

AFT e..... dintorni



BACK TO SCHOOL

DPR 21 Ottobre 1996 n° 613

DPR 28 Luglio 2000 n° 272

ACN 15 Dicembre 2005

ACN 29 Luglio 2009

ACN 8 Luglio 2010

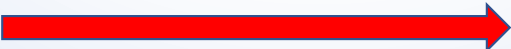




ACN 21 Luglio 2018

ACN 30 Ottobre 2020

ACN 28 Aprile 2022

ACN 25 Luglio 2024

Caratteristiche della medicina convenzionata anni 90:

Organizzazione iper-autonoma		anarchica
Assenza di confronto		individualismo
Assenza di «linee guida»		inappropriatezza
Lavoro solitario		assenza di interazione
No informatizzazione		assenza di dati

Le forme associative consentono:

- ***superamento dell'individualismo*** professionale fino alla condivisione degli obiettivi e dei valori, verso una ***condivisione*** di comportamenti professionali;
- ***confronto*** e condivisione di ***percorsi diagnostico-terapeutici***;
- maggiore ***continuità di assistenza*** ai cittadini;
- ampliamento delle ***attività del personale di studio e/o infermieristico*** per la gestione della cronicità e le iniziative sugli stili di vita;
- ampliamento della capacità di ***raccolta di dati omogenei*** e delle possibilità di ***collegamento informatico***;
- migliore rapporto con le ***Comunità***.

DPR 21-10-1996 n° 613 ART 50 (aree negoziabili a livello regionale) :
sperimentazione di forme associative per ulteriori prestazioni

Art. 53 : associazionismo medico

Art. 54 Pediatria di gruppo

DPR 28 Luglio 2000 n° 272

Art. 14 Ter : Le Regioni e le Aziende possono prevedere in via sperimentale l'Istituzione di **equipe territoriali** finalizzate alla realizzazione di **forme di integrazione professionale** idonee a collegare l'attività dei singoli operatori tra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali. (in attesa di una programmazione regionale del Distretto e della «predisposizione delle attività territoriali» collegate ad obiettivi di salute) (area pediatrica distrettuale con integrazione funzionale tra area Materno-infantile e attività Distrettuale)

Intervento:

Tutela salute infanzia-madre-famiglia

Tutela bambino affetto da patologia cronica

Tutela bambino con disabilità fisico/motoria

Infezioni HIV

Bambino con disagio socio familiare

Tutela bambino immigrato

Legge 27 dicembre 2002 n° 289 : Istituzione della SISAC

ACN 15 dicembre 2005 :

Art. 26 : Equipe territoriali e (UTAP sperimentale)

ART. 26 BIS : Aggregazione Funzionale Territoriale della Pediatria di Famiglia (entro 6 mesi le regioni individuano le aggregazioni funzionali con riferimento alle specificità locali)

ART. 26 TER : requisiti e funzioni minime delle Unità Complesse Cure Primarie

ACN 29 Luglio 2009 (quadriennio normativo 2006-2009)

Art. 26 Equipe territoriali e Utap

Art. 26 Bis Aggregazione Funzionale territoriale

Art. 26 Ter Requisiti Unità Complessa di cure primarie



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

**ASSISTENZA TERRITORIALE
TRAMITE LE CURE
PRIMARIE. LINEE DI
INDIRIZZO E OPERATIVE
DGR N. 41/2011 E
DGR 1666/2011**

DD.GG.RR. n. 41 e n. 1666 del 2011. Modalità attuative
OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE NEL TRIENNIO 2012, 2013, 2014:
ORGANIZZARE TUTTI I MMG IN MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA,
PER LA CONTINUITÀ DELLE CURE E DELL'ASSISTENZA

I Medici di Medicina Generale sono organizzati nel seguente modo:
Aggregazioni Funzionali Territoriali/coordinamento funzionale
Rete assistenziale orizzontale/coordinamento assistenziale
Coordinatore di AFT/coordinamento organizzativo
Team di MMG/coordinamento per l'erogazione di prestazioni aggiuntive, appropriatezza e progetti di salute pubblica, per H12.
<ul style="list-style-type: none">• Medicina di Gruppo integrata/UTAP (che saranno monitorate e riclassificate)
➤ con sede unica
➤ senza sede unica (per specificità territoriali)
Medico singolo, in associazione semplice e in rete da riconvertire nelle forme associative evolute.

Il processo di sviluppo pianificato della Medicina Generale comporta l'adozione di un provvedimento per definire l'informatizzazione degli studi medici e un altro per avviare la formazione del personale interessato.

