrispondersi in dodicesimi (€ 555,00) per un totale annuo di € 14.976,00 (€ 8.316,00 + 6.660,00 corrispondenti a € 1.248,00 in dodicesimi).
6. Le indennità di cui ai commi precedenti non sono frazionabili e vanno richieste e corrisposte nella loro interezza.
7. I MAPs che alla data di pubblicazione del presente accordo hanno un'indennità di collaboratore di studio totale inferiore a quella di cui al precedente comma 2 possono rimodulare secondo la nuova modalità di finanziamento di cui al presente articolo con contestuale rinuncia alle quote già percepite, garantendo il servizio con le modalità di cui al comma 1).
8. A richiesta, l'obbligo di cui al comma 1 del presente articolo non si applica per i medici che vanno in quiescenza entro il 31/12/2026.
9. I MAPs di cui al comma 1, entro il termine previsto, dovranno ottemperare all'obbligo comunicando l'avvenuta attivazione del collaboratore di studio nei modi previsti dal presente accordo.
10. I MAPs di cui ai commi 3, 4 e 5 del presente articolo possono presentare tramite *pec*, alla ASL territorialmente competente, la domanda di riconoscimento dell'indennità di collaboratore di studio. Le domande sono graduate sulla base del criterio cronologico. L'azienda comunica al medico richiedente il riconoscimento della indennità. Il medico, entro il termine di 30 giorni dalla data di comunicazione da parte della ASL, pena decadenza del diritto, deposita presso l'azienda di appartenenza il nuovo contratto di lavoro stipulato o il contratto recante la rimodulazione dell'orario di lavoro. Per i medici che si avvalgono dei soggetti di cui all'art. 29, comma 5 dell'ACN per la gestione dei fattori produttivi è sufficiente la comunicazione da parte del soggetto che fornisce tale servizio che dichiari il tipo di rapporto instaurato, il numero di ore del servizio e il relativo costo.

ART. 6 - PERSONALE INFERMIERISTICO E SANITARIO

1. Considerata la necessità di potenziare l'assistenza al domicilio del paziente, con il presente accordo si intende prevedere, qualora disponibile apposito finanziamento, un numero minimo di ore per medico, pari a 4 ore/settimana. Qualora sia soddisfatto tale requisito, si intende estendere a 7 ore a settimana per i medici che già garantiscono 4/ore a settimana. Il rimborso del costo avverrà su rendicontazione e per un costo orario pari ad € 17/ora.
2. Tutti MAPs operanti all'interno delle AFT che alla data di pubblicazione del presente accordo non percepiscono alcuna indennità di personale infermieristico o sanitario possono garantire, a richiesta, la presenza di personale infermieristico o sanitario secondo il relativo contratto di lavoro o attraverso attività professionale anche nei modi di cui all'art. 29, comma 5 dell'ACN, resa in regime di libera professione. Il numero di ore settimanali, corrispondente ad un costo omnicomprensivo annuo (inclusi emolumenti stipendiali, oneri sociali, retribuzione differita, TFR, consulente del lavoro e ogni altro onere) non potrà essere inferiore a € 7.068,00. Il contratto in regime di libera professione deve essere stipulato con riferimento al costo orario di € 17,00.
3. Ai MAPs di cui al comma 2, in presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale, è riconosciuta un'indennità forfettaria annua nella misura di € 7.068,00, equivalenti a numero 8 ore settimanali, rapportato al costo in regime di libera professione, da corrispondersi in dodicesimi (€ 589,00), a decorrere dalla data di fornitura del servizio.
4. Ai MAPs di cui al comma 2 facenti parti di un mS1 l'indennità forfettaria di cui al precedente comma 3 è aumentata, a richiesta ed in presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale, nella misura di € 2.652,00, equivalenti a numero 3 ore settimanali, rapportato al costo in regime di libera professione, da corrispondersi in dodicesimi (€ 221,00), per un totale annuo di € 9.720,00 (€ 7.068,00+ 2.652,00), in dodicesimi € 810,00, a decorrere dalla data di fornitura del servizio.
5. Ai MAPs di cui al comma 2 facenti parti di un mS2 l'indennità forfettaria di cui al precedente comma 3 è aumentata, a richiesta e in presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale, nella misura di € 4.416,00 anno, equivalenti a numero 5 ore settimanali, rapportato al costo in regime di libera professione, da corrispondersi in dodicesimi (€ 368,00), per un totale annuo di € 11.484,00 (€ 7.068,00+ 4.416,00), in dodicesimi € 957,00, a decorrere dalla data di fornitura del servizio.

6. Ai MAPs di cui al comma 2 facenti parte di un mS3 l'indennità forfettaria di cui al precedente comma 3 è aumentata, a richiesta e in presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale nella misura di € 6.192,00 anno, equivalenti a numero 7 ore settimanali, rapportato al costo in regime di libera professione, da corrispondersi in dodicesimi (€ 516,00), per un totale annuo di € 13.260,00 (€ 7.068,00+ 6.192,00), in dodicesimi € 1.105,00, a decorrere dalla data di fornitura del servizio.
7. Le indennità di cui ai commi precedenti non sono frazionabili e vanno richieste e corrisposte nella loro interezza.
8. I MAPs che alla data di pubblicazione del presente accordo hanno un'indennità di personale infermieristico o sanitario totale inferiore a quella di cui al precedente comma 3 possono, in presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale, rimodulare secondo la nuova modalità di finanziamento di cui al presente articolo con contestuale rinuncia alle quote già percepite, garantendo il servizio con le modalità di cui al comma 2.
9. La domanda di riconoscimento dell'indennità di personale infermieristico o sanitario è presentata tramite *pec*, alla ASL territorialmente competente, da ogni medico ed è graduata sulla base del criterio cronologico. L'Azienda comunica al medico richiedente il riconoscimento della indennità. Il medico, entro il termine di 30 giorni dalla data di comunicazione da parte della ASL, pena decadenza del diritto, deposita presso l'azienda di appartenenza il nuovo contratto di lavoro stipulato o il contratto recante la rimodulazione dell'orario di lavoro o il contratto di collaborazione libero professionale. Per i medici che si avvalgono dei soggetti di cui all'art. 29, comma 5 dell'ACN per la gestione dei fattori produttivi è sufficiente la comunicazione da parte del soggetto che fornisce tale servizio che dichiari il tipo di rapporto instaurato, il numero di ore del servizio e il relativo costo.
10. Il rimborso di cui al comma 1 trova copertura nelle risorse PNRR e nelle risorse resesi disponibili in conseguenza di cessazioni dei MAPs che già percepiscono tali indennità, per un importo complessivo pari ad € 7.000.000,00 e sono riconosciuti previa apposita rendicontazione. Per quanto attiene l'attuazione delle previsioni dal comma 2 ai commi 9, la stessa è subordinata alla formale copertura finanziaria regionale e preventiva autorizzazione per singola azienda.

ART. 7 - INNOVAZIONE DIGITALE

1. I MAPs della Regione Puglia devono assicurare nel proprio studio e nel modello organizzativo di AFT, mediante apparecchi, impianti e soluzioni digitali, la gestione informatizzata della scheda sanitaria, l'adesione al progetto tessera sanitaria, la ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata.
2. I MAPs componenti della AFT, in coerenza con l'art. 29, comma 9, dell'ACN, individuano e adottano una piattaforma informatico-telematica "di AFT" - (d'ora in poi "piattaforma di AFT"), adeguata a svolgere, nel suo insieme ed in modo continuativo ed integrato, le seguenti funzioni:

   a) monitoraggio delle attività, degli obiettivi e dei livelli di performance di cui all'art. 29, comma 11 dell'ACN, anche in relazione alle attività di coordinamento e di supporto al raggiungimento degli obiettivi previsti per il referente di AFT;

   b) collegamento tra le schede sanitarie degli assistiti per consentire l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici ivi operanti, per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati;

   c) gestione per garantire l'organizzazione e la copertura coordinata dei compiti e delle attività previste dal modello organizzativo di AFT che ogni medico componente deve assicurare, in modo continuativo e strutturale, attraverso un'integrazione anche digitale della relazione con gli assistiti.

3. Per i nuovi iscritti negli elenchi dei medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta è obbligatorio il possesso del computer. A tali medici è dovuto un emolumento una tantum di € 500,00 da erogare con la prima competenza mensile.
4. A ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta, anche per l'assolvimento dei compiti di cui al comma 2, è dovuto un compenso aggiuntivo nella misura forfettaria mensile di € 225,00.
5. Le prescrizioni effettuate a domicilio del paziente devono comunque essere redatte in maniera leggibile per assicurare la lettura ottica da parte del sistema informatico regionale.
6. Nell'ambito del programma regionale di sviluppo della sanità elettronica, la delegazione trattante regionale di cui all'art. 15, comma 5, ACN definisce i processi di adeguamento per le integrazioni tra gli applicativi dei MMG e le specifiche tecniche nonché le innovazioni che il medico di medicina generale deve assicurare per il collegamento ai sistemi informatici regionali e al FSE,

attraverso i propri applicativi di gestione, compresa la piattaforma di AFT, senza oneri a proprio carico.

ART. 8 - TRATTAMENTO ECONOMICO

1. Fermo restando che i compensi derivanti dall'Accordo Collettivo Nazionale si intendono confermati, il trattamento economico per tutti i MAPs da riconoscersi per l'adesione e la partecipazione all'assetto organizzativo di cui all'art. 2 del presente accordo, è pari a € 10,80 assistito/anno.
2. Per la partecipazione al modello erogativo mS2 è previsto un compenso aggiuntivo pari a € 5,41 assistito/anno.
3. Per la partecipazione al modello erogativo mS3 è previsto un compenso aggiuntivo pari a € 9,62 assistito/anno.
4. Sono fatte salve tutti i compensi a qualsiasi titolo riconosciuti ai MAPs alla data di pubblicazione del presente accordo per il collaboratore di studio e/o personale infermieristico (tutte le professioni sanitarie riconosciute), purché sia garantito il servizio di tali figure professionali, e nei limiti dei costi effettivamente sostenuti.
5. Nei limiti della programmazione regionale ed in presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale in coerenza con l'art. 32 del presente accordo e allo stanziamento dallo stesso previsto, è possibile realizzare l'evoluzione e ulteriore sviluppo delle forme erogative previste dal presente accordo in aggregazioni che prevedono l'utilizzo di un'unica sede erogativa condivisa. In relazione all'impegno orario di apertura della struttura erogativa (n. 10 ore, n. 12 ore) sarà corrisposto il compenso equivalente a quello previsto rispettivamente dai commi 1, 2 e 3 del presente articolo. Le forme associative esistenti alla data di pubblicazione del presente accordo sono considerate decadute.
6. Alla data di pubblicazione del presente accordo, i MAPs di ciascuna AFT possono aggregarsi o aderire senza alcuna limitazione in un mS1, comunicandolo alla ASL di appartenenza, nel rispetto delle previsioni di cui al precedente art. 2.
7. In presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale in coerenza con l'art. 32 del presente accordo e allo stanziamento dallo stesso previsto, la programmazione aziendale per la costituzione di nuovi mS2 dovrà garantire la presenza di almeno 1 (uno) mS2 all'interno di ogni AFT. Tale limite è derogabile qualora all'interno della AFT sia già presente un mS3;

8. In presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale in coerenza con l'art. 32 del presente accordo e allo stanziamento dallo stesso previsto, la programmazione aziendale per la costituzione di un ms3 dovrà tenere conto di quanto segue:

   a) un mS3 per distretto con l'eccezione per i capoluoghi di provincia di Bari, Brindisi, Foggia, Taranto, Lecce, dove si applica mediamente il rapporto di 1 mS3/100.000 residenti. Ulteriori mS3 nei capoluoghi di provincia saranno consentiti per multipli di 100.000 residenti, ovvero per frazioni superiori all'80% rispetto all'unità di misura di 100.000 residenti;

   b) il limite di cui alla precedente lettera a) è superabile nel caso di disponibilità di risorse individuate con apposito provvedimento regionale in coerenza con l'art. 32 del presente accordo e allo stanziamento dallo stesso previsto;

   c) fatto salvo quanto previsto alla precedente lett. a), il riconoscimento dei mS3 dovrà realizzarsi secondo il criterio cronologico dell'invio delle domande, che rimane comunque vincolato alla programmazione Regionale.

9. Entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo i MAPs componenti di AFT dove non è presente una delle forme strutturali mS2 o mS3 e i medici già organizzati in una forma mS1 possono inoltrare domanda alla ASL territorialmente competente per costituirla all'interno della propria AFT. L'Azienda Sanitaria Locale provvederà a stilare un elenco che tiene conto dell'invio cronologico. Gli eventuali riconoscimenti potranno essere effettuati nel rispetto della programmazione regionale e nei limiti delle risorse economiche individuate con apposito provvedimento regionale.

10. Dalla data di pubblicazione del presente accordo i MAPs possono presentare domanda, tramite pec, alla ASL territorialmente competente, per aderire o costituire i nuovi modelli erogativi previsti dalla presente intesa. Le domande sono graduate secondo il criterio cronologico di invio.

11. Ciascuna Azienda, successivamente all'emanazione del provvedimento regionale di individuazione delle risorse, vincola per la durata di cui al precedente comma 9 le risorse necessarie a garantire il rispetto dei criteri di programmazione di cui ai commi 7 e 8 del presente articolo per l'ulteriore sviluppo del mS2 e mS3.

12. Il numero "originario" dei componenti delle forme erogative mS2 e mS3 per convenzione deve intendersi quello che si è determinato in considerazione delle domande pervenute entro il 28 febbraio 2023. Per le forme erogative strutturali costituitesi dalla data di pubblicazione del presente accordo, per numero "originario" deve intendersi, per convenzione, il numero dei componenti aderenti al momento della costituzione. La forma erogativa mS2

o mS3 che, per qualsiasi motivo, scenda nella sua composizione al di sotto del numero "originario" può ricostituire lo stesso nel termine massimo di 9 mesi, durante il quale il medico/i superstite/i, mantiene/mantengono il riconoscimento economico. In caso di cessazioni di carattere eccezionale, può farsi ricorso, in presenza dei relativi presupposti, alla rilevazione di zone carenti straordinarie. Decorso il termine di 9 mesi, il numero "originario" rimane costituito dai medici "superstiti". Nel caso in cui la cessazione comporti la perdita del numero minimo previsto per la forma erogativa in considerazione, il termine per la ricostituzione è di 12 mesi. Trascorso il suddetto termine senza che sia intervenuta la ricostituzione del numero minimo, la forma erogativa decade da ogni beneficio giuridico ed economico limitatamente al compenso legato alla forma erogativa medesima. Ciascun medico "superstite" conserva tutte le indennità riconosciute per il collaboratore di studio e/o personale infermieristico (tutte le professioni sanitarie riconosciute), nei limiti dei costi effettivamente sostenuti, purché sia garantito tale servizio a supporto. La forma erogativa mS3 che decade, per perdita del numero minimo, è riconosciuta come forma erogativa mS2 ed i componenti superstiti percepiranno il compenso correlato a tale forma erogativa.

13. La procedura di reintegro di cui al comma precedente, si applica anche nei confronti delle corrispondenti forme erogative che sono scese al di sotto del numero minimo, prima della data di entrata in vigore del presente accordo e comunque non oltre i 12 mesi complessivi. Il termine iniziale di reintegro decorre dalla data in cui il modello erogativo scende al di sotto del numero minimo.
14. Al medico che interviene nel ricostituire il numero minimo o originario di costituzione del mS2 e del mS3 sono dovuti tutti i compensi percepiti dal medico che per qualsiasi motivo ha determinato il venir meno del numero minimo o del numero originario di costituzione, con le modalità previste dal presente accordo (indennità professionale e di personale di studio e infermieristico).
15. Ai medici aderenti alle forme erogative mS2 e mS3 che per qualsiasi motivo si sciolgono è comunque garantito il compenso di cui al comma 1 del presente articolo.

ART. 9 - ELEZIONE REFERENTE DI AFT

1. Allo scopo di dare attuazione all'accordo integrativo regionale, per le elezioni successive rispetto a quelle tenutesi il giorno 12.12.2024, giusta deliberazione della delegazione trattante regionale del 31.10.2024, si demanda alla Direzione Generale delle AA.SS.LL. l'indizione dell'elezione per la nomina del Referente di AFT.
2. Le AA.SS.LL., nell'ambito di ciascun Distretto, provvederanno ad istituire i seggi elettorali. Ogni seggio sarà composto da due componenti di parte pubblica e presieduto dal Direttore di distretto o un suo delegato. Il distretto di competenza fornisce il personale, la sede e tutto il materiale necessario per le operazioni di voto.
3. La data di indizione della procedura in oggetto sarà resa pubblica, con comunicazione a cura dell'Azienda Sanitaria, almeno dieci giorni prima sul portale Edotto, con valore di notifica per tutti i soggetti interessati ed aventi titolo. Sarà inoltre cura delle OO.SS. darne la massima diffusione tra i propri iscritti.
4. Sono eleggibili i MAP che non abbiano superato anagraficamente il limite temporale per l'espletamento del mandato. Il Presidente del seggio predispone un numero di urne corrispondenti al numero di AFT per le quali deve essere individuato il referente. A ciascun medico sarà consegnata una scheda su cui esprimere una preferenza per il referente e una per il sostituto.
5. La durata dell'incarico è di 24 mesi dalla data di nomina da parte del Direttore Generale. L'incarico è rinnovabile fermo restando quanto previsto dall'art. 30, comma 1, dell'ACN 04.04.2024.
6. Il Referente decade anticipatamente su provvedimento del Direttore Generale:
   a. in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati dagli accordi regionali e/o aziendali, sentiti i componenti dell'AFT;
   b. su richiesta formale inviata per pec alla Direzione generale sottoscritta da almeno il 50% più uno dei componenti l'AFT.
7. L'ASL avvia le procedure per la nomina del nuovo referente entro 30 giorni dalla decadenza del Referente con le modalità di cui ai commi precedenti.
8. Entro 20 giorni dalla nomina dei Referenti e dei rispettivi sostituti ciascuna ASL organizza un corso di formazione il cui programma è definito nell'ambito della delegazione trattante regionale.

9. Sono fatte salve le risultanze delle elezioni tenutesi in data 12.12.2024 sulla base della deliberazione della delegazione trattante regionale del 31.10.2024. Gli effetti economici e giuridici per i referenti eletti nelle suddette elezioni, ivi compresa la durata del mandato e il diritto al compenso, decorrono dal giorno successivo alla pubblicazione del presente accordo sul BURP.

ART. 10 - REFERENTE AFT

1. Il Referente di AFT ha il compito di:
   a) coordinare nell'ambito della propria AFT la continuità dell'assistenza dal lunedì al venerdì, il sabato e nei giorni prefestivi secondo quanto stabilito all'art. 2 del presente accordo anche utilizzando gli strumenti di cui all'art. 10, comma 2 del presente accordo;
   b) monitorare attraverso la piattaforma di AFT i dati relativi all'attuazione degli obiettivi assegnati dagli accordi regionali e aziendali alla propria AFT;
   c) monitorare attraverso la piattaforma di AFT i dati relativi all'appropriatezza prescrittiva della propria AFT con riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti non in linea con gli indirizzi regionali;
   d) assumere iniziative per organizzare con i componenti della propria AFT, anche in modalità webinar, momenti di verifica e miglioramento per il raggiungimento degli obiettivi relativi agli accordi regionali e/o aziendali, rappresentando l'interfaccia tra i medici di medicina generale operanti nel distretto e l'UDMG;
   e) partecipare ai momenti di confronto e verifica, su convocazione del Responsabile UDMG e/o del Direttore del Distretto, per il raggiungimento degli obiettivi relativi agli accordi regionali e/o aziendali.
2. Il referente di AFT, anche attraverso la piattaforma di AFT, predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dall'AFT per il raggiungimento degli obiettivi assegnati in coerenza con l'art. 30, comma 4 dell'ACN. La relazione deve essere inviata alla Direzione Generale per il tramite della Direzione distrettuale.
3. Al Referente di AFT è riconosciuto un compenso mensile di € 600,00. Le risorse per l'erogazione dei compensi si rinvengono dal fondo di cui all'art. 47, comma 2, lett. B, punto II) dell'ACN, pari a € 0,81 annui per assistito.

4. Gli AA.II.RR. o gli accordi aziendali possono individuare obiettivi di risultato per il Referente di AFT per specifiche attività ovvero obiettivi assegnati ai MAPs ed alle AFT.

ART. 11 - DELEGAZIONE TRATTANTE REGIONALE ED AZIENDALE

1. La Delegazione Trattante ai sensi dell'ACN è istituita a livello regionale e aziendale.
2. La Delegazione Trattante è composta a livello regionale ed aziendale da un numero di componenti per la parte sindacale pari al doppio del numero delle OO.SS. in possesso dei requisiti più un componente.
3. Definito il numero massimo dei componenti, gli stessi saranno attribuiti ad ogni sigla sindacale rappresentativa, nella misura di 1 componente fino ad una percentuale del 20%. I restanti componenti saranno assegnati con il criterio dei maggiori resti.
4. Gli Accordi decentrati sono validamente sottoscritti se stipulati in conformità alle prescrizioni dell'art. 15 dell'ACN.
5. A ciascun MAPs componente le delegazioni delle OO.SS., definite come previsto dai commi precedenti, è rimborsata dall'Azienda che ne amministra la posizione e previa attestazione, la spesa per le sostituzioni per ogni accesso:
   a) a livello regionale: € 155,00, oltre il rimborso delle spese di viaggio previsto dalle vigenti norme per la pubblica amministrazione;
   b) a livello aziendale: € 155,00 comprensivo del rimborso delle spese di viaggio.
6. Tale compenso si estende a tutti gli organismi previsti dall'ACN, nonché ai tavoli tecnici e/o gruppi di lavoro o commissioni distrettuali, aziendali e regionali in cui siano presenti rappresentanti delle OO.SS.
7. I componenti di parte sindacale possono optare, rinunciando a quanto previsto al precedente comma 5, utilizzando le prerogative di cui all'art. 16 dell'ACN.
8. Le aziende sanitarie provvedono al versamento del contributo Enpam ed alla ritenuta IRPEF su tutti i compensi di cui sopra.

ART. 12 - REFERENTE REGIONALE DELLE CURE PRIMARIE

1. Il Referente regionale delle Cure Primarie è un medico di assistenza primaria a ciclo di scelta o un medico del ruolo unico di assistenza primaria indicato su proposta non vincolante della Delegazione Trattante Regionale di cui all'art. 15, comma 5, dell'ACN ed è nominato con deliberazione di Giunta regionale. L'indicazione della parte sindacale è quella espressa dalle OO.SS. che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno degli iscritti.
2. Sono Compiti del Referente Regionale delle Cure Primarie:
   a) il coordinamento delle attività degli Uffici Aziendali delle Cure Primarie della medicina generale, il monitoraggio degli obiettivi definiti dagli accordi regionali e aziendali, l'attuazione degli accordi regionali;
   b) l'attività di monitoraggio regionale delle attività svolte dalla Medicina Generale in applicazione degli accordi nazionali, regionali e aziendali, ai fini della programmazione regionale da parte del Comitato Regionale e della delegazione trattante;
   c) le iniziative per organizzare tra i Responsabili UACP momenti di verifica e di monitoraggio per il raggiungimento degli obiettivi relativi agli accordi regionali e/o aziendali, rappresentando l'interfaccia tra i medici di medicina generale operanti nella regione e l'Assessorato Regionale per la Promozione della Salute e del Benessere Animale;
   d) la collaborazione ai fini della istruzione di procedimenti sull'applicazione degli accordi nazionali e regionali.
4. È un componente del Comitato Regionale e di tutti i tavoli che trattano temi che ricadono sulla attività della Medicina Generale. È facoltà del Referente Regionale delle Cure Primarie richiedere il supporto di un altro medico di medicina generale, qualora competente su specifiche materie, a seguito di condivisione con Organizzazioni Sindacali.
5. La nomina ha la stessa durata dell'accordo regionale.
6. Il Referente Regionale delle Cure Primarie decade altresì per cessazione dell'incarico di medico di assistenza primaria. In caso di attività ritenuta incongrua o per gravi ragioni, la Giunta regionale, su proposta della Delegazione Trattante regionale, può revocare la designazione, anche prima del termine fissato dal comma precedente, ed effettuare la nuova designazione.
7. Al fine di assicurare le necessarie competenze tecniche e sanitarie per l'espletamento dei compiti derivanti dall'applicazione dell'ACN e

dell'Accordo Integrativo Regionale, il competente Servizio assessorile si avvale della collaborazione del Referente Regionale delle Cure Primarie.

