Anno 2025 N. 26

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE BASILICATA

Potenza, 12 maggio 2025

Direzione, Redazione ed Amministrazione - Via V. Verrastro, 4 - 85100 Potenza
Registrazione al Tribunale di Potenza n. 6 del 7 dicembre 1971
Direttore responsabile – Massimo Brancati
Tel. Direzione 0971-668142 - Redazione 0971 669292 / 669185 / 668595 / 668814
E-mail: bur@regione.basilicata.it - bur@cert.regione.basilicata.it

Il Bollettino Ufficiale digitale della Regione Basilicata si pubblica in Potenza di norma nei giorni 1 e 16 di ogni mese e si compone di due parti:
a) nella Prima sono pubblicate le leggi ed i regolamenti della Regione, le sentenze della Corte Costituzionale sulle leggi regionali, l'atto di proclamazione dell'esito del referendum di cui all'art. 18, comma 5 della Legge Statutaria regionale, gli accordi di cui all'art. 63, comma 3 della Legge Statutaria regionale, i bilanci e i rendiconti di cui all'art. 74, comma 2 della Legge Statutaria regionale, nonché, - in forma integrale o per estratto, secondo quanto riportato nei singoli atti - i piani e i programmi della Regione, i decreti del Presidente della Giunta Regionale, le deliberazioni della Giunta Regionale, le disposizioni, le determinazioni dirigenziali, nonché i Decreti del Presidente del Consiglio Regionale, le deliberazioni dell'ufficio di Presidenza del Consiglio Regionale e gli altri atti del Consiglio Regionale.
b) nella Parte Seconda, gli annunci, gli avvisi, gli altri atti o provvedimenti previsti dalla normativa vigente.

Dal 4 Aprile 2017 la consultazione del Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata (B.U.R.B.) digitale è libera e gratuita per tutti gli utenti.
Sono esenti dal pagamento le inserzioni di avvisi ed atti che si pubblicano nell'interesse esclusivo dello Stato, delle Regioni, degli Enti Locali, degli Enti strumentali regionali, delle Aziende Sanitarie Locali (AA.SS.LL.) e delle Società ed Agenzie che operano per conto dello Stato, fatta eccezione per la pubblicazione relativa a procedimenti concorsuali dei pubblici appalti.
Il costo per la pubblicazione degli atti degli enti locali, enti strumentali regionali e delle AA.SS.LL., relativamente ai procedimenti concorsuali di pubblici appalti, nonché dei soggetti privati, è determinato secondo la seguente tariffa: € 2,00 per ogni rigo o frazione di esso per il testo;
di stabilire che l'importo per la inserzione di tabelle, grafici, prospetti, mappe ecc.. richiesta dai soggetti privati, è determinato secondo la seguente tariffa: € 50,00 per ogni pagina o frazione di essa.
L'importo per la inserzione delle derivazioni d'acqua è determinato in € 46,00, così come avviene attualmente;
Nel caso di richiesta di pubblicazione di atti soggetti all'imposta di bollo, che la stessa deve essere assolta da parte dei cittadini e delle imprese nei modi di legge direttamente con l'Agenzia delle Entrate utilizzando il servizio @e.bollo (di prossima attivazione).
I citati prezzi sono soggetti a revisione, con le stesse forme, quando se ne ravvisa la necessità;
Le somme dovute alla Regione Basilicata devono essere versate sul conto corrente postale n. 12119855 intestato a Regione Basilicata - Bollettino Ufficiale - Via V. Verrastro, 4 - 85100 Potenza.
Le attestazioni dei versamenti relativi all'inserzione nonché all'imposta di bollo se dovuta, devono essere inviate con la specifica della causale contestualmente al testo da pubblicare all'indirizzo di posta certificata: bur@cert.regione.basilicata.it, oppure all'indirizzo mail: bur@regione.basilicata.it. Gli atti dichiarati esenti ai fini dell'imposta di bollo devono indicare nella causale la norma che ne dispone l'esenzione. I testi vanno inoltrati almeno quattro giorni prima delle relative date di pubblicazione.

REGIONE BASILICATA

Deliberazione 08 maggio 2025, n.236

Presa d’atto e approvazione dell’Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi degli artt. 3 e 14 dell’ACN 04/04/2024 – Triennio 2019/2021.