Si riporta il dispositivo della DGR n. 1666 del 2011, che prevede:

1. di approvare il Documento ... che individua le modalità per il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata;
2. di costituire, dal 2012, un Fondo alimentato da risorse del capitolo 060009 o equivalente, del bilancio regionale degli esercizi di competenza, per finanziare il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata, di euro 20.705.427,00.=, assegnati negli anni: 2012: euro 6.901.809,00.= – 2013: euro 13.803.618,00.= – 2014: euro 20.705.427,00.=
3. di stabilire che l'attivazione delle singole Medicine di Gruppo Integrate dovrà essere espressamente autorizzata dalla Giunta Regionale e che le forme della medicina di gruppo senza sede unica saranno concesse per particolari condizioni organizzative e/o territoriali per un periodo non oltre il 31.12.2013;
4. di incaricare il Segretario Regionale per la Sanità di costituire un organismo tecnico con il compito di verificare le richieste aziendali per l'attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate, di fornire alla Giunta Regionale il proprio parere in merito, con particolare attenzione al governo clinico e alla sostenibilità economica conseguiti dalle forme associative in oggetto;
5. di affidare alla Commissione regionale per le Cure Primarie il compito di monitorare e verificare lo sviluppo delle Medicine di Gruppo Integrate e di predisporre annualmente una relazione alla Giunta Regionale;
6. di sottoporre il presente atto all'attenzione del Comitato regionale per la medicina generale per le valutazioni di competenza, in merito alla fase attuativa.

ADEMPIMENTI

La nuova organizzazione prevede:

- ⊙ un percorso di carriera e la definizione dei relativi carichi di lavoro sulla base della consistenza assistenziale. Individuando una medicina di gruppo evoluta e un'altra d'eccellenza, con la definizione dei rispettivi compiti,
- ⊙ il concetto di rete orizzontale e verticale per una migliore integrazione tra gli stessi medici convenzionati e verso i medici ospedalieri,
- ⊙ l'inserimento dei Mmg nelle Aggregazioni funzionali territoriali per aumentare le potenzialità del gruppo, ai fini di ripartire il peso assistenziale e qualificare l'assistenza primaria,
- ⊙ l'individuazione, tra i Mmg, di un coordinatore territoriale che possa interagire, direttamente, con il responsabile del Distretto,
- ⊙ lo sviluppo di un sistema informatico in grado di supportare le reti assistenziali orizzontale e verticale,
- ⊙ le risorse necessarie, con la costituzione di un apposito Fondo governato dalla Regione,
- ⊙ un modello per adesione e, quindi, non coercitivo. Il nuovo corso dell'assistenza primaria è, in questo momento, un'opportunità per i Mmg e un obiettivo della programmazione sanitaria da realizzare insieme passo dopo passo,
- ⊙ l'attivazione di un percorso di formazione che accompagni la crescita del sistema, soprattutto sul governo clinico e sull'integrazione con i colleghi ospedalieri,
- ⊙ la condivisione delle aree di appropriatezza: ospedalizzazione, farmaceutica e specialistica, come risultato consolidato del processo di rinnovamento in atto, adeguando il sistema dei Patti ad obiettivi di salute pubblica definiti negli atti di indirizzo regionale.

LA REGIONE DEVE:

- ◉ costituire la Commissione regionale cure primarie per la gestione del processo di sviluppo dell'Assistenza territoriale;
- ◉ attivare l'organismo tecnico che deve esprimere parere sui Piani aziendali per le cure primarie;
- ◉ coinvolgere il sistema aziendale nei processi di cambiamento;
- ◉ rafforzare la collaborazione con le OOSS di categoria, attraverso la costituzione dei comitati regionali (provvedimenti in corso);
- ◉ promuovere percorsi di formazione finalizzati alla rideterminazione dei ruoli e responsabilità del personale interessato;
- ◉ pianificare il riparto delle risorse sulla base delle fasi di attuazione degli indirizzi regionali;
- ◉ monitorare gli obiettivi predefiniti anche con il supporto del sistema informativo;
- ◉ fornire indicazioni per l'avvio della fase sperimentale (2012- 2013), e per le verifiche per la messa a regime del sistema (1.1.2014).

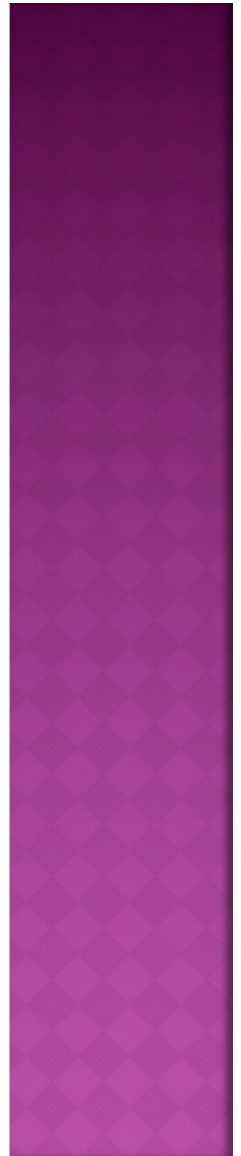


LE AZIENDE DEVONO:

1. pianificare le azioni necessarie allo sviluppo dell'assistenza primaria secondo lo standard regionale;
2. organizzare, con effetto 1° gennaio 2012, la riqualificazione dei MMG con il passaggio alle forme associative più evolute;
3. attivare il sistema informativo/co per supportare la rete orizzontale e verticale;
4. promuovere momenti di informazione nei confronti dei MMG;
5. programmare la nuova organizzazione dell'assistenza primaria mediante la formulazione del PIANO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA, da inviare alla Regione per l'approvazione e, conseguentemente, dare corso ad una fase operativa/sperimentale;
6. utilizzare, per tali fini, i fondi per lo sviluppo dell'assistenza primaria inseriti nel Riparto 2011.