8. Il Referente Regionale delle Cure Primarie garantisce gli accessi ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti d'ufficio nel numero massimo di otto accessi mensili. Garantisce altresì gli accessi connessi alle specifiche richieste del Direttore del Dipartimento. Presso il competente Servizio assessorile è tenuto apposito registro per la documentazione degli accessi con indicazione dell'ora di entrata e uscita, firma e indicazione delle tematiche trattate.
9. Al Referente Regionale delle Cure Primarie è dovuto un compenso forfettario di € 155,00 per ogni accesso a carico della ASL di appartenenza.

ART. 13 - UFFICIO AZIENDALE CURE PRIMARIE

1. L'Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie (UACP), la cui organizzazione è di pertinenza dell'Azienda, è diretto da un medico di assistenza primaria indicato dalla parte medica sindacale della Delegazione Trattante Aziendale e nominato dal Direttore Generale.
2. L'indicazione della parte medica sindacale è quella espressa dalle OO.SS. che rappresentano complessivamente almeno il 50% più uno degli iscritti.
3. Il medico di assistenza primaria responsabile dell'UACP invia annualmente alla Delegazione Trattante Aziendale una relazione sul monitoraggio delle attività svolte a livello aziendale e distrettuale per garantire la partecipazione dei medici di medicina generale alle scelte strategiche di programmazione aziendale.
4. Il medico di assistenza primaria responsabile dell'UACP partecipa d'ufficio al Comitato Aziendale di cui all'art. 12, ACN, alla Delegazione Trattante di cui all'art. 15, comma 5 dell'ACN e a tutti i tavoli che trattano temi che ricadono sulla attività della Medicina Generale ed è referente aziendale per la medicina generale per la sanità elettronica.
5. La parte sindacale della Delegazione Trattante, sulla base dell'attività svolta, conferma ogni 12 mesi la designazione del responsabile dell'UACP.
6. In caso di attività ritenuta non congrua rispetto agli obiettivi assegnati, la parte sindacale della Delegazione Trattante Aziendale può revocare la designazione, anche prima del termine fissato dal comma precedente, e procedere ad effettuare la nuova designazione. Il Direttore Generale, conseguentemente, provvede alla nuova nomina.
7. Sono compiti dell'UACP:

a) esprimere parere per la definizione del Piano Attuativo Locale (PAL), strumento triennale di pianificazione strategica dell'azienda che determina le linee di sviluppo, gli obiettivi e le politiche a medio-lungo termine dell'intera struttura organizzativa aziendale, e del Piano Annuale delle Attività (PAA), strumento che individua gli obiettivi annuali e le risorse necessarie per raggiungerli;

b) provvedere al monitoraggio delle attività svolte dagli uffici UDMG (Ufficio Distrettuale della Medicina Generale) sulla base delle relative relazioni trimestrali;

c) coordinare le attività degli Uffici Distrettuali della medicina generale e monitorare gli obiettivi definiti dagli accordi regionali e aziendali, attraverso specifici cruscotti dedicati della piattaforma di AFT;

d) assumere iniziative per organizzare, anche in modalità webinar, con gli UDMG ed i referenti di AFT, momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso per il raggiungimento degli obiettivi relativi agli accordi regionali e/o aziendali.

8. Al fine di poter espletare in maniera compiuta i compiti previsti dal presente regolamento, l'Azienda Sanitaria Locale assicura l'invio all'UACP delle relazioni e documenti prodotti da tutti i gruppi di lavoro, commissioni ed organismi aziendali, anche di studio e/o sperimentazione, relativi alla medicina generale.
9. Il Responsabile UACP garantisce gli accessi ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti d'ufficio nel numero massimo di sei accessi mensili. Garantisce, altresì, gli accessi connessi alle specifiche richieste della Direzione Generale. Presso il competente servizio ASL è tenuto apposito registro per la documentazione degli accessi con indicazione dell'ora di entrata e uscita, firma e indicazione delle tematiche trattate.
10. Al Responsabile UACP è dovuto un compenso forfettario di € 155,00 per ogni accesso.
11. Gli AA.II.RR. o gli accordi aziendali possono individuare obiettivi di risultato per il responsabile UACP per specifiche attività ovvero obiettivi assegnati ai MAPs e alle AFT.

ART. 14 - UFFICIO DISTRETTUALE PER LA PROGRAMMAZIONE E IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' IN MEDICINA GENERALE (UDMG)

1. L'Ufficio Distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in Medicina Generale (UDMG) è livello organizzativo autonomo del Distretto. È composto da tre medici di medicina generale e ha sede all'interno del Distretto.
2. Nei distretti corrispondenti ai capoluoghi di provincia di Bari, Brindisi, Foggia, Taranto, Lecce si applica mediamente il rapporto di 1 UDMG/100.000 residenti ovvero per frazioni superiori al 80% rispetto all'unità di misura di 100.000 residenti.
3. Tutti i componenti degli UDMG in carica al momento della pubblicazione del presente accordo decadono con l'istituzione dei nuovi Uffici Distrettuali della Medicina Generale. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo il Direttore Generale costituisce gli UDMG nell'ambito della propria ASL.
4. L'Ufficio si compone di:
   a) un medico di assistenza primaria operante nel distretto indicato dalla parte medica sindacale della Delegazione Trattante Aziendale, con funzioni di Responsabile UDMG;
   b) un medico di assistenza primaria tra i Referenti di AFT del Distretto – Referente Distrettuale di AFT (RDAFT) - indicato dalla parte medica sindacale della Delegazione Trattante;
   c) un medico di medicina generale eletto da tutti i medici di medicina generale del Distretto.
5. L'indicazione della parte medica sindacale è quella espressa dalle OO.SS. che rappresentano complessivamente almeno il 50% più uno degli iscritti. Il Direttore Generale conseguentemente provvede alla nomina.
6. La parte sindacale della Delegazione Trattante, sulla base dell'attività svolta, conferma ogni 12 mesi la designazione dei componenti di propria nomina degli UDMG.
7. L'UDMG collabora con il Direttore del Distretto alla definizione del Programma delle Attività Territoriali (PAT), nel rispetto di quanto previsto all'articolo 3-*quinquies* del D. L.vo n. 229/99.
8. L'UDMG rappresenta a livello distrettuale l'organismo istituzionale per i rapporti tra la medicina generale del distretto e il Direttore del distretto relativamente ai compiti di cui al presente accordo. In particolare svolge i seguenti compiti:

a) definisce, con il Direttore del distretto, in coerenza con gli accordi regionali ed aziendali, le modalità operative per il raggiungimento degli obiettivi della medicina generale definiti nell'ambito degli stessi accordi;

b) monitora attraverso la piattaforma di AFT i dati relativi all'attuazione degli obiettivi assegnati dagli accordi regionali e aziendali a ciascuna AFT di competenza;

c) monitora i dati relativi all'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, con riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti non in linea con gli indirizzi regionali;

d) assume iniziative per organizzare, tra i referenti di AFT di competenza e i medici di medicina generale, momenti, anche in modalità webinar, di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso per il raggiungimento degli obiettivi relativi agli accordi regionali e/o aziendali, rappresentando l'interfaccia tra i medici di medicina generale operanti nel distretto e la Direzione distrettuale.

9. Il Responsabile dell'UDMG garantisce gli accessi ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti d'ufficio nel numero massimo di quattro accessi mensili. Garantisce, altresì, gli accessi connessi alle specifiche richieste da parte del Direttore del Distretto. Presso il competente Servizio distrettuale è tenuto apposito registro per la documentazione degli accessi con indicazione dell'ora di entrata e uscita, firma e indicazione delle tematiche trattate.
10. Il RDAFT garantisce gli accessi ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti d'ufficio nel numero massimo di due accessi mensili. Garantisce, altresì, gli accessi connessi alle specifiche richieste del Direttore del Distretto e/o del Direttore Generale.
11. Il membro eletto dell'UDMG garantisce gli accessi ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti d'ufficio nel numero massimo di due accessi mensili. Garantisce, altresì, gli accessi connessi alle specifiche richieste dal Direttore del Distretto e/o del Direttore Generale
12. Il compenso forfettario da riconoscersi per ogni accesso è di € 155,00. Presso il competente Servizio distrettuale è tenuto apposito registro per la documentazione degli accessi con indicazione dell'ora di entrata e uscita, firma e indicazione delle tematiche trattate.

13. Gli AA.II.RR. o gli accordi aziendali possono individuare obiettivi di risultato per il responsabile UDMG e per RDAFT per specifiche attività ovvero obiettivi assegnati ai MAPs e alle AFT.
14. Le OO.SS. componenti la delegazione trattante aziendale propongono programmi formativi finalizzati alla qualificazione professionale riferita a compiti specifici previsti in applicazione dell'art. 26 dell'ACN. La delegazione trattante regionale valida i suddetti programmi al fine di garantire percorsi formativi omogenei su tutto il territorio regionale.

Art. 15 - GOVERNO CLINICO

1. L'adesione agli screening, il governo clinico e il monitoraggio della presa in carico delle patologie croniche di cui all'art. 47, comma 2, lett. B), sub I dell'ACN, rientra tra gli obiettivi assegnati alle AFT.
2. I MAPs, attraverso la piattaforma di AFT, monitorano con frequenza trimestrale gli indicatori di processo relativi a ipertensione arteriosa e diabete mellito.
3. Entro il mese successivo al trimestre di riferimento il Referente di AFT invia all'UDMG e alla Direzione Distrettuale territorialmente competente, in modalità telematica e attraverso la piattaforma di AFT, il report di cui all'allegato 3.
4. Gli UDMG inviano in modalità telematica e attraverso la piattaforma di AFT al Responsabile UACP la reportistica relativa al monitoraggio delle AFT di competenza.
5. Ai MAPs è dovuta la quota annua di cui all'art. 47, comma 2, lett. B), sub I dell'ACN, pari a € 6,64/assistito.

ART. 16 - FESTA PATRONALE

1. In occasione del giorno della festa patronale il medico di assistenza primaria a ciclo di scelta non è tenuto a svolgere l'attività. L'Azienda, pertanto, attiva il servizio di assistenza primaria ad attività oraria dalle ore 08.00 alle ore 20.00.
2. È compito del Comitato ex art. 12 dell'ACN individuare nell'ambito dei comuni della propria ASL i giorni delle feste patronali per l'attivazione del servizio di Assistenza Primaria ad attività oraria. I MAPs usufruiranno della festa patronale limitatamente al comune in cui esercitano. È compito della ASL attivare il servizio di assistenza primaria ad attività oraria dalle 8,00 alle 20,00.