REGIONE BASILICATA
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 202500236

SEDUTA DEL **08/05/2025**

Ufficio risorse umane del SSR
13BC

STRUTTURA PROPONENTE

OGGETTO

Presa d'atto e approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi degli artt. 3 e 14 dell'ACN 04/04/2024 – Triennio 2019/2021.

Relatore **ASSESSORE DELEGATO ALLA SALUTE E ALLE POLITICHE SOCIALI**

La Giunta, riunitasi il giorno **08/05/2025** alle ore **16:30** nella sede dell'Ente,

			Presente	Assente
1.	**Bardi Vito**	**Presidente**	X	◯
2.	**Pepe Pasquale**	**VicePresidente**	X	◯
3.	**Latronico Cosimo**	**Assessore**	X	◯
4.	**Cicala Carmine**	**Assessore**	X	◯
5.	**Cupparo Francesco**	**Assessore**	◯	X
6.	**Mongiello Laura**	**Assessore**	X	◯

Segretario: **Salvatore Capezzuto**

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

Visto del Direttore Generale — IL DIRETTORE GENERALE **Domenico Tripaldi**

Ufficio Ragioneria Generale e Fiscalità Regionale

PRENOTAZIONE IMPEGNI

Num. Preimpegno	Bilancio	Missione.Programma.Titolo.Macroaggr.	Capitolo	Importo Euro

IMPEGNI

Num. Impegno	Bilancio	Missione.Programma Titolo.Macroaggr.	Capitolo	Importo Euro	Atto	Num. Prenotazione	Anno

IL DIRIGENTE

Allegati N° 1

Atto soggetto a pubblicazione ⊠ integrale O integrale senza allegati O per oggetto O per oggetto e dispositivo sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata

VISTA la L. 07 agosto 1990, n. 241 ad oggetto: "*Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*" e ss.mm.ii.;

VISTA la L.R. 02 marzo 1996, n. 12 e s.m.i. recante "*Riforma dell'organizzazione amministrativa regionale*;

VISTA la D.G.R. 13 gennaio 1998, n. 11 concernente l'individuazione degli atti di competenza della Giunta Regionale;

VISTO il D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. recante "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni*";

VISTO il D. Lgs. 07 marzo 2002, n. 82, recante "*Codice dell'amministrazione digitale*";

VISTA la L. 13 agosto 2010, n. 136 in materia di tracciabilità dei flussi finanziari;

VISTA la L.R. 25 ottobre 2010, n. 31 recante "*Disposizioni di adeguamento alla normativa regionale al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150- Modifica art. 73 della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 42- Modifiche della Legge Regionale 9 febbraio 2001, n. 7- Modifica art. 10 Legge Regionale 2 febbraio 1998, n. 8 e s.m.i.*";

VISTO il D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.ii. concernente il riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni;

VISTA la D.G.R. 17 gennaio 2023, n. 14 ad oggetto: "*L. 190/2012, art. 1, comma 8. Definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per la programmazione triennale 2023/2025*";

VISTA la D.G.R. 28.03.2025. n. 133 avente ad oggetto: *"Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025-2027 – Approvazione ai sensi dell'art. 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, in Legge 6 agosto 2021, n. 113 come modificato con Legge 24 febbraio 2023, n. 14 art. 11- bis.";*

VISTO lo Statuto della Regione Basilicata, approvato con Legge Statutaria Regionale 17 novembre 2016, n. 1 e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la L.R. 11 febbraio 2022, n. 1, avente ad oggetto: "*Piano Strategico Regionale – Art. 45, comma 4 dello Statuto regionale*";

VISTA, altresì la L.R. 30 dicembre 2019, n. 29 "*Riordino degli uffici della Presidenza e della Giunta regionale e disciplina dei controlli interni*";

VISTO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 aprile 2020, n. 63 "*Uffici di Diretta Collaborazione del Presidente della Giunta regionale*";

VISTO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 20 ottobre 2020, n. 164 "*Decreto di organizzazione degli Uffici di diretta collaborazione del Presidente della Giunta regionale*";

VISTA la D.G.R. 09 febbraio 2021, n. 63 recante "*Legge Regionale 30 dicembre 2019, n. 29. Regolamento di delegificazione avente ad oggetto "Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Basilicata" – Approvazione*" adottato ai sensi dell'articolo 56, comma 3, dello Statuto regionale;