I medici convenzionati devono:

- ⊙ formulare richieste per l'accesso alle tipologie della medicina di gruppo;
- ⊙ proporre modalità migliorative del sistema in atto, attraverso la sperimentazione di soluzioni organizzative in linea con gli indirizzi del presente documento.



TEMPI

- ◎ PRIMA FASE: convocazione Aziende sanitarie e OOSS per comunicazioni sulla nuova organizzazione assistenziale del Territorio;
- ◎ SECONDA FASE: presentazione alla Regione del Piano aziendale per il potenziamento dell'assistenza primaria e delle eventuali sperimentazioni di modelli attuativi degli indirizzi regionali;
- ◎ TERZA FASE: approvazione Piani aziendali e modelli sperimentali;
- ◎ Dal 01.01.2012: avvio delle AFT e delle Medicine di gruppo.



G. Franco B



Continuita Assistenziale:

Partecipa alle attivita' della AFT utilizzando 14 ore a settimana in attivita diurna, soprattutto con le MG integrate (ruolo unico della medicina generale)

-I medici di CA possono svolgere nella MGI attivita' finalizzate a copertura oraria H12 ed erogazione prestazioni aggiuntive.

-Es. piccola diagnostica

-Prenotazioni

-Prenotazioni specialistiche prioritaria B

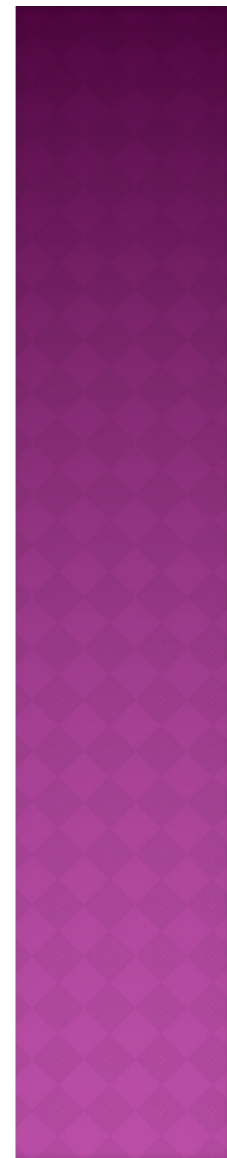
-Punto prelievi

-Prestazioni in base accordi aziendali di codici bianchi e verdi

I progetti sperimentali devono prendere in considerazione gli aspetti **più significativi** del sistema sanitario, fra cui:

- ⊙ il **governo** della domanda;
- ⊙ l'**efficienza**;
- ⊙ l'**appropriatezza** delle prestazioni mediche e chirurgiche;
- ⊙ la **qualità clinica**;
- ⊙ l'**efficacia assistenziale** delle patologie croniche;
- ⊙ l'**efficienza prescrittiva** farmaceutica;
- ⊙ l'**efficacia dell'assistenza** di prevenzione;

e, attraverso l'organizzazione della medicina di gruppo integrata, costituire un modello in grado di migliorare le relative performance, per un confronto comparativo con altre esperienze aziendali, sulla base degli indicatori stabiliti per gli obiettivi ai DDGG.



I nuovi Patti non comportano negoziazione economica aziendale, perché le quote A) e B) – euro 3,10 e euro 1,35 = euro 4,45 sono inserite nel trattamento economico complessivo del profilo professionale di appartenenza che prevede, anche, obiettivi di salute e l'individuazione delle modalità per conseguire il risultato predefinito, misurato in base a:

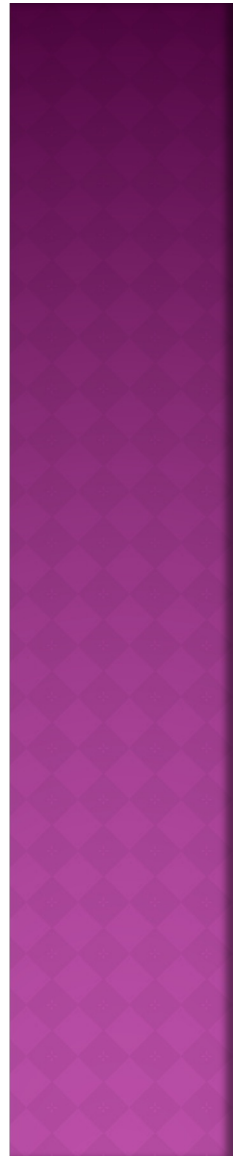
- indicatori di struttura, derivanti dalle rilevazioni periodiche sullo stato delle strutture fisiche e delle procedure;
- indicatori di processo, derivanti da misure o valutazioni effettuate in continuo sullo svolgimento delle attività;
- indicatori di esito che, nel caso della qualità del servizio, assumono la forma di indicatori di soddisfazione agli utenti, derivanti da valutazioni degli utenti raccolte con appositi strumenti.