ART. 17 – VACCINOPROFILASSI E PARTECIPAZIONE ATTIVA

1. In coerenza con gli obiettivi di cui all'art. 4 dell'ACN costituisce obbligo per il MAPs, ai sensi dell'art. 43 dell'ACN, aderire alle campagne di vaccinazione dell'adulto.
2. IL PNPV definisce il calendario vaccinale in età adulta ed ha individuato le vaccinazioni che, considerate un Livello Essenziale di Assistenza, devono essere offerte in modalità attiva e gratuita. I medici di assistenza primaria a ciclo di scelta svolgono un ruolo importante per la promozione e l'erogazione delle vaccinazioni dell'adulto. Pertanto, la Regione Puglia ritiene strategico e fondamentale continuare a prevedere il coinvolgimento attivo dei MAPs nelle campagne vaccinali, quali presenze attive da oltre venti anni, in coerenza con la strategia che sarà definita della Regione mediante il PRPV.
3. È compito medico promuovere la cultura e l'accettazione della vaccinazione con azioni di promozione ed educazione sanitaria anche finalizzate sui fattori determinanti l'esitazione vaccinale.
4. Fermo restando l'obbligo di adesione agli obiettivi fissati dal PRPV e a quanto stabilito dal Calendario regionale di immunizzazione, si individuano per i MAPs, come oggetto dell'obbligo di coinvolgimento attivo di cui al precedente comma 2, a partire da:
   a) vaccinazione contro Difterite, Tetano, Pertosse: promozione del richiamo decennale;
   b) Papillomavirus (HPV) promozione della vaccinazione secondo le indicazioni ministeriali e/o regionali;
   c) vaccinazione antinfluenzale annuale, offerta attiva e somministrazione per i soggetti fragili e a partire dal compimento di 60 anni, secondo le indicazioni ministeriali e regionali;
   d) vaccinazione anti pneumococcica, offerta attiva e somministrazione per i soggetti individuati dalle indicazioni ministeriali e regionali;
   e) vaccinazione anti Herpes Zoster (HZV), offerta attiva e somministrazione per i soggetti individuati dalle indicazioni ministeriali e regionali;
   f) vaccinazione anti Covid 19, offerta attiva e somministrazione per i soggetti individuati dalle indicazioni ministeriali e regionali.
5. A tal fine, ferme restando eventuali indicazioni regionali di tenore differente, il medico di assistenza primaria a ciclo di scelta per i vaccini "destagionalizzati", con le modalità individuate dalla delegazione trattante di ASL, definite entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, richiede al Distretto il

numero di dosi per ciascuna tipologia di vaccino di cui necessita. La ASL provvede a consegnare al medico i vaccini richiesti con le modalità ed i tempi definiti dalla delegazione trattante.

6. Ferme restando eventuali indicazioni regionali di tenore differente, per la vaccinazione antinfluenzale la ASL provvede a consegnare al medico il quantitativo previsto di vaccino entro il 15 ottobre o, comunque, secondo le indicazioni stabilite a livello regionale.
7. Il medico ha l'obbligo di conferire entro 24 ore, all'anagrafe vaccinale regionale, i flussi relativi ad ogni singola vaccinazione definiti nell'ambito del Comitato Regionale attraverso la cooperazione applicativa.
8. La ASL corrisponde al MAPs a ciclo di scelta il compenso di € 6,16 incrementato di € 1,00 per le attività di cui al punto precedente per un totale di € 7,16 per ogni singola dose di vaccino somministrato rientrante nel PRPV.
9. Per la vaccinazione contro il virus SARS-COV2, il compenso è di € 10,50 per ciascun vaccino eseguito. Per ogni singola dose e per ogni tipologia di vaccino somministrato a domicilio durante il periodo di ADPv è dovuto il compenso previsto ai commi 8 e 9 del presente articolo, oltre al quello previsto per l'accesso ADPv di cui all'art. 22, comma 7 del presente accordo.
10. Il pagamento avviene con le modalità previste per le PPIP.
11. Ai medici che svolgono l'attività di rilevazione epidemiologica delle malattie delle vie respiratorie e dell'influenza (attualmente medici sentinella - influnet,) è riconosciuto un compenso omnicomprensivo di € 1.000,00 relativo al semestre di attività, secondo le modalità stabilite in seno al Comitato Regionale. Entro 90 gg dalla pubblicazione del presente accordo la Delegazione Trattante avvia le procedure per l'arruolamento dei nuovi MAPs sentinella secondo il fabbisogno indicato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER).
12. Il Referente Regionale delle Cure Primarie partecipa all'elaborazione del PRPV Fermi restando i compensi di cui al presente articolo, per gli aspetti contrattuali derivanti dall'attuazione del PRPV si demanda alla Delegazione Trattante regionale.
13. Costituisce obbligo dei MAPs la promozione dell'adesione consapevole ai programmi organizzati di screening oncologico e ai programmi di screening per la prevenzione ed eliminazione delle malattie infettive, nonché la partecipazione ai sistemi di segnalazione e sorveglianza delle malattie infettive e al Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici nonché ai piani e programmi in materia di promozione della salute nei luoghi di lavoro. Il Referente Regionale delle Cure Primarie partecipa ai tavoli tecnici sulle tematiche di cui al presente comma.

ART. 18 - OBIETTIVO VACCINALE

1. Fermi restando gli obblighi di cui all'art. 17, per la vaccinazione antinfluenzale è attribuito a ciascun MAPs e a ciascuna AFT un obiettivo di copertura vaccinale incentivato con le risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale.
2. L'obiettivo di copertura vaccinale di cui al comma 1 del presente articolo è:

   a) **Obiettivo 1**: 60% della popolazione assistita al 30 giugno di ciascun anno di età => 65 anni in carico (vale anche 59,01%).

   b) **Obiettivo 2**: 65% della popolazione assistita al 30 giugno di ciascun anno di età => 65 anni in carico (vale anche 64,01%).

   c) **Obiettivo 3**: 75% della popolazione assistita al 30 giugno di ciascun anno di età => 65 anni in carico (vale anche 74,01%).

3. Per convenzione si considerano tutti i pazienti che nell'anno in corso compiono o hanno più di 65 anni.
4. Entro il 15 settembre di ciascun anno la ASL, con le modalità definite in Delegazione Trattante aziendale, comunica ad ogni medico di assistenza primaria a ciclo di scelta il numero dei pazienti in carico di cui al comma precedente alla data del 30 giugno. Il MAP a ciclo di scelta formalizza all'interno della propria posizione nella piattaforma di AFT per consentire al Referente di AFT l'attività di cui al comma successivo.
5. Entro il 30 settembre di ciascun anno ciascun Referente di AFT formalizza in modalità telematica, attraverso la piattaforma di AFT, il numero dei pazienti in carico alla propria AFT di età => a 65 anni alla data del 30 giugno.
6. Entro il 28 febbraio dell'anno successivo ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta, attraverso la piattaforma di AFT, formalizza in modalità telematica al proprio Referente e al Distretto di appartenenza l'obiettivo di copertura vaccinale raggiunto, secondo quanto previsto all'allegato 4 del presente accordo.
7. Entro il 15 marzo dell'anno successivo il Referente di AFT, attraverso la piattaforma di AFT, formalizza in modalità telematica al proprio distretto l'obiettivo di copertura vaccinale raggiunto dai singoli medici appartenenti a ciascuna AFT e l'obiettivo raggiunto dalla propria AFT, secondo quanto previsto all'allegato 4 del presente accordo.
8. Il distretto di competenza, coadiuvato dall'UDMG, entro il 31 marzo comunica all'ufficio competente aziendale e per conoscenza al Responsabile UACP,

l'obiettivo raggiunto dalle AFT del distretto e dai singoli medici, secondo quanto previsto all'allegato 4 del presente accordo.

9. I dati relativi a tale monitoraggio devono essere inviati al Responsabile delle Cure Primarie regionale.
10. L'ufficio liquida quanto dovuto con le competenze relative al mese di aprile.

ART. 19 - ASSISTENZA DOMICILIARE

1. L'assistenza domiciliare in coerenza con l'art. 22, comma 3, lett. a) del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, è definita dal CIA – Coefficiente di Intensità Assistenziale ed è garantita:
   a) secondo la modalità programmata nei confronti di pazienti non ambulabili (ADP), assimilabile per CIA all'Assistenza Domiciliare di Base, così come previsto dall'allegato 8 dell'ACN;
   b) secondo programmi di presa in carico con o senza integrazione sociale (ADI), assimilabile per CIA all'ADI nei suoi vari gradi di complessità, con le modalità previste dall'allegato 9 dell'ACN;
   c) secondo modalità di presa in carico temporanea (ADT), il cui CIA è definita dal livello di complessità del PAI elaborato dal MAPs, nei confronti di pazienti con un quadro clinico acuto, finalizzata ad evitare un ricovero in ambiente ospedaliero;
2. Per l'attivazione delle forme di assistenza domiciliare di cui al comma precedente, lett.re a) e c) il MAPs compila ed invia al distretto di competenza, a regime attraverso la cooperazione applicativa tra i sistemi informativi del medico e quelli regionali, l'allegato n. 5. Per l'attivazione della forma di cui alla lett. b) il MAPs compila ed invia al distretto di competenza, a regime attraverso la cooperazione applicativa tra i sistemi informativi del medico e quelli regionali, l'allegato n. 6 del presente accordo.
3. Per la forma di cui alla precedente lettera c) del comma 1 del presente articolo la comunicazione di avvio dell'assistenza al Distretto è inviata fino a completamento della cooperazione applicativa tramite *pec* entro 48h dall'attivazione per gli adempimenti di competenza e per le attività di monitoraggio di cui al presente accordo. Il MAPs utilizza a domicilio la scheda di cui all'allegato n. 2 del presente accordo da consegnare al distretto di competenza al termine dell'ADT.
4. L'attività di monitoraggio, anche ai fini del raggiungimento degli obiettivi assegnati, riferita all'Assistenza Domiciliare è svolta, per quanto di competenza, dal Referente di AFT, dall'UDMG e dall'Ufficio Aziendale delle Cure Primarie.
5. L'assistenza infermieristica domiciliare per gli assistiti in carico ai medici è assicurata dal personale infermieristico in dotazione. In tutti gli altri casi viene interpellato il Distretto di competenza.
6. Il Distretto fornisce, a richiesta del MAPs, il materiale sanitario necessario per garantire le PPIP a domicilio di cui all'allegato 1) del presente accordo per

l'assistenza infermieristica di cui al comma precedente. I compensi per le PPIP comunque eseguite a domicilio del paziente sono riconosciute al MAPs che è titolare della presa in carico, quale rimborso forfettario delle spese sostenute per l'accesso domiciliare.

7. Per l'ADP il compenso per ogni accesso è pari a € 26,46. Il limite previsto dalla lettera C comma 2 art. 47 dell'ACN è pari al 20% di tutti i compensi mensili e si applica a tutti gli accessi effettuati nel mese. Ai pazienti ospitati in RSA/residenza protetta si applicano le norme previste dal presente comma.
8. Il compenso per ogni accesso in ADI, di cui all'art. 5 dell'allegato 8 dell'ACN è pari a € 28,92. Il compenso previsto per l'attività di attivazione, e coordinamento degli interventi dei pazienti in ADI è pari a € 77,47. Ai pazienti assistiti in Ospedale di Comunità si applicano le norme previste dal presente comma e da quelli precedenti relativi all'ADI.
9. Per l'attivazione dell'ADT e la compilazione del piano assistenziale è dovuto un compenso pari a € 28,92. Gli accessi previsti dal piano sono retribuiti, così come per l'ADI, nella misura di € 28,92.
10. Il MAPs, qualora necessario, comunica al Distretto di competenza, le modifiche al piano assistenziale individuale (PAI). Il Distretto, fatto salvo il silenzio assenso, pone in essere le verifiche ritenute necessarie. La scheda e la documentazione sanitaria relativa all'assistenza domiciliare è aggiornata e custodita esclusivamente presso il domicilio del paziente. In sede di verifica, il mancato aggiornamento della scheda non dà titolo al riconoscimento della prestazione.
11. Le risorse necessarie a garantire queste forme di assistenza domiciliare trovano copertura nell'ambito dello specifico fondo individuato dalla DGR n. 371 del 26.03.2025, pari a € 12.000.000,00, comprensivo del compenso per le prestazioni aggiuntive domiciliari, oneri inclusi.
12. Le Aziende provvedono alla costituzione di uno specifico subfondo per finanziamento delle quote variabili relative all'assistenza domiciliare programmata (ADP), nella misura del 20% del monte compensi riferito all'assistenza primaria. I compensi per l'ADP non possono comunque superare il 20% della somma di tutte le voci stipendiali corrisposte mensilmente al singolo medico.