VISTO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 10 febbraio 2021, n. 1 "*Regolamento regionale "Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Basilicata" – Emanazione*";

VISTA la D.G.R. 19 marzo 2021, n. 219 concernente l'approvazione, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del Regolamento n. 1/2021, della nuova organizzazione delle strutture amministrative della Giunta regionale;

VISTA la D.G.R. n. 39 del 30.01.2025 avente ad oggetto: *"Regolamento regionale 11 ottobre 2024, n. 4 - Ulteriori adempimenti organizzativi.";*

VISTA la D.G.R. 30 marzo 2022, n. 174 avente ad oggetto: "*Regolamento regionale controlli interni di regolarità amministrativa. Approvazione*";

VISTO il D.P.G.R. 05 maggio 2022, n. 80 pubblicato sul BUR n. 20 del 06 maggio 2022 avente ad oggetto: "*Regolamento regionale controlli interni di regolarità amministrativa. Emanazione*";

VISTO, inoltre il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 09 luglio 2024, n. 153 ad oggetto "*Art. 48, comma 1, lettera d), art. 49, 50, 51 e 55 dello Statuto della Regione Basilicata. Nomina componenti della Giunta regionale della Basilicata*";

VISTA la D.G.R. 06 ottobre 2021, n. 768 avente ad oggetto "*Strutture amministrative della Giunta regionale. Graduazione e avvio procedimento di rinnovo degli incarichi dirigenziali*";

VISTA la D.G.R. 06 ottobre 2021, n. 750 avente ad oggetto: "*Modifiche parziali alla D.G.R. n. 219/2021. Riapprovazione del documento recante l'organizzazione delle Strutture amministrative della Giunta regionale*";

VISTA la D.G.R. 14 marzo 2023, n. 232 avente ad oggetto: "*Riorganizzazione Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona*";

VISTA la D.G.R. 12 novembre 2021, n. 906 avente ad oggetto: "*Dirigenti regionali a tempo indeterminato. Conferimento incarichi*";

VISTA la D.G.R. 8 giugno 2023, n. 314 avente ad oggetto: "*Dirigenti regionali a tempo indeterminato. Conferimento incarico*";

VISTA la D.G.R. n. 53 del 31.01.2025 avente ad oggetto: *"Incarichi dirigenziali presso la Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona. Proroga.";*

VISTA la D.G.R. 14 agosto 2024, n. 506 avente ad oggetto: "*Art 3 Regolamento 10 febbraio 2021 n. 1. Conferimento incarichi di Direzione Generale*.";

VISTA la D.D. 16 agosto 2024, n. 259 della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona, avente ad oggetto: "*Affidamento funzioni vicarie di direzione generale ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 17 co. 1 L.R. n. 12/96*.", la cui efficacia opera nel periodo dal 19.08.2024 fino al 06.09.2024;

VISTA la D.G.R. 8 aprile 2022, n.179 ad oggetto "*Regolamento interno della Giunta regionale della Basilicata - Approvazione.*";

VISTA, infine la D.G.R. 30 novembre 2023, n. 792 ad oggetto: "*Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) 2024-2026 – Approvazione*";

VISTA la D.G.R. 13.01.2025, n. 7 avente ad oggetto: "*Art. 1, comma 8, L.190/2012. Definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per l'aggiornamento del Piano Integrato Attività e Organizzazione triennio 2025/2027.";*

VISTA la D.G.R. n. 49 del 30.01.2025 avente ad oggetto: *"Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) per il triennio 2025-2027: approvazione della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza;*

VISTA la D.G.R. 12.03.2025, n. 89 avente ad oggetto: "*Presa d'atto, ai sensi dell'art. 15 del Regolamento regionale n. 1 del 5 maggio 2022, pubblicato sul Bur n. 20 del 6 maggio 2022, del Piano annuale dei controlli interni di regolarità amministrativa di tipo successivo - anno 2025.*"

VISTA la DGR n. 331 del 11.03.2008 avente ad oggetto *"Presa d'atto ed approvazione dell'accordo integrativo regionale per la Medicina Generale, ai sensi degli artt. 4 e 14 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23.03.2005."* e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la DGR n. 1652 del 25.09.2009 con la quale si è provveduto a rideterminare le percentuali del fondo a riparto di cui all'art. 24 lett. B, del summenzionato AIR;