Le aree tematiche individuate per lo sviluppo di progetti di appropriatezza sono:

- ◎ Area dei ricoveri ospedalieri
- ◎ Area delle prestazioni specialistiche
- ◎ Area della farmaceutica

I progetti di appropriatezza (Quota D) devono essere correlati agli obiettivi strategici aziendali esplicitati nel piano di attività dell'Azienda, sviluppato in relazione alla DGR 3140 del 14.12.2010 relativa all'assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali.

Obiettivi di salute: rientrano tra i compiti affidati dai relativi Progetti obiettivo (*ad esempio, Diabete*) alla Medicina generale. (Quota C dei Patti).



REGIONE DEL VENETO - AZIENDA ULSS N. _____
ASSISTENZA TERRITORIALE TRAMITE LE CURE PRIMARIE - DGR N. 41 DEL 18.1.2011
Scheda predisposta mediante Comitato Aziendale Medicina Generale

ORGANIZZAZIONE

Individuazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali: n.ro

Nomina del Medico Coordinatore: n. ro

Pianificazione dello sviluppo delle forme associative complesse

Le domande di autorizzazione della Medicina di Gruppo Integrata dovranno essere convalidate dagli Uffici regionali competenti

Tipologia forme	Tot. MAP		Tot Assistiti
	Conversione in gruppo		
	Quantità	Costi	
Singolo			
Associazione semplice			
Rete			

Tipologia forme	Tot. MAP				Tot Assistiti
	Prima	Dopo	Quantità	Costi	
Gruppo					
Gruppo Integrato					
UTAP aggregata					
UTAP integrata					

Coordinamento degli studi medici nelle forme associative evolute			
Elementi quantitativi	SI/NO	Strumenti	Modalità: descrizione
Contattabilità dalle ore 8.00 alle ore 20.00			
Accessibilità: 8 ore giornaliere			
Sistema Informativo			
Elementi qualitativi	SI/NO	Strumenti	Modalità: descrizione
Rete orizzontale			
Rete verticale			
Monitoraggio e verifica			
Elementi di sistema	SI/NO	Strumenti	Modalità: descrizione
Indicatori			
Reportistica			
Condivisone dei risultati	G. Franco Battaglini		

APPROPRIATEZZA

Definizione del sistema di appropriatezza in attuazione delle DGRV 3578 del 24 novembre 2009 e DGRV n 3140 del 14.12.2010, coerentemente alle linee di indirizzo e operative del presente documento. L'obiettivo dell'appropriatezza determinerà il livello di riconoscimento della quota D) secondo quanto disposto dalla DGRV n. 3578/09.

Le aree tematiche individuate per lo sviluppo dei progetti di appropriatezza sono:

Area dei ricoveri ospedalieri

Area delle prestazioni specialistiche

Area della farmaceutica

Area	Progetto: SI/NO	Strumenti	Risultati attesi
Area dei ricoveri ospedalieri			
Area delle prestazioni specialistiche			
Area della farmaceutica			

OBIETTIVI DI SALUTE

- A. Gli obiettivi di salute vanno ricondotti nell'ambito degli Atti di indirizzo regionali: Progetto Obiettivo nelle singole patologie di riferimento, ai fini di individuare il ruolo del MMG e i livelli di interazione tra le strutture territoriali e ospedaliere. Nell'ambito di tali progettualità vanno individuate le quote C) dei Patti. (Individuazione e descrizione)

Obiettivi di salute	
Individuazione	Descrizione

- B. Attività di implementazione degli elementi di sistema: **governo clinico, linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA)**, condivisi nell'ambito della rete assistenziale/informativa, nonché l'individuazione di indicatori misurabili di qualità clinica ed organizzativa, di accessibilità, di accoglienza e di appropriatezza economica

Elementi di sistema		
Individuazione	Specificazione	Descrizione

D.L. 158/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante più livello di tutela della salute.

Art. 1 : (riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle Aziende Sanitarie) *«collaborazione istituzionalizzata tra medici di cure primarie e interprofessionale»*

Le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali.....che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate **aggregazioni funzionali territoriali** che condividono , in forma strutturata , obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi , nonché forme organizzative multiprofessionali, (**UCCP**).....

Art. 2 : **Le AFT e UCCP** erogano l'assistenza primaria attraverso **personale convenzionato con il SSN.**

Le Regioni possono prevedere la presenza , presso le medesime strutture , di personale dipendente del SSN in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato della assistenza sia diverso dalla struttura di appartenenza.