ART. 20 - PERCORSI ASSISTITI A DOMICILIO
Progetto sperimentale di assistenza ai pazienti affetti da SLA

1. I MAPs, in coerenza con l'art. 22, comma 3, lett. a) del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, assumono la presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da SLA nel rispetto di un percorso assistenziale definito e avvalendosi della rete regionale di assistenza ai malati di SLA.
2. Il MAPs garantisce in assistenza domiciliare due accessi mensili programmati ed una disponibilità telefonica dal lunedì al venerdì dalle ore 08,00 alle ore 20,00. In caso in cui vi siano condizioni cliniche che richiedono una assistenza integrata o un monitoraggio con un numero maggiore di accessi il medico comunica la variazione e la motivazione al Distretto di competenza. Gli accessi aggiuntivi ritenuti necessari sono liquidati con la stessa tariffa e modalità dell'ADI. In capo alla Direzione Distrettuale restano le attività di verifica e controllo successivi.
3. Il MAPs per assicurare i percorsi di assistenza utilizza la Centrale Operativa Territoriale (d'ora in poi COT).
4. La COT attiva la rete regionale di assistenza per questa patologia per quanto di competenza e utilizza i percorsi preferenziali che le aziende devono garantire per le ulteriori prestazioni da erogare.
5. Il Distretto di competenza garantisce il monitoraggio delle prestazioni domiciliari necessarie che devono essere erogate.
6. Ai medici che assumono la presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da SLA è corrisposto un compenso di € 100,00 al mese a paziente, comprensivo di due accessi mensili e della disponibilità telefonica.

ART. 21- PRESA IN CARICO DI PAZIENTI TERMINALI

1. Il MAPs in qualità di responsabile della presa in carico del paziente gestisce i programmi di assistenza domiciliare ai pazienti terminali. Partecipa, pertanto, ad un percorso di formazione specifica.
2. Nell'ambito del Comitato Aziendale viene definito il programma formativo di cui al comma precedente da attivarsi entro sei mesi dalla pubblicazione del presente accordo.
3. Il MAPs per assicurare il percorso assistenziale si avvale della COT.

4. L'Azienda entro un anno dalla pubblicazione del presente accordo presenta un piano aziendale, condiviso dal Comitato Aziendale, che individua personale e strutture necessarie alla costituzione della rete assistenziale.
5. Nelle more dell'adozione del piano aziendale i MAPs assicurano la propria opera professionale attivando l'assistenza domiciliare ivi compresa l'ADT con modalità che prevedono anche una elevata intensità assistenziale.

ART. 22 - ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA TEMPORANEA (ADPv e ADPec)

1. Per i pazienti in condizioni di fragilità clinica e/o sociale che nel corso delle campagne vaccinali necessitano della somministrazione a domicilio, il MAPs attiva l'assistenza domiciliare equivalente per CIA all'ADP con le modalità previste ai commi successivi. Per definizione tale forma di assistenza è denominata Assistenza Domiciliare Programmata Vaccinale (d'ora in poi ADPv). La durata dell'assistenza è di 90 giorni.
2. Entro il 30 settembre di ciascun anno e comunque sino al termine della campagna vaccinale i MAPs attivano, utilizzando il fac simile di cui all'allegato 7 del presente accordo, l'ADPv con le modalità di cui al comma 2 dell'art. 19 del presente accordo, per i pazienti non arruolati in alcuna forma di assistenza domiciliare di età >= a 65 anni, non deambulabili o che per situazioni di momentanea fragilità clinica e/o sociale sono da vaccinarsi a domicilio. L'assistenza domiciliare coincide con il periodo della campagna vaccinale. La stessa procedura si attiva per campagne vaccinali straordinarie nell'arco dell'anno definite da specifiche indicazioni ministeriali e/o regionali. Il medico garantisce il numero di accessi necessari alla somministrazione del/i vaccino/i.
3. Entro il 31 maggio di ciascun anno e comunque sino al termine del periodo di Emergenza Calore i MAPs attivano, utilizzando il fac simile di cui all'allegato 7 del presente accordo, l'Assistenza Domiciliare Programmata emergenza calore (ADPec) con le modalità di cui al comma 2, all'art. 19 del presente accordo. Tanto al fine di ridurre i rischi correlati, per i pazienti di età >= a 65 anni non deambulabili e/o in condizioni di fragilità clinica e/o sociale.
4. L'assistenza domiciliare legata all'emergenza calore, salvo diverse indicazioni impartite dalla protezione civile regionale, deve intendersi convenzionalmente corrispondente al periodo dal 1° giugno al 30 settembre di ciascun anno.
5. I medici di assistenza primaria a ciclo di scelta per tutto il periodo di cui al comma 4, al fine di prevenire eventuali condizioni di rischio legate alle ondate di calore e verificare un'adeguata assunzione di liquidi, normale idratazione,

regolare assunzione della terapia, adeguata ventilazione degli ambienti di vita, adeguato supporto sociale, devono, anche attraverso il proprio personale:

a. contattare telefonicamente, o anche attraverso sistemi di telemedicina, i pazienti arruolati, almeno 1 volta a settimana;

b. annotare sulla scheda sanitaria informatizzata individuale i contenuti di cui al punto precedente.

6. Per ogni paziente arruolato in ADPec è dovuto un compenso forfettario di € 30,00/mese per tutta la durata del periodo.

7. Per l'ADPv e ADPec il compenso per ogni accesso è pari a € 26,46. Nell'ambito del processo di presa in carico durante il periodo di emergenza calore il medico effettua almeno un accesso mensile. Per tali forme non si applica Il limite previsto dalla lettera C comma 2 art. 47 dell'ACN. Ai pazienti ospitati in RSA/residenza protetta si applicano le norme previste dal presente comma.

8. Nel caso di condizioni cliniche che necessitano di una maggiore intensità assistenziale il medico attiva l'ADT che comporta la conseguente applicazione della normativa di riferimento.

ART. 23 – DIRITTO DI SCIOPERO

1. I MAPs che partecipano allo sciopero, nel rispetto dell'art. 18 dell'ACN e attenendosi ai criteri previsti dall'Allegato 4 all'ACN medesimo, hanno l'obbligo di effettuare l'assistenza domiciliare così come prevista dagli artt. 19, 20, 21 e 22 del presente accordo, oltre le visite domiciliari non procrastinabili, in coerenza con l'art. 2, comma 2 lett. a), del suddetto Allegato 4. Tali prestazioni sono gratuite per gli utenti.

2. Al medico che aderisce allo sciopero, la ASL di appartenenza, per quanto sopra, effettuerà la trattenuta, entro 90 gg successivi al termine dello sciopero medesimo, del 60% del trattamento economico di cui all'art. 47 dell'ACN, diviso in trentesimi, relativo all'intero periodo di astensione (cfr. art. 4 Allegato 4 all'ACN). Nel computo della determinazione dell'imponibile su cui operare la trattenuta vanno scorporate le prestazioni erogate di cui agli artt. 19, 20, 21 e 22 del presente accordo.

ART. 24 - FORMAZIONE

1. La Regione Puglia riconosce che la formazione professionale in medicina generale, universitaria e continua, consente e attua la crescita culturale e professionale del medico di medicina generale, condizione fondamentale per garantire i livelli essenziali di assistenza e tutti i compiti previsti dagli atti programmatori regionali e aziendali.
2. Pertanto, la Regione Puglia promuove ogni iniziativa utile alla formazione del medico di medicina generale, anche congiuntamente con altre figure professionali dell'area sanitaria, nei seguenti settori:

   a) insegnamento universitario di base e tirocinio pratico valutativo previsti dal piano di studio dei corsi di laurea in medicina e chirurgia e delle scuole di specializzazione;

   b) formazione specifica in Medicina Generale;

   c) aggiornamento continuo;

   d) ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione;

   e) prevenzione e della promozione della salute sulla base degli obiettivi nazionali e regionali.

3. La Regione Puglia in coerenza con l'ACN, assicura l'attività formativa e di ricerca dei medici di medicina generale secondo i seguenti modelli:

   a) Area universitaria: convenzioni con le Università per l'insegnamento universitario di base pre-laurea, tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica e l'attività tutoriale di cui al D.Lgs. 368/99 e s.m.i. per quanto riguarda i corsi di specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie e nelle altre specialità universitarie, laddove sia prevista dai rispettivi ordinamenti didattici. Le convenzioni dovranno riconoscere il ruolo di docenza, ricerca e di tutori dei mmg da svolgere anche nei rispettivi ambulatori. A tal fine i programmi formativi, i criteri per la scelta dei docenti, ricercatori e dei tutor devono essere concordati in seno al Comitato Regionale. La presenza degli Ordini Professionali assicura il rispetto delle norme deontologiche ed etiche nei rapporti tra discente e docente, nonché di garanzia verso gli utenti. Nel rispetto di quanto sopra, le convenzioni stabiliscono le modalità operative per il conseguimento degli obiettivi e la remunerazione dei medici di medicina generale di cui al presente accordo. Lo svolgimento delle attività tutoriali previste viene disciplinato dalla convenzione da sottoscriversi tra l'Ordine dei Medici, le

Università e la Regione. Sono fatte salve tutte le convenzioni già in essere alla data di pubblicazione del presente accordo.

b) Per quanto attiene la formazione specifica in Medicina Generale, e la ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione, sarà cura del Comitato Regionale proporre una specifica regolamentazione entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente accordo.

c) Per la formazione continua ciascuna Azienda adotta in seno al Comitato di cui all'art. 12 dell'ACN il Piano Formativo Aziendale (PFA).

d) In ogni ASL è costituita una commissione mista paritetica nominata dal Comitato di cui all'art. 12 dell'ACN, composta da almeno 4 e massimo 8 membri di cui la metà siano animatori di formazione (iscritti all'albo regionale) che operano nell'ambito aziendale. Compiti di tale commissione sono:

I. proporre al Comitato Aziendale il PFA in coerenza con l'art. 26 dell'ACN;

II. approvare il programma scientifico e organizzativo dei corsi su proposta degli animatori di formazione;

III. definire le risorse economiche necessarie alla copertura di tutti i costi relativi alla attività formativa (progettazione e realizzazione dei pacchetti formativi, materiale didattico, utilizzo di aule didattiche ed attrezzature audiovisive, compenso per gli animatori e i docenti di contenuto, ogni altro bene o servizio necessario per l'ottimale svolgimento del programma formativo).

4. In relazione al debito formativo annuale dei medici l'attività formativa aziendale e/o regionale deve essere coerente al comma 6 dell'art. 26 dell'ACN. Tale attività formativa deve essere configurata secondo la tipologia del "Progetto formativo aziendale" prevista dalla commissione nazionale ECM e deve, quindi, essere accreditata.

5. Al fine di garantire il carattere formativo dei corsi, finalizzato al miglioramento della pratica professionale dei MMG e alla integrazione tra medicina generale e medicina specialistica, i corsi devono:

a) essere organizzati dalle ASL e dagli animatori di formazione secondo la metodologia didattica dell'apprendimento per obiettivi e della didattica interattiva e prevedere, di norma, un numero di partecipanti non superiore a 40;

b) prevedere la partecipazione di almeno un animatore di formazione per ogni corso;

c) utilizzare, nel ruolo di docente di contenuto, di norma operatori sanitari che svolgono la loro attività nell'ambito della ASL, preferenzialmente nello stesso distretto in cui il corso viene attivato.