VISTA la DGR n.1338 del 10.08.2010 avente ad oggetto "*integrazione all' Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale approvato con DGR N. 331/20228 – PROGRAMMA DI ATTVITA'FINALIZZATA AL GOVERNO CLINICO – PRESA D'ATTO E APPROVAZIONE*";

VISTA la DGR 1189 del 08.08.2011 avente ad oggetto "*approvazione del piano attuativo regionale per il contenimento delle liste d'attesa per il triennio 2010 – 2012";*

VISTA la DGR n. 140 del 14.02.2012 avente ad oggetto "*Approvazione del documento manuale classi di priorità modifica ed integrazione della DGR n.1896 del 28.12.2007*.";

VISTA la DGR n. 868 del 04.04.2012 la quale ha rideterminato, per l'anno 2012, le percentuali del fondo a riparto di cui all'art. 24 lett.b comma 4 dell'AIR del 2008, ai sensi dell'ACN del 29.07.2009;

VISTA la DGR n. 53 del 22 gennaio 2013 con la quale si è provveduto alla "*Definizione del percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del Paziente Diabetico*";

VISTA la DGR n. 1564 del 16.12.2014 avente ad oggetto "integrazione all'accordo integrativo regionale per la medicina generale approvato con DGR n. 331/2008. Presa d'atto e approvazione accordo", con la quale si è provveduto, tra l'altro alla rideterminazione delle percentuali del c.d. "fondo a riparto";

VISTA inoltre, la misura delle percentuali del fondo a riparto definita dalla DGR n. 730/2016 e confermata dalle DD.GG.RR. n. 551/2018 n. 479/2019 e n. 262/2020;

VISTE

- la DGR n. 347 del 3.05.2017 con la quale si è disposta la sospensione temporanea e cautelativa delle disposizioni di cui all'art. 35 comma 1 dell'AIR *ex* DGR 331/2008, in relazione ai compensi aggiuntivi previsti per i medici di continuità assistenziale, e in pendenza della vertenza n. 643/16/GAR promossa dalla Procura Regionale per la Basilicata della Corte dei Conti;
- la DGR 1037 del 29.09.2017 con la quale in relazione alle predette indennità, si è dato atto della non erogabilità delle predette somme e contestualmente si è dato mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di Potenza e Matera di procedere all'attuazione delle procedure di recupero delle predette somme;
- la DDG n. 642/2017 del 12.10.2017 dell'Azienda Sanitaria di Potenza avente ad oggetto "*indennità previste dall'art. 35 comma 1 dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale di cui alla DGR 331/2008. Presa d'atto DGR1037/2017 e contestuale mandato a recuperare le somme indebitamente corrisposte*";
- la DDG n. 968 del 12.10.2017 dell'Azienda Sanitaria di Matera avente ad oggetto "*indennità ex art. 35 dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale - mandato a recuperare le somme indebitamente corrisposte";*
- la Sentenza n. 66/2018 con la quale la Corte dei Conti – sezione giurisdizionale della Basilicata – pronunciandosi sui giudizi di responsabilità relativi alle vertenze 643/16/GAR e 401/16/GAR ha sancito la "correttezza delle scelte amministrative adottate", assolvendo i convenuti non ravvedendo alcuna antigiuridicità delle condotte ascritte agli stessi. Con la medesima pronuncia la Corte dei Conti ha dichiarato prescritto il danno relativo all'erogazione di tali indennità e rigettato la domanda di parte attrice;
- la DGR 53/2019 del 24 gennaio 2019 con la quale, nel prendere atto della succitata pronuncia della Corte dei Conti, è stata deliberata la "*cessazione degli effetti delle DGR n.347/2017 e n. 1037/2019*".