Art. 3 Il personale convenzionato è composto dal MMG, PIS e specialista ambulatoriale. Per i medici di **MMG è istituito il ruolo unico.**

Art. 4 lettera b-bis :garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimanaadottando forme organizzative monoprofessionali (**AFT**) che condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione, della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, (**UCCP**) che **erogano** prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie.....

B-quater: definire compiti, le funzioni ed i criteri selezione del **referente di AFT**.....

m-ter:

Prevedere **l'adesione obbligatoria** dei medici all'assetto organizzativo ed al sistema informatico definiti da ciascuna Regione ecc.....

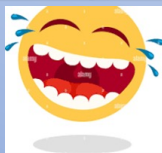
DGR n. 3494 del 2009 e n. 41 del 2011.

**Informatizzazione dell'Assistenza territoriale: Medicina generale
Modulo AFT**

**Intesa tra Regione Veneto e OOSS della medicina
convenzionata
31 Maggio 2013**

.....confermare il pagamento quota contrattuale per obblighi
derivanti dalla partecipazione alla AFT (1,54 € **)

**Entro 30 giorni dalla data del presente accordo saranno definite le AFT
per MMG, PIS e SAI**



ACN 8 Luglio 2010 (Biennio economico 2008-2009)

Art. 10 comma 1 Tabella B:

**** Aumento dal 1-1-2010 di € 1,54 (al netto degli oneri previdenziali) per i relativi accordi decentrati regionali**

ACN 28 Aprile 2022 (Triennio 2016-2018)

Art. 8 :Istituzione forme organizzative (AFT-UCCP)

Comma 2:

Le Regioni, **entro 6 mesi (30 ottobre 2022)** dall'entrata in vigore del presente accordo, *definiscono gli atti di programmazione volti ad istituire le forme organizzative (AFT-UCCP)*

Lettera C :realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP, anche tramite idonei sistemi informatici senza oneri a carico dei pediatri

Comma 3:

La attuazione di quanto previsto al comma 2 deve avvenire a seguito **di nuovi AIR** da perfezionarsi **entro 12 mesi** dalla definizione degli atti di programmazione di cui al comma 2. (**ottobre 2023**)

Art. 10: Coordinatore di UCCP

Art. 29 : Referente di AFT

ACN 25 Luglio 2024 (Triennio 2019-2021)

ART 2 : Campo di applicazione di durata dell'Accordo

Comma 2:

In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, il pediatra esercita un'attività libero-professionale contrattualizzata e regolamentata dall'ACN nel rispetto del modello organizzativo regionale per il perseguimento delle finalità del SSN

Comma 3:

L'assetto organizzativo è determinato dalla programmazione regionale nel rispetto della normativa vigente e del presente ACN

ACN 25 Luglio 2024 (Triennio 2019-2021)

ART 8 : Istituzione delle forme organizzative (AFT e UCCP)

- **1. Ai sensi della normativa vigente i pediatri di libera scelta operano all'interno del nuovo assetto definito dell'articolo 2, comma 3 del presente Accordo e aderiscono al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.**

Comma 2:

Le Regioni, definiscono gli atti di programmazione volti ad istituire le forme organizzative (AFT-UCCP) osservando i seguenti criteri generali:

- a) Istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
- b) Istituzione delle UCCP come forme organizzative multi professionali del Distretto tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure;
- c) Realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP, anche tramite idonei sistemi informatici senza oneri a carico dei pediatri

Comma 3:

*La attuazione di quanto previsto dal precedente comma è **determinata dagli AIR***

Notato differenze tra art.8 dell'ACN 28 aprile 2022 e art. 8 ACN 25 luglio 2024 ?

ART. 27 Libera Professione

Comma 1: Il PIS nel rispetto degli obblighi e delle funzioni previste dal presente Accordo, può svolgere attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio, dandone comunicazione all'Azienda, **purchè** lo svolgimento di tale attività **non rechi pregiudizio** al corretto e puntuale svolgimento dei **compiti convenzionali, ivi compresi quelli riferiti all'attività della AFT**

Art. 28 : Caratteristiche generali delle Aggregazioni Funzionali Territoriali

Comma1:

Le AFT di cui all'art. 1 del D.L. 13 settembre 2012 n° 158 convertito con modificazioni della L 8 Novembre 2012 n° 189.

Sono forme organizzative **monoprofessionali** che perseguono **obiettivi di salute** e attività definiti dalla azienda, secondo un modello –tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Condividono in forma strutturata **obiettivi e percorsi assistenziali**, strumenti di **valutazione della qualità assistenziale**, **linee guida**, **audit e strumenti analoghi**.

Comma 2:

.....Modello organizzativo che **non eroga** direttamente **assistenza sanitaria**, ma realizza le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei PIS che ne fanno parte.

Comma 3:

Garantisce l'assistenza pediatrica su un ambito territoriale, riferito alla popolazione 0-14 anni ,definito dall'Azienda per ogni Distretto in ragione del numero di PIS e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio.

(Garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30,000 ab, costituita da medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria.)

Comma 4:

Viene garantita la diffusione capillare degli studi anche se l'AFT può disporre di una sede di riferimento individuata dai PIS o proposta dall'Azienda.

Comma 6:

Le funzioni della AFT sono:

- a) Assicurare l'erogazione a tutti gli assistiti che afferiscono ad essa dei LEA
- b) Realizzare nel territorio del Distretto l'assistenza pediatrica nei giorni feriali nella fascia 8-20.(*) La Regione determina modalità per garantire il servizio tramite il coordinamento dell'apertura degli studi, ivi compresa la *consulenza telefonica limitatamente ad alcune ore della giornata*

a) Assicura l'erogazione a tutti i cittadini dei LEA-

b) Realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana

c) Garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta dematerializzata

(*) dalle 8-20 significa tra le 8-20

- C) Promuovere attività di **sostegno alla genitorialità**, diagnosi precoce e percorsi di **gestione delle patologie croniche**, anche coordinandosi con le AFT della MG;**
- d) Sviluppare la **medicina di iniziativa** anche al fine di promuovere corretti **stili di vita** presso la popolazione assistita;**
- e) Garantire la continuità della assistenza anche mediante l'uso della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico;**
- f) Concorrere alla realizzazione degli obiettivi previsti dalla programmazione regionale ed aziendale**
- g) Promuovere la **condivisione tra i PLS di percorsi assistenziali**, anche in coordinamento con le UCCP e con le AFT della MG e della specialistica ambulatoriale per la gestione delle patologie croniche**

Comma 7:

Le funzioni di cui sopra si realizzano , **secondo il modello organizzativo regionale**, in raccordo con la UCCP di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente.....

Comma 8:

I PIS,contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa, ed in particolare operano per

- a) Garantire presa in carico degli assistiti, in particolare quelli con patologia cronica di cui art.4 comma 1 lettera a)(Piano Nazionale della cronicità).....
- b) Contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo con il Distretto e le strutture territoriali di riferimento e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

Comma 9:

I PIS sono funzionalmente connessi tra di loro mediante struttura informatico telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti per la gestione dei dati sanitari. Al referente di AFT è consentita l'estrazione di dati di tali attività, in forma aggregata e anonima per la valutazione complessiva e la programmazione di percorsi assistenziali da garantire agli assistiti di riferimento della AFT.

Comma 10:

.....**La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli AIR, costituisce elemento per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei pediatri componenti della stessa AFT. (3,08 € + 3,17 € + 3,54 €)**

Comma 11:

Il funzionamento interno alla AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale sulla base della programmazione regionale, **definito nel comitato aziendale.**

ART. 12 Comitato Aziendale

Comma 10 lettera C: definire il regolamento previsto dall'art 28 comma 11, monitorare funzionamento delle AFT e delle UCCP

Art. 31 – Ruolo Unico del medico di assistenza primaria

Comma 2:

Il ruolo unico di assistenza primaria dei medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta o su base oraria.....Il presente accordo ne dà effettiva attuazione, con previsione di svolgimento a tempo pieno dell'attività convenzionale, a ciclo di scelta/o su base oraria, nell'ambito di AFT o nelle UCCP

ART. 43 – COMPITI DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

- **7. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria nello svolgimento dell'attività oraria fornisce prestazioni ambulatoriali e domiciliari, con riferimento alle attività dell'AFT e dell'UCCP, nell'ambito del coordinamento funzionale ed organizzativo del Distretto, al fine di contribuire alla continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata ed allo svolgimento di ulteriori attività in favore dei cittadini. Rientrano nei compiti ed obblighi del medico del ruolo unico di assistenza primaria **in attività oraria:****
- **a) l'erogazione di prestazioni assistenziali non differibili, in sede ambulatoriale o a domicilio, a tutta la popolazione, di ogni fascia di età, secondo i modelli organizzativi regionali,**

ART 44 Attività assistenziale a prestazione oraria del medico del ruolo unico di assistenza primaria

Comma 2: Le aziende si avvalgonopresso le sedi di AFT, UCCP, Case della Comunità , Ospedali di comunità, per l'attivazione di ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell' assistenza fiduciaria, visite occasionali ecc...

Comma 10: L'attività programmata e coordinata all'interno della AFT è prestata con flessibilità orariacon un orario giornaliero minimo di 4 ore e massimo di 12

ART 29 – Il referente di AFT

Comma 1:

I PIS della AFT individuano, con modalità definite nel regolamento di funzionamento, un referente e il suo sostituto.....gli AIR disciplinano la durata del mandato e le modalità di svolgimento.

Comma 2:

Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato il rappresentante dei PIS **componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento** delle attività distrettuali.

Comma 3:

.....promuove la realizzazione di quanto previsto dall'Art.28 comma 1

Promuove il coordinamento delle attività dei PIS al fine di garantire, nell'ambito delle attività distrettuali, la continuità dell'assistenza, che si realizza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso l'integrazione con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.

Comma 4:

Favorisce , l'integrazione dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso raccordo funzionale con UCCP;

Comma 5:

Predisporre relazione sull'attività svolta dalla AFT per raggiungimento obiettivi di cui art. 28 comma 10

Comma 6:

Collabora con Azienda, in particolare con l'URP per risolvere disservizi a seguito segnalazioni.

Comma 7:

Compenso commisurato alle funzioni e ai risultati ottenuti. Gli AIR definiscono l'entitàle risorse sono attinte dal fondo di cui all'art. 44 comma 1 lettera B punto 11.

Comma 8:

Il DG ratifica la designazione e valuta annualmente il referente in relazione ai compiti di cui al presente articolo. In caso mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati (art. 28 comma 10) e sentiti i componenti della AFT, ovvero su richiesta componenti AFT secondo il regolamento di cui all'art. 28 comma 11, può procedere, anche prima della scadenza , al subentro del sostituto nella funzione fino a nuova designazione ai sensi comma 1

Comma 9:

L'attuazione del presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'art 28 comma 11 del presente accordo.

ART. 30 Rapporto Ottimale e carenza assistenziale

Comma 5:

In tutti i comuni e circoscrizioni e località con un numero di abitanti nella fascia d'età 0-14 anni superiore al 50% del valore utilizzato nella determinazione del rapporto ottimale (426 bb) deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, in presenza o in telemedicina, sulla base di regolamentazione aziendale. L'AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno dei pediatri di libera scelta

Comma 6 :

Gli AIR possono individuare specifiche modalità di determinazione degli ambiti da definirsi carenti per renderli più aderenti al fabbisogno assistenziale delle varie AFT, tenendo conto, in particolare delle seguenti condizioni:

a) Capacità di acquisire assistiti da parte dei PIS facenti parte di diversi ambiti della stessa AFT

b)

Qualora sia possibile soddisfare il fabbisogno in una AFT, l'Azienda esamina eventuali richieste di mobilità intraaziendale presentate dai pediatri già titolari di incarico da almeno 2 anni.....

ART. 33 Requisiti apertura degli studi

Comma 5 :

L'orario giornaliero di apertura dello studio è **concordato con il referente di AFT** al fine di garantire quanto previsto dall'Art. 28 comma 6 lettera b) dal lunedì al venerdì nella fascia 8-20, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine e comunque con apertura il lunedì secondo un orario:

5 ore fino a 250

10 ore da 251 a 500

15 ore da 501 a 750

18 ore da 751 a 1000

Fermo restando il debito orario minimo, **il PIS è tenuto a garantire le ore definite dal referente di AFT per il coordinamento dell'orario di apertura degli studi** necessario a garantire l'assistenza pediatrica

Comma 6:

L'articolazione oraria degli studi dei pediatri di AFT deve garantire ai cittadini un riferimento preciso cui rivolgersi quando lo studio del proprio pediatra è chiuso.

ART 34 Sostituzioni

Comma 1:

Il PIS ha l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio dell'assenza, di comunicare la durata e le motivazioni nonché il nominativo del sostituto al **referente di AFT in caso di sostituzione fino a tre giorni.....**

Comma 2:

La sostituzione di PIS che non abbiano potuto provvedere ai sensi del comma 1 può essere effettuata da PIS operanti nella medesima AFT secondo modalità e procedure concordate tra gli stessi e il referente AFT

ART. 41 Compiti e funzioni del pediatra

Comma 5 lettera e)

Opera nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e UCCP rispettando le modalità organizzative concordate all'interno delle stesse

Lettera f) :

Partecipa alla continuità della assistenza, coordinando la propria attività individuale con quella degli altri pediatri della AFT di riferimento e nell'ambito del *modello organizzativo definito dalla Regione* per garantire l'H 24

ART. 42 Attività prescrittiva

Comma 2 :

*In caso assenza del pediatra di scelta le **prescrizioni urgenti** possono essere effettuate da un altro pediatra dell'AFT*

Comma 7:

Le Aziende che rilevano componenti prescrittivi del pediatra ritenuti non conformi alle disposizioni di legge sottopongono il caso all'organismo composto dai soggetti individuati al successivo comma 8, deputati a **verificare l'appropriatezza prescrittiva** nell'ambito delle attività distrettuali.

Comma 8 :

Fatte salve diverse disposizioni regionali, il **Direttore del Distretto** è coadiuvato per gli adempimenti di cui al comma 7, **dal referente di AFT, componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e da un altro referente di AFT** eletto tra quelli operanti nel Distretto, integrati da personale del servizio farmaceutico e da un medico individuato dal Direttore Sanitario dell'Azienda. (**)

G. Franco Battaglini

()**

Ufficio giudicante:

- 1) Direttore Distretto**
- 2) Referente AFT**
- 3) Altro referente AFT**
- 4) Medico servizio farmaceutico**

ART. 44 Trattamento economico del pediatra di libera scelta

B: Quota variabile

I: Quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari a **€ 3,08** /assistito, ripartita dagli AIR nel rispetto dei livelli programmati di spesa, incrementata di **€ 3,17** dal 1 ottobre 2022 (ACN 28 aprile 2022 art. 5 Tabella A1). L'incremento di ulteriori **3,54 €** per assistito con decorrenza 1/1/2021, come previsto dall'art.5 comma 1 tabella A2 del presente accordo, è finalizzato ad obiettivi di prevenzione e riduzione del rischio di cronicità. **(€ 3,08 + € 3,17 + € 3,54 = € 9,79)**

La quota di € 3,54/assistito attualmente non viene erogata da Agosto 2024

II : quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni (ACN 8 Luglio 2010) quale aumento contrattuale **€ 1,54**. Tale quota è decurtata delle risorse necessarie al finanziamento ai sensi art. 10 comma 4 (*coordinatore UCCP*) e art. 29, comma 7 del presente accordo (*referente AFT*).

III : quota annua derivante dalle risorse pari a **€ 0,25** per assistito messe a disposizione delle Regioni ai sensi art. 4-5 dell'ACN 8 luglio 2010

Le risorse della quota variabile di cui alla presente lettera sono ripartite tra le AFT in ragione degli obiettivi assegnati ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita, la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico e l'attuazione del P.N.P.V.

Nell'ambito degli AIR vengono definite le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori.

Lettera D: Quota fondo aziendale dei fattori produttivi

I : *Alla istituzione della AFT, le indennità e gli incentivi del fondo di cui all'art. 45 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.* per lo sviluppo strutturale e organizzativo dell'attività dei pediatri, ad eccezione della quota di cui alla precedente lettera b, punto 1, costituiscono il fondo aziendale dei fattori produttivi

II : Costituiscono tale fondo i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico, come determinati art. 58 lettera B ACN 15 dicembre 2005 già erogati ai pediatri componenti della AFT alla data di costituzione del fondo stesso. Il valore del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda.

Ped gruppo 9€-Ped. Ass. 8€-Collaboratore 10€- Infermiere 7,5€

DGR n° 140 del 10 Febbraio 2025

«Prime linee di indirizzo per assegnazione zone carenti anno 2025 , avvio ruolo unico medici assistenza primaria e attivazione AFT della medicina generale»

Cronoprogramma:

Aziende : comunicano entro 30/04/2025 alla Regione configurazione AFT

Entro 30/6/25 la Regione approva

Dal 1/9/25 le UULLSS costituiscono le AFT:

medici ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e Medici assistenza primaria ad attività oraria (in carica) e dai medici ruolo unico assistenza primaria (nuovi incarichi)

Avvio del ruolo unico del medico di assistenza primaria (ACN 4 Aprile 2024)

Con entrata in vigore ACN 04-04-24, **dal 2025 nuovi incarichi** a ruolo unico con obbligo del medico di svolgere da subito **38 ore di attività oraria in favore dell'azienda e contemporanea apertura dello studio per acquisire assistiti**. Dalla stessa data i medici già in servizio possono chiedere di transitare a ruolo unico nel limite delle necessità di carenza assistenziale.....

Prevedere che il territorio delle AFT coincida con quello dell'ambito per il calcolo delle zone carenti o vacanti a partire dal 2026

Rivisitazione della Continuità assistenziale al fine di progettare nuovi modelli di continuità dell'assistenza diurna all'interno del contesto AFT, con attività oraria legata a percorsi di assistenza diurna e feriale

Le AFT, costituite dai medici del ruolo unico già operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria, più quelli che saranno incaricati con mix di scelte e ore , dal 2025 dovranno garantire l'assistenza H24 e per 7/7 giorni alla popolazione di riferimento laddove ci sia anche la presenza della CA

AFT : bacino di 30,000 ab (modificabile in base densità abitativa e orografia)

Ogni AFT ha una casa della Comunità di riferimento

L'AFT garantisce i propri compiti in tutti i setting previsti dalle Aziende nel proprio territorio di riferimento e nei confronti degli assistiti iscritti ai medici di assistenza primaria dell'AFT attraverso anche i presidi di CA diurna attiva presso le Case della Comunità

Attività oraria da svolgere dal 2025 per i nuovi medici a ruolo unico e per quelli in servizio che opereranno per il ruolo unico.

Tutti i medici già operanti (a ciclo di scelta che oraria) più quelli con mix scelte ore, dal 2025 devono obbligatoriamente far parte sia funzionalmente che operativamente di una AFT

Nelle Case della Comunità :

Ambulatori diurni ad accesso libero/programmato per urgenze differibili anche a seguito di triage (116117) e per prescrizioni mediche per gli assistiti delle AFT

Ambito Distrettuale:

Assistenza medica a domicilio con infermieri o altri medici

Presidi di continuità assistenziale diurna per cittadini senza medico nonché a seguito di triage per assistiti della AFT di riferimento

Centrale 116117 a supporto della centrale