6. Agli Animatori, iscritti regolarmente all'Albo Regionale (aggiornato a cura del Comitato Regionale nei mesi di marzo e settembre di ogni anno) ed ai docenti dei corsi di formazione è corrisposto a cura dell'Azienda di appartenenza, oltre alle spese di viaggio effettivamente documentate, ad 1/5 del prezzo di un litro di benzina per KM di percorrenza per l'uso del mezzo proprio ed alle spese per le sostituzioni avvenute, un compenso pari a quanto previsto dal DM Sanità 1/2/2000, in quanto compatibile. Per quanto riguarda invece le spese inerenti alla progettazione dei pacchetti formativi, queste verranno definite in seno alla commissione paritetica aziendale di cui al precedente comma 3.
7. I corsi di cui ai commi precedenti sono a carico del S.S.N.. Entro il 30 settembre di ogni anno la commissione di cui al comma 3 approva il PFA e il relativo budget finanziario. La ASL entro il 31 ottobre recepisce e finanzia il piano formativo destinando per la formazione dei medici di medicina generale un fondo determinato secondo gli stessi criteri previsti per la dirigenza medica del SSN.
8. I corsi di formazione residenziale si svolgono il sabato e le Aziende garantiscono la sostituzione dei medici del territorio interessato dalla formazione con l'attivazione dell'attività oraria dalle 8,00.
9. L'attività di animatore non comporta riduzione del massimale individuale.
10. Tutte le attività relative all'appropriatezza previste dal presente AIR o dall'ACN costituiscono attività di audit e possono essere accreditate e riconosciute ai fine dell'assolvimento dell'obbligo formativo.

ART. 25 - TUTORS

1. Ai MAPs che svolgono attività tutoriale per la Formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni, è riconosciuto un compenso forfetario aggiuntivo di € 2.066,00 per semestre e per ogni singolo tirocinante.
2. Ai MAPs che svolgono attività tutoriale per la Formazione specialistica in medicina della Comunità e delle Cure Primarie di cui al D.Lgs. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni, è riconosciuto un compenso forfetario aggiuntivo di € 2.066,00 per semestre. Qualora il periodo di tutoraggio risulti inferiore al semestre, il compenso di cui sopra dev'essere rapportato proporzionalmente al periodo di formazione effettivamente svolto.

L'applicazione del presente comma è subordinata alla formale sottoscrizione di un Protocollo d'Intesa tra la Regione, le Università e gli Ordini dei Medici.

ART. 26 – ZONE DISAGIATE E DISAGIATISSIME

1. L'ACN 04.04.2024 regolamenta il ruolo unico per i medici di assistenza primaria, chiamati ad operare in un nuovo modello organizzativo, riconducibile alle AFT, che opereranno secondo i nuovi modelli erogativi previsti nel presente accordo integrativo. Per l'effetto, si stabilisce che dal 1° giorno del mese successivo alla data di pubblicazione del presente accordo, tutte le indennità già riconosciute ai sensi dell'art. 22 (Zone disagiate e disagiatissime) dell'Accordo Integrativo Regionale di cui alla DGR n. 2289/2007 e s.m.i. cessano la loro applicazione nei confronti dei MAPs. In considerazione della conformazione orografica del territorio e al fine di garantire la copertura assistenziale in zone carenti che risultano andare sistematicamente deserte, quanto sopra non si applica nei confronti dell'Assistenza Primaria a ciclo di scelta, ad attività oraria e del SEU 118 per quanto attiene al territorio delle Isole Tremiti, nonché per quanto attiene ai territori del Subappennino Dauno e del Gargano già riconosciuti come zone disagiate alla data di pubblicazione del presente AIR, in attesa di definire i criteri che formeranno oggetto di successiva integrazione al presente accordo.
2. Per lo svolgimento dell'attività convenzionata nei comuni in cui opera un solo MAPs che non raggiunge un numero di assistiti pari a 1000 scelte, è riconosciuto un compenso aggiuntivo mensile pari a € 850,00, a condizione di garantire un impegno orario di studio equivalente all'attività di MMG a ciclo di scelta massimalista e cioè 18 ore settimanali. Tale compenso, svincolato dal numero degli assistiti, è riconosciuto anche al MAPs che opera, in qualità di unico medico, nei comuni di riferimento aggregati, a condizione che risultino attivati almeno 2 studi convenzionati nei quali dovrà essere garantito un impegno orario pari a n. 18 ore settimanali.
3. Per lo svolgimento dell'attività convenzionata di MAPs in un ambito territoriale che comprende più di due comuni ed in presenza di un unico medico che non raggiunge un numero di scelte uguale al rapporto ottimale, allo stesso è riconosciuto un compenso aggiuntivo mensile pari a € 1.000,00. Il medico in questione dovrà garantire un impegno orario di studio per 5 gg. settimanali e per almeno 18 ore settimanali.
4. Il diritto ai compensi di cui ai commi 2 e 3 è subordinato alla presenza di risorse disponibili da bilancio autonomo regionale, nonché ad autorizzazione da

disporsi con determinazione del Dirigente della Sezione regionale Strategie e Governo dell'Offerta, previo parere non vincolante della Delegazione trattante regionale.

5. Con riferimento alle Isole Tremiti, in caso di necessità per carenza di assistenza pediatrica rilevata dall'Azienda, il MAPs potrà acquisire scelte nella fascia 0–6 anni, previa autorizzazione da disporsi con determinazione del Dirigente della Sezione regionale Strategie e Governo dell'Offerta, su richiesta della ASL. A tale riguardo la ASL potrà attivare percorsi formativi dedicati.
6. I compensi e le indennità di cui al presente articolo non sono cumulabili tra loro.

ART. 27- ATTRIBUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E BUDGET ETICO

1. La spesa farmaceutica che deve essere attribuita al MAPs è quella derivante esclusivamente dalle proprie prescrizioni o da quelle del proprio sostituto.
2. La prescrizione di farmaci con Piano Terapeutico è scorporata in sede di verifica dalla spesa imputata al singolo MMG.
3. Per la valutazione della spesa si deve tener conto della spesa globale della AFT e del modello erogativo dei MAPs e dei pazienti in carico a ciascun medico secondo specifici accordi da definire in seno ai comitati aziendali.
4. A cura del Comitato ex art. 12 dell'ACN vengono definite le condizioni per il riconoscimento della spesa indotta.
5. I livelli di spesa programmati (L.S.P.) sono obiettivi economici di riferimento, finalizzati a perseguire l'appropriatezza dell'uso delle risorse disponibili nell'ambito di programmi di attività, aziendali e/o distrettuali, basati su progetti clinici e gestionali condivisi e concordati a livello del comitato regionale di cui all'art. 11 dell'ACN.
6. Il rispetto dei livelli di spesa programmati non deve in alcun modo comportare una mancata o insufficiente risposta alle istanze di salute da parte del cittadino. Le risorse destinate a ciascun livello assistenziale costituiscono un "budget etico" in quanto commisurato ai bisogni e finalizzato alla riduzione della inappropriatezza delle prestazioni.
7. Nell'ambito della definizione ed applicazione dei progetti di budget etico per il controllo della appropriatezza delle prestazioni e della spesa devono essere individuati processi formativi diretti ai medici e percorsi informativi di educazione sanitaria della popolazione assistita.

8. A livello aziendale, nel rispetto delle linee generali individuate a livello regionale, possono essere definiti accordi concernenti il rispetto dei livelli di spesa programmati da parte dei medici di MAPs che operano nell'ambito dell'AFT.
9. Per l'attuazione del progetto di budget etico è requisito indispensabile il sistema di rilevamento dati che consenta ai medici aderenti di conoscere il proprio andamento prescrittivo, scorporato dalla spesa indotta e riferito, ove pertinente, alla pesatura degli assistiti per sesso, età e patologie.
10. Gli accordi, nella loro declinazione analitica, dovranno tenere conto:
    a) della spesa storica corrispondente;
    b) dell'analisi epidemiologica della popolazione di riferimento, con particolare riguardo alla pesatura degli assistiti oltre che sulla base dei criteri utilizzati in sede regionale per il riparto del Fondo Sanitario Regionale anche sulla base del carico assistenziale derivante dalle patologie croniche;
    c) dell'analisi delle condizioni socio-geo-morfologiche del territorio;
    d) della disponibilità di beni e servizi necessari allo sviluppo del progetto con particolare riferimento al finanziamento dei costi per l'impostazione ed adesione ai processi formativi;
    e) di un adeguato scaglionamento degli obiettivi intermedi nel percorso di avvicinamento all'obiettivo finale;
    f) della distinzione delle spese direttamente indotte da MAPs e quelle indotte da altri professionisti, anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero;
    g) dell'effetto derivante da incrementi di costi indipendenti dalle decisioni dei medici (aumento del costo dei farmaci, introduzione di nuove tecnologie il cui uso appropriato sia opportuno);
    h) dell'impatto sulla prescrizione dei MAPs del mancato adeguamento da parte delle aziende alla dispensazione diretta dei farmaci in coerenza con la normativa nazionale e regionale;
    i) di ulteriori elementi eventualmente stabiliti in sede aziendale.

28 – RAPPORTO OTTIMALE E INCARICHI A RUOLO UNICO

1. L'ambito territoriale di iscrizione del medico, di cui all'art. 32, comma 5 dell'ACN vigente, nella regione Puglia è il comune (legge regionale 40/2008), fatto salvo quanto determinato da ciascuna ASL in coerenza con la DGR 2289/07 per i comuni con popolazione residente inferiore a 7.000 abitanti.
2. In attesa del completamento della programmazione regionale relativamente alla determinazione del fabbisogno orario e alle modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali in coerenza con il DM n. 77/2022, si concorda di "attribuire" territorialmente le attuali sedi di continuità assistenziale a ciascuna AFT.
3. Per i comuni della regione nelle quali sono presenti più AFT il comma precedente vale per tutte le AFT presenti nel comune.
4. Per la sola annualità 2025, nelle more dalla determinazione degli atti di programmazione di cui al precedente comma 2, che determineranno anche la riorganizzazione dell'attività oraria e il fabbisogno definitivo di medici a ruolo unico, il rapporto ottimale nella regione è di 1 medico ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300 superiore al 50%.
5. Con determinazione del Dirigente della competente Sezione regionale viene regolamentata, annualmente, la procedura di rilevazione aziendale degli ambiti carenti, da concludersi entro il termine di cui all'art. 34 comma 1 dell'ACN. Con la medesima determinazione viene approvato l'avviso pubblico per l'espletamento delle procedure di cui all'art. 31 comma 3 e 32 commi 8 e 9 dell'ACN 04.04.2024.

ART. 29 - CONTRIBUZIONE ENPAM

1. Tutti i compensi e le indennità del presente accordo sono assoggettati a contribuzione ENPAM con le modalità previste dall'ACN vigente.

ART. 30 - CABINA DI MONITORAGGIO REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE

1. Entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente accordo è istituita a livello regionale la Cabina di Monitoraggio Regionale (d'ora in poi CMR).
2. La CMR è istituita con Determina Dirigenziale ed è composta dal Direttore del Dipartimento, e da tre esperti, di parte pubblica, in materia contrattuale, dal

Referente Regionale delle Cure Primarie, e da tre esperti, in materia contrattuale, indicati dalla delegazione trattante regionale.

3. La CMR ha il compito di monitorare l'applicazione dell'A.I.R. rispetto all'utilizzo delle risorse per lo sviluppo degli istituti contrattuali e degli obiettivi assegnati alle AFT della medicina generale.
4. Le attività di segreteria alla CMR vengono assicurate dal competente Servizio dell'Assessorato Regionale per la Promozione della Salute e del Benessere Animale.