VISTA la DGR n. 608 del 21.07.2021 con la quale si è provveduto ad integrare l'art. 42 del summenzionato Accordo Integrativo Regionale, *ex* DGR 331/08, di ulteriori due commi, ed in particolare al comma 5 è stabilito che ai corsi per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza è ammessa la partecipazione di medici non inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale, per un numero di posti aggiuntivi pari alla differenza tra posti messi ad avviso per l'ammissione al corso di

formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza territoriale e posti di diritto (come individuati ai sensi dell' ACN vigente) ed al comma 4 è previsto che, i medici summenzionati siano graduati nell'ordine dalla minore età, dal voto di laurea e dall'anzianità di laurea, costituendo titolo preferenziale la residenza nella Regione Basilicata;

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni **– Triennio 2016-2018 approvato il 28.04.2022**;

VISTA la DGR 30.12.2022 n. 948 avente ad oggetto "*D.M. Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 – G.U. n. 144 del 22.06.2022 – Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale o nel servizio sanitario nazionale – adozione del provvedimento generale di programmazione ai sensi dell'art. 1, comma 2*" approvata nella seduta del Consiglio Regionale del 23.03.2023 con Delibera n. 506, intesa quale provvedimento generale di **programmazione dell'Assistenza Sanitaria Territoriale**, posto in essere con il precipuo obiettivo di ridefinire l'Organizzazione Territoriale Distrettuale in n. 6 Distretti, come modificata dalla DGR 497 del 10.08.2023, di cui all' Allegato pag. 23 e 24 "Nuovo elenco Distretti", anche al fine di poter istituire le AFT e UCCP;

VISTA la DGR n. 467/2023 del 31.07.2023 con la quale si è provveduto, in ultimo, a rideterminare "*le percentuali del fondo a riparto di cui all'art. 24, lett. b, comma 4 dell'accordo integrativo regionale per la medicina generale approvato con DGR n. 331/2008*.";

VISTA la DGR n. 664 del 27 ottobre 2023 avente ad oggetto "*Presa d'atto e approvazione del Documento di revisione e sostituzione dell'Allegato 9 di cui alla DGR n. 1640 del 24/07/2001.";*

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni **– Triennio 2019-2021 approvato il 04.04.2024;**

VISTO l'art. 3, comma 4 dell'ACN 04.04.2024 che demanda alla contrattazione regionale *la* definizione degli *"obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale"*. Ed altresì affida agli AIR l'attuazione degli atti di programmazione regionale;

VISTO l'art. 15 del succitato ACN che al comma 3 stabilisce le modalità di trattativa e stipula degli Accordi Integrativi Regionali e che al comma 5 prevede che i rappresentanti sindacali di cui all'art. 14 debbano essere formalmente accreditati come componenti delle delegazioni trattanti, la cui composizione numerica è definita rispettivamente dalla Regione e dalle Aziende prima dell'avvio della negoziazione e che gli accordi decentrati sono validamente sottoscritti solo se stipulati da organizzazioni sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno degli iscritti; ed affida alle delegazioni trattanti, sia della parte pubblica che della parte sindacale, l'obbligo di effettuare il monitoraggio degli accordi decentrati;

VISTO in particolare l'art. 47 dell'ACN 04.04.2024, che definisce il trattamento economico del medico del ruolo unico di medicina generale;

VISTA la DGR n. 523 del 06.09.2024 avente ad oggetto "*Costituzione della Delegazione Trattante ai finì della trattativa e della stipula degli Accordi integratiti Regionali per i Medici di Medicina Generale, ai sensi dell'art. 15 Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei, rapporti con i Medici di Medicina Generale rep. atti 51/csr del 04.04.2024."*

VISTA la DGR n. 600 del 17.10.2024 avente ad oggetto "*Atto di definizione delle Aggregazioni*

funzionali territoriali (AFT) e delle Unità complesse di cure primarie (UCCP) nella Regione Basilicata – Approvazione." con la quale, tra l'altro, si demanda alla Contrattazione Integrativa Regionale la definizione delle ulteriori disposizioni di dettaglio utili all'operatività e ai correlati aspetti economici relativi ad AFT e UCCP;

DATO ATTO delle note:

- pec n. 228976 del 21.10.2024 con la quale la Direzione Generale per la Salute e Politiche della Persona ha convocato il tavolo di insediamento del Comitato regionale e della Delegazione Trattante della Medicina Generale in data 29.10.2024, rinviata al 30.10.2024;
- pec n. 240181 del 04.11.2024 con la quale la Direzione Generale per la Salute e Politiche della Persona ha calendarizzato (nelle date del 07.11.2024, 14.11.2024, 21.11.2024 e 28.11.2024) i tavoli negoziali della Delegazione trattante per la contrattazione integrativa regionale;
- pec n. 261394 del 29.11.2024 con la quale la Direzione Generale per la Salute e Politiche della Persona, ha fissato un ulteriore incontro in data 05.12.2024;
- pec n. 268962 del 10.12.2024 con la quale la Direzione Generale per la Salute e Politiche della Persona, ha pianificato un'ulteriore seduta in data 12.12.2024;
- pec n. 754 del 02.01.2025 con la quale sono stati calendarizzati gli ulteriori incontri di Delegazione Trattante, e segnatamente nelle giornate del 09.01.2025; 15.01.2025, 23.01.2025;
- le successive pec n. 32292 del 10.02.2025, 37298 del 14.02.2025, 45065 del 25.02.2025, con le quali, la Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona, sono stabiliti ulteriori tre incontri, necessari per addivenire alla sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Regionale, rispettivamente l'11.02.2025, il 18.02.2025 e il 28.02.2025;

CONSIDERATO che in data 27.03.2025 si è conclusa da parte della Delegazione trattante *de qua* la definizione degli istituti oggetto di contrattazione regionale;

DATO ATTO che la nota pec n. 79897 del 01.04.2025 con la quale la Direzione Generale per la Salute e Politiche della Persona ha convocato nella data del 09.04.2025 i rappresentanti di parte pubblica e di parte sindacale per la sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale;

RILEVATO che in data 09.04.2025 presso la Direzione Generale per la Salute e Politiche della Persona, si è proceduto alla definitiva stipula e firma dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ex ACN 04.04.2024;

RITENUTO di dover recepire, con l'allegato AIR, le norme di cui alla precedente DGR n. 331/2008 esplicitamente richiamate nell'allegato alla presente, il cui contenuto resta valido ed attuale;

RITENUTO pertanto, di intendere i precedenti Accordi Integrativi Regionali superati e/o sostituiti dall'allegato alla presente, con la sua entrata in vigore, al netto delle specifiche disposizioni recepite e/o richiamate nel più volte richiamato allegato;

DATO ATTO che la costituzione dei Fondi, compresi gli incrementi di cui agli artt. 5 degli AACCNN del 28.04.2022 e del 04.04.2024, non costituiscono onere aggiuntivo a carico del bilancio regionale, in quanto ricompresi nei trasferimenti correnti alle Aziende Sanitarie regionali e in quelli specificatamente accantonati dalle stesse;

RITENUTO di dover procedere all'approvazione del predetto Accordo Integrativo Regionale di cui al testo allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

Tutto ciò premesso e considerato:

DELIBERA

1. **di prendere atto e di approvare** l'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale sottoscritto, in data 09.04.2025, dai Rappresentati di parte Pubblica e dai Rappresentanti Regionali delle Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'ACN vigente, nel testo allegato alla presente Deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

2. **di dare atto che** la costituzione dei Fondi, compresi gli incrementi di cui all'art. 5 dell'ACN 28.04.2022 e dell'art. 5 dell'ACN 04.04.2024, non costituisce onere aggiuntivo a carico del bilancio regionale, in quanto ricomprese nei trasferimenti correnti alle Aziende Sanitarie regionali e in quelli specificatamente accantonati dalle stesse;

3. **di incaricare** l'Ufficio Risorse Umane SSR della Direzione Generale per la Salute e Politiche della Persona alla custodia di tutti gli atti di cui in premessa e dei conseguenti eventuali adempimenti;

4. **di dare atto che** l'Accordo Integrativo Regionale entra in vigore, dalla data di pubblicazione, sul B.U.R. della Basilicata, del presente provvedimento di recepimento e approvazione dello stesso ed ha validità fino alla stipula del successivo.

La presente deliberazione è pubblicata sul B.U.R. Basilicata nonché sul portale istituzionale nelle apposite sezioni in attuazione del D. Lgs. 33/2013.

L'ISTRUTTORE **Mafalda Senatore**

IL RESPONSABILE P.O. **Angela Tucci**

IL DIRIGENTE **Angelo Raffaele Rinaldi**

LA PRESENTE DELIBERAZIONE È FIRMATA CON FIRMA DIGITALE QUALIFICATA. TUTTI GLI ATTI AI QUALI È FATTO RIFERIMENTO NELLA PREMESSA E NEL DISPOSITIVO DELLA DELIBERAZIONE SONO DEPOSITATI PRESSO LA STRUTTURA PROPONENTE, CHE NE CURERÀ LA CONSERVAZIONE NEI TERMINI DI LEGGE.

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO **Salvatore Capezzuto** IL PRESIDENTE **Vito Bardi**

☐ Si attesta che copia in formato digitale viene trasmessa al Consiglio Regionale tramite pec dall'Ufficio Legislativo e della Segreteria della Giunta

REGIONE BASILICATA

REGIONE BASILICATA

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 3 E 14 ACN 04 APRILE 2024.

Il giorno **09** del mese di **aprile** dell'anno **2025**, alle **ore 16,00,** ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'ipotesi di Accordo Integrativo Regionale, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi degli articoli 3 e 14 del relativo ACN 04 aprile 2024, tra:

Parte Pubblica		**Organizzazioni Sindacali**	
Regione Basilicata	Tripaldi Domenico	**FIMMG**	Santangelo Antonio
Azienda Sanitaria di Potenza	Motola Giulia	**SNAMI**	Di Lillo Nicola
	Console Salvatore	**SMI**	Lamanna Stefania
Azienda Sanitaria di Matera	Taratufolo Giuseppe	**FMT**	Glosa Biagio
	Maggio Rossana	**CISL medici**	Rizzo Serafino

REGIONE BASILICATA - GIUNTA REGIONALE - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

	PREMESSA	Pag. 04
	RIFERIMENTI NORMATIVI	Pag. 06
	PARTE I – PRINCIPI, MODELLI ORGANIZZATIVI E ORGANIZZAZIONE	Pag. 07
Art. 1	CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL' ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE	Pag. 07
Art. 2	PRINCIPI DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE	Pag. 07
Art. 3	OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE	Pag. 08
Art. 4	PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE	Pag. 08
	PARTE II – CONTESTO ISTITUZIONALE, ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE	Pag. 10
	CAPO I – IL RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MMG	Pag. 10
Art. 5	PARTECIPAZIONE A COMITATI E COMMISSIONI	Pag. 10
Art. 6	ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO	Pag. 10
Art. 7	FORMAZIONE CONTINUA (ECM)	Pag. 10
Art. 8	ATTIVITÀ DIDATTICA	Pag. 10
	CAPO II – AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) E UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE (UCCP)	Pag. 11
Art. 9	ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE DELLA MEDICINA GENERALE	Pag. 11
Art. 10	AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI	Pag. 11
Art. 11	IL REFERENTE DI AFT	Pag. 14
Art. 12	UNITÀ COMPLESSA DI CURE PRIMARIE (UCCP)	Pag. 15
Art. 13	COORDINATORE DI UCCP	Pag. 16
Art. 14	I RAPPORTI DELLE AFT CON LE PRECEDENTI FORME DELLA MEDICINA GENERALE	Pag. 17
	PARTE III – CONTESTO NORMATIVO	Pag. 18
	CAPO I – RUOLO UNICO DELLA MEDICINA GENERALE	Pag. 18
Art. 15	RUOLO UNICO DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA	Pag. 18
Art. 16	RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE	Pag. 18

DIPARTIMENTO - REGIONE BASILICATA - UFFICIO GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

Art. 17	REQUISITI DEGLI STUDI MEDICI	Pag. 19
Art. 18	MASSIMALE E SUE LIMITAZIONI	Pag. 19
Art. 19	SCELTA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA	Pag. 20
Art. 20	COMPITI DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA	Pag. 20
Art. 21	ATTIVITÀ ASSISTENZIALE E PRESTAZIONE ORARIA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA	Pag. 22
Art. 22	ASSISTENZA AI TURISTI E VISITE OCCASIONALI	Pag. 25
	CAPO II – TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA	Pag. 25
Art. 23	ATTIVITÀ REMUNERATE CON LE QUOTE NEGOZIABILI A LIVELLO REGIONALE	Pag. 25
Art. 24	TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA	Pag. 26
Art. 25	FINANZIAMENTO DEL COORDINATORE DI UCCP E DEL REFERENTE DI AFT	Pag 31
	CAPO III – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	Pag. 