ART. 31 – ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE AZIENDE SANITARIE

1. Le Aziende Sanitarie Locali devono attivare un'attività di controllo periodico della spesa sanitaria, anche attraverso i Distretti Socio Sanitari. E' responsabilità delle ASL il caricamento dei dati nel Sistema Informativo Regionale e la verifica delle singole posizioni creditorie di ciascun Medico di Medicina Generale
2. E' fatto obbligo alle Aziende Sanitarie Locali, anche per il tramite del Distretto Socio Sanitario, verificare puntualmente l'erogazione delle prestazioni in regime domiciliare ed il rispetto del limite di spesa assegnato nonché il corretto funzionamento delle AFT secondo quanto previsto dal modello organizzativo delineato dal presente accordo.
3. E' fatto obbligo alle Aziende Sanitarie Locali fornire ai cittadini, adeguata informazione e comunicazione in merito ai servizi resi nonché agli orari di apertura degli studi e delle sedi afferenti a ciascuna AFT.
4. Le aziende Sanitarie devono trasmettere entro il 15 del mese successivo a ciascun trimestre, una relazione dettagliata in merito all'andamento della spesa nonché alle attività rese.

ART. 32 – DURATA E COPERTURA FINANZIARIA DEL PRESENTE ACCORDO

1. Il presente Accordo ha durata per gli anni 2025 e 2026 e per un importo complessivo annuale pari ad € 83.260.588,35, quale limite massimo di spesa, giusta deliberazione di Giunta regionale n. 371 del 26.03.2025, attraverso l'utilizzo di:

   a) stanziamento da bilancio autonomo, per un importo pari ad € 26.591.810,10, come da stanziamenti ex Legge regionale n. 43/2024, oltre ad eventuali residui;

   b) stanziamento nell'ambito del PNRR e riconducibili al sub-investimento M6 C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)";

   c) stanziamento, in coerenza con l'impostazione del nuovo A.C.N. 04.04.2024 e delle norme nazionali da esso richiamate, di quota parte delle risorse messe a disposizione dall'art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, ripartite dal D.M. Salute 23 dicembre 2022 e dal D.M. Salute 25 settembre 2024, da utilizzare, ai sensi dell'art. 47 comma 3 lett. c) del citato A.C.N., al fine di remunerare un impegno orario dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per le attività previste dal PNRR e dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77 all'interno delle Case della Comunità hub e spoke, ovvero, nelle more della effettiva operatività di queste ultime, all'interno dei Presidi Territoriali Assistenziali (P.T.A.) o comunque all'interno delle sedi di riferimento delle A.F.T, in sostituzione delle indennità fisse corrisposte per la partecipazione al nuovo modello organizzativo.

2. Ai sensi del punto 6) della D.G.R. n. 371 del 26.03.2025 è definito un limite di spesa programmata per le prestazioni relative alle cure domiciliari, nei limiti della spesa sostenuta nell'anno 2024, pari ad € 12.000.000,00 da finanziare con le risorse PNRR e riconducibili al sub-investimento M6 C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)", salvo ulteriori disposizioni in materia da condividere al Tavolo della delegazione trattante per l'aggiornamento dell'A.IR. al contenuto dell'A.C.N. 04.04.2024

3. Con determinazione dirigenziale della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta si provvede alla ripartizione dello stanziamento per Azienda Sanitaria Locale, anche con riferimento al limite di spesa da assegnare per le prestazioni domiciliari. Resta inteso che le voci di costo potranno subire variazioni a seguito di disposizioni nazionali in materia.

4. Il presente Accordo è trasmesso ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF), ai sensi dell'art. 2, comma 80 della Legge 23 dicembre 2009, n. 191.

5. La copertura finanziaria per gli anni 2025 e 2026 è di seguito riportata:

STIMA SPESA AIR PER ANNO (2025 E 2026)			
VOCI DI COSTO	**AIR VIGENTE**	**OVO AIR (2025 -20**	**TOTALE**
COMPENSO ASSOCIAZIONISMO	14.010.096,53 €	24.364.579,85 €	**38.374.676,38 €**
VARI COSTI AIR	1.449.029,87 €		**1.449.029,87 €**
INFERMIERE	7.778.470,11 €		**7.778.470,11 €**
COLLABORATORE DI STUDIO	8.227.907,86 €	8.699.558,40 €	**16.927.466,26 €**
INDENNITA' INFORMATICA	2.615.393,31 €	2.379.917,71 €	**4.995.311,02 €**
INDENNITA' DI COMPLESSITA'	1.671.955,82 €		**1.671.955,82 €**
TOTALE	**35.752.853,50 €**	**35.444.055,96 €**	**71.196.909,46 €**
LIMITE DI SPESA ASSISTENZA DOMICILIARE			**12.000.000 €**
TOTALE COSTI REGIONE PUGLIA	**35.752.853,50 €**	**35.444.055,96 €**	**83.196.909,46 €**

VOCI DI COSTO	TOTALE
COMPENSO ASSOCIAZIONISMO	**38.374.676,38 €**
VARI COSTI AIR	**1.449.029,87 €**
INFERMIERE	**7.778.470,11 €**
COLLABORATOR DI STUDIO	**16.927.466,26 €**
INDENNITA' INFORMATICA	**4.995.311,02 €**
INDENNITA' DI COMPLESSITA'	**1.671.955,82 €**
TOTALE	**71.196.909,46 €**

COPERTURA FINANZIARIA				
FSN	BILANCIO AUTONOMO	PNRR	ART 47 ACN	TOTALE
3.202.899,00 €	25.142.780,23 €		10.028.997,15 €	
	1.449.029,87 €			
		7.778.470,11 €		
		16.927.466,26 €		
		4.995.311,02 €		
		1.671.955,82 €		
3.202.899,00 €	26.591.810,10 €	31.373.203,21 €	10.028.997,15 €	71.196.909,46 €

L'utilizzo della quota di finanziamento di cui all'art. 47 comma 3 lett. C) dell'ACN 04.04.2024 (€ 9.891.809) è subordinato al rispetto di quanto disposto dalla medesima norma.

L'applicazione del presente Accordo è subordinata alla sussistenza della copertura finanziaria di cui al presente articolo.

NORMA FINALE

1. I MAPs iscritti nell'elenco dei comuni comprendenti più municipi possono entro il 31 gennaio di ogni anno chiedere la mobilità dello studio principale, purché lo stesso non sia soggetto ad un vincolo per una determinata zona del municipio. La domanda è accolta se nel municipio richiesto è rilevata una zona carente. La carenza lasciata libera dalla mobilità dello studio principale è pubblicata al posto di quella oggetto della mobilità. In caso di più domande per lo stesso municipio valgono nell'ordine l'anzianità di incarico, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. Il MAPs a seguito della mobilità si trasferisce nella nuova AFT in base alla collocazione dello studio principale. L'assegnazione dell'incarico ai sensi della presente norma viene effettuata in subordine rispetto alle procedure di cui agli artt. 31 comma 3 e 32 commi 8 e 9 dell'ACN 04.04.2024, nonché prima dell'espletamento delle procedure di cui agli artt. 33 e 34 dell'ACN medesimo.
2. Entro 60 giorni dalla firma del presente accordo la delegazione trattante regionale adotta le linee guida per l'interazione delle COT con i medici di assistenza primaria.
3. Le nomine relative agli incarichi previsti all'interno degli organismi di rappresentanza di cui al presente accordo non sono cumulabili, fatta eccezione per l'incarico di RDAFT con quello di Referente AFT. In caso di cumulo di incarichi, con decorrenza dalla data di nomina, il MAPs avente titolo decade dal primo incarico incompatibile.
4. Gli accordi regionali e/o aziendali individuano le modalità di partecipazione e la definizione degli obiettivi dei medici e delle AFT a progetti ministeriali e/o regionali di prevenzione e/o di diagnosi precoce di patologie a particolare rilevanza pubblica.
5. Il presente accordo entra in vigore dal giorno successivo alla pubblicazione sul BURP della deliberazione di recepimento. Dal giorno successivo alla pubblicazione, tutte le disposizioni di cui alle deliberazioni di Giunta regionale incompatibili con il presente accordo sono da considerarsi abrogate.
6. Il presente accordo resterà in vigore, in regime di *prorogatio legis*, fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo Regionale per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, ferma restando la garanzia e la sussistenza della copertura finanziaria di cui all'art. 32.
7. La parte politica si impegna a garantire in ogni caso le coperture finanziarie necessarie all'applicazione dal presente accordo anche dopo il limite temporale indicato dall'art. 32, di cui alla DGR n. 371 del 26.03.2025.

ALLEGATO 1

1. Ai MAPs e ai medici di assistenza primaria ad attività oraria che eseguono le seguenti prestazioni nell'ambito delle attività domiciliari dell'ACN vigente e del presente accordo sono dovute i seguenti compensi:

a) partecipazione all'UVM	€ 40,00
b) Accesso ADI nei giorni feriali	€ 28,92
c) Accesso ADI nei giorni prefestivi e festivi	€ 35,00
d) Accesso ADI ai pazienti di cui ai progetti di assistenza ai terminali e SLA nei giorni feriali	€ 40,00
e) Accesso ADI ai pazienti di cui ai progetti di assistenza ai terminali e SLA nei giorni prefestivi e festivi	€ 50,00
f) medicazione o medicazione con courettage di ferita	€ 20,00
g) cateterismo vescicale nell'uomo	€ 20,00
h) cateterismo vescicale nella donna	€ 15,00
i) fleboclisi	€ 20,00
l) posizionamento di sondino naso-gastrico	€ 25,00
m) paracentesi	€ 25,00

2. I suddetti compensi sono cumulabili.
3. Tutti i compensi riportati nell'allegato sono assoggettati a contribuzione ENPAM.
4. Relativamente alle prestazioni effettuate dai medici di assistenza primaria a ciclo scelta le stesse devono essere inserite nel Piano Assistenziale Individuale e concordate con il distretto. Eventuali prestazioni non preventivate ritenute necessarie in base al quadro clinico devono essere registrate nella scheda sanitaria tenuta a domicilio e comunque comunicate al distretto per quanto di competenza.

ALLEGATO 2 - SCHEDA ADT

Dati assistito:

Cognome ..... **Nome** .....

Indirizzo ..... **Città** .....

C.F. ..... **Tel.** .....

Dati medico di famiglia:

Cognome ..... **Nome** .....

Indirizzo ..... **Città** .....

Diagnosi della patologia acuta:

.....

.....

Diagnosi concomitanti:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

Piano Assistenziale:

Terapia giornaliera:

- .....
- .....
- .....
- .....

Interventi assistenziali:

- .....
- .....

Prestazioni PIP:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Accessi del medico:

- .....

Data: .....

Firma del MMG

ALLEGATO 2 bis - SCHEDA ADT – parte II

Data	Diario Clinico	
.../.../...	.....	
	.....	
	.....	
	.....	Firma
		.....
.../.../...	.....	
	.....	
	.....	
	.....	Firma
		.....
.../.../...	.....	
	.....	
	.....	
	.....	Firma
		.....
.../.../...	.....	
	.....	
	.....	
	.....	Firma
		.....
.../.../...	.....	
	.....	
	.....	
	.....	Firma
		.....
.../.../...	.....	
	.....	
	.....	
	.....	Firma
		.....

ALLEGATO 2 ter – SCHEDA ADT - PPIP

Data	Tipo PPIP	Firma Medico
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....
.../.../...	.....	.....

ALLEGATO 3 - GOVERNO CLINICO

NOME AFT

INDICATORE DI PROCESSO IPERTENSIONE (ICD9 cod. dal 401.0 al 405.9 o cod. esenzione 031 o A31)

INDICATORE	Numero MMG	NUMERATORE COMPLESSIVO	DENOMINATORE COMPLESSIVO	%
% assistiti con patologia Ipertensione Arteriosa				
% Over 21 con misurazione pressione ultimi 2 anni				
% Ipertesi con misurazione pressione negli ultimi 6 mesi				
% ipertesi con misurazione creatininemia nel precedente anno				
% ipertesi con misurazione assetto lipidico nel precedente anno				
% ipertesi con abitudine al fumo registrata				

INDICATORE DI PROCESSO DIABETE MELLITO

(ICD9 cod. 250.XX o cod. esenzione 013)

INDICATORE	Numero MMG	NUMERATORE COMPLESSIVO	DENOMINATORE COMPLESSIVO	%
% assistiti con patologia Diabete Mellito				
% diabetici con dosaggio HbA1C nel precedente anno				
% diabetici sottoposti al dosaggio del colesterolo LDL nel precedente anno				
% diabetici sottoposti a vaccinazione antiinfluenzale nel precedente anno				
% diabetici con abitudine al fumo registrata				
% diabetici in terapia con statine				

ALLEGATO 4 - OBIETTIVI DI COPERTURA VACCINALE

ART. 1

1. Il report di cui all'art. 18, comma 6, del presente accordo deve avere il seguente set di dati:

COGNOME, NOME e C.F. MEDICO	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO

2. Il report di cui all'art. 18, comma 7, del presente accordo deve avere il seguente set di dati:

NOME AFT	COGNOME, NOME e C.F. MEDICO	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO RAGGIUNTO
NOME AFT	MEDICO 1	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO RAGGIUNTO
NOME AFT	MEDICO 2	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO RAGGIUNTO
NOME AFT	MEDICO N...	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO RAGGIUNTO
TOTALI AFT	NUMERO MEDICI		N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI DALL'AFT	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO ALL'AFT	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI DALL'AFT	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI DALL'AFT	TIPO DI OBIETTIVO RAGGIUNTO DALL'AFT

3. Il report di cui all'art. 18, comma 8, del presente accordo deve avere il seguente set di dati:

Distretto	AFT	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO
Numero del Distretto	NOME AFT	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO
Numero del Distretto	NOME AFT	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO
TOTALI DISTRETTO	N. AFT	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI DALLE AFT DEL DISTRETTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO ALLE AFT DEL DISTRETTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI DALLE AFT DEL DISTRETTO	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI DALLE AFT DEL DISTRETTO	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO DALLE AFT DEL DISTRETTO

NOME AFT	COGNOME, NOME e C.F. MEDICO	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO
AFT 1	MEDICO 1	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO
AFT 1	MEDICO 2	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO
AFT 1	MEDICO N...	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO
TOTALI AFT 1	N. MEDICI		N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI DALL'AFT 1	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO ALL'AFT 1	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI DALL'AFT 1	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI DALL'AFT 1	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO DALL'AFT 1

NOME AFT	COGNOME, NOME e C.F. MEDICO	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO
AFT N.	MEDICO 1	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO
AFT N.	MEDICO 2	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO
AFT N.	MEDICO N...	CODICE REGIONALE MEDICO	N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO
TOTALI AFT N.	N. MEDICI		N° TOTALE DI VACCINI FLU SOMMINISTRATI DALL'AFT N.	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI AL 31 AGOSTO ALL'AFT N.	N° PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI DALL'AFT N.	% PAZ. IN CARICO => 65 ANNI VACCINATI DALL'AFT N.	TIPO DI OBIETTIVO (STEP) RAGGIUNTO DALL'AFT N.

ART. 2

1. Le risorse destinate a finanziare a livello ASL l'obiettivo di copertura vaccinale antinfluenzale sono utilizzate, con le modalità descritte ai commi successivi, nel modo seguente:
   a. 60% per riconoscere l'obiettivo raggiunto da ciascun medico di assistenza primaria a scelta.
   b. 40% per riconoscere l'obiettivo di copertura vaccinale di ogni singola AFT.
2. Le risorse destinate all'obiettivo del singolo medico (lett. a.) sono divise per il numero totale di vaccini somministrati nella campagna vaccinale da tutti i medici di assistenza primaria della ASL ottenendo un moltiplicatore (X1).
3. Ai medici che hanno raggiunto il 60% dell'obiettivo di copertura vaccinale (obiettivo 1) spetta un compenso ottenuto moltiplicando il 40% del moltiplicatore (X1) di cui al precedente comma 2 per tutti i vaccini antinfluenzali somministrati dal medico.
4. Ai medici che hanno raggiunto il 65% dell'obiettivo di copertura vaccinale (obiettivo 2) spetta un compenso ottenuto moltiplicando il 70% del moltiplicatore (X1) di cui al precedente comma 2 per tutti i vaccini antinfluenzali somministrati dal medico.
5. Ai medici che hanno raggiunto il 75% dell'obiettivo di copertura vaccinale (obiettivo 3) spetta un compenso ottenuto moltiplicando il moltiplicatore (X1) di cui al precedente comma 2 per tutti i vaccini antinfluenzali somministrati dal medico.

6. Le risorse destinate all'obiettivo delle AFT (lett. b.) sono divise per il numero totale di vaccini somministrati nella campagna vaccinale da tutti i medici di assistenza primaria della ASL ottenendo un moltiplicatore (X2).
7. Ai medici appartenenti alle AFT che hanno raggiunto l'obiettivo del 60% di copertura vaccinale (obiettivo 1) spetta un compenso ottenuto moltiplicando il 40% del moltiplicatore (X2) di cui al precedente comma 6 per tutti i vaccini antinfluenzali somministrati da ciascun medico appartenente a quella AFT.
8. Al medici appartenenti alle AFT che hanno raggiunto l'obiettivo del 65% (obiettivo 2) di copertura vaccinale spetta un compenso ottenuto moltiplicando il 70% del moltiplicatore (X2) di cui al precedente comma 6 per tutti i vaccini antinfluenzali somministrati da ciascun medico appartenente a quella AFT.
9. Al medici appartenenti alle AFT che hanno raggiunto l'obiettivo del 75% (obiettivo 3) di copertura vaccinale spetta un compenso ottenuto moltiplicando il moltiplicatore (X2) di cui al precedente comma 6 per tutti i vaccini antinfluenzali somministrati da ciascun medico appartenente a quella AFT.

ALLEGATO 5 – PROPOSTA ATTIVAZIONE ADP/ADT

REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale Provinciale _____

DISTRETTO S.S. n._____

ASSISTENZA DOMICILIARE NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI

Tipologia di proposta di assistenza domiciliare: **ADP** |__| **ADT** |__|

Sede di valutazione _____ Data: |__|__|__|__|__|__|__|__|

Proposta motivata di intervento del medico di scelta Dott. _____

segnalazione del caso / iniziativa della domanda ☐01. Servizi Sociali ☐02. MMG/PLS ☐ 03.Ospedale ☐ 04.Utente/Familiare ☐ 05.Altro

nei confronti dell'assistito (indicare Cognome e Nome) _____ Tel. _____

data di nascita_____ codice fiscale __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Domicilio di assistenza (indicare indirizzo e Comune) _____

CRITERI DI AMMISSIBILITA'

- ☐ Impossibilità permanente a deambulare
- ☐ Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni
- ☐ Impossibilità per grave patologia che necessita di controlli ravvicinati sia in relazione alle condizioni socio-ambientale che al quadro clinico (insufficienza cardiaca in sato avanzato - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale - arteriopatia obliterante degli arti inferiori in sato avanzato - gravi arteriopatie degli arti inferiori con grave limitazione - cerebropatici, cerebrolesi, forme gravi - paraplegici e tetraplegici)

Ossigenoterapia (una sola risposta)

- ☐ Bisogno presente
- ☐ Bisogno Assente

Autonomia

- ☐ Autonomo
- ☐ Parzialmente dipendente
- ☐ Totalmente dipendente

PROGRAMMA PROPOSTO (ADT)

- ☐ Prestazioni di particolare impegno professionale _____
- ☐ Consulti specialistici _____
- ☐ Altro _____

NECESSITA' EVENTUALI SUPPORTI

- ☐ Assistenza infermieristica _____
- ☐ Interventi riabilitativi _____
- ☐ Altro _____

ATTENZIONE - i dati del presente riquadro sono coperti dal SEGRETO D'UFFICIO

Patologia prevalente che determina l'assistenza programmata _____

Concause e patologie correlate _____

Data__/__/_____ Timbro e codice regionale Medico proponente _____ Firma assistito e/o familiare per consenso _____

ACCESSI PROPOSTI	settimanali	quindicinali	mensili	altro (ADT)
	☐	☐	☐	☐

ACCESSI CONCORDATI	settimanali	quindicinali	mensili	altro (ADT)	Data dell'intesa	Firma del medico ASL	Data della scadenza
/	☐	☐	☐	☐	/____	_____	/__/_____
/	☐	☐	☐	☐	/____	_____	/__/_____
/	☐	☐	☐	☐	/____	_____	/__/_____

ALLEGATO 6 – PROPOSTA ATTIVAZIONE ADI

REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale Provinciale _____ DISTRETTO S.S. n._____

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

A) PROPOSTA DI: ATTIVAZIONE SI | | PROROGA SI | | N° Cartella

Sede di valutazione _____ Data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

PER IL PAZIENTE: Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Residenza: Comune _____ Quartiere _____

Domicilio assistenza _____ Tel. _____

codice fiscale _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /

B) COLLABORAZIONE DELLA FAMIGLIA CON L'EQUIPE DOMICILIARE previa consegna del "Regolamento ADI diritti e doveri della famiglia":

☐ AUTORIZZAZIONE: SI |_| NO |_| AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI A FINI STATISTICI (Legge sulla Privacy n* 675/'96)

Firma del familiare : _____

C) VALUTAZIONE DEL PAZIENTE *(DATI COPERTI DA SEGRTEO D'UFFICIO)*

DIAGNOSI D'INGRESSO (circostanziata e scritta in stampatello); **ICD9:** _____

D) GRADO DI DIS / ABILITA' DEL PAZIENTE:

☐ Totalmente non autosufficiente (allettato, incapace alla cura della casa e della persona)
☐ Gravemente non autosufficiente (difficoltà alla cura della persona, incapacità nella cura della casa e ad uscire)
☐ Parzialmente non autosufficiente (problemi della cura della casa, incapacità a compiere sforzi)
☐ Autosufficiente

E) RICOVERI OSPEDALIERI:

☐ 1. Nell'anno precedente: Extra ASL : SI | | NO | |
☐ 2. Nell'anno in corso, prima di questa richiesta ADI: Extra ASL : SI | | NO | |
☐ 3. Rischio attuale c/o Reparto di : _____

IL RESPONSABILE SANITARIO: (MMG / PLS) Timbro e firma _____

F) ESITO DELLA RICHIESTA:

☐ NON AMMESSA per il seguente motivo (SPECIFICARE SEMPRE) :
☐ AMMESSA E IN LISTA DI ATTESA
☐ SI AUTORIZZA L'ADI E SI DEFINISCE IL PIANO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO

Il Resp. Sanitario (MMG / PLS)	L'U.V.S Il M. Specialista	Il Servizio Sociale Del Comune	Il Resp. U.O. A del Distretto

Data di autorizzazione

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

ALLEGATO 7 – ATTIVAZIONE ADPv/ADPec

REGIONE PUGLIA – Azienda Sanitaria Locale Provinciale_____DISTRETTO S.S. n._____

ADPv □ ADPec □

Dott..... codice reg. .....

Paziente	Codice fiscale	Criteri di ammissibilità* (Indicare il numero)	Ossigenoterapia**	Autonomia***	Patologia prevalente	Concause e patologie correlate

Legenda:

***criteri di ammissibilità indicare uno dei seguenti criteri (INDICARE IL NUMERO CORRISPONDENTE):**

1) impossibilità permanente a deambulare;
2) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni;
3) impossibilità per grave patologia che necessita di controlli ravvicinati sia in relazione alle condizioni socio-ambientali che al quadro clinico.

****ossigenoterapia:** indicare SI o NO.

*****autonomia:** indicare se AUTONOMO, PARZIALMENTE DIPENDENTE, TOTALMENTE DIPENDENTE.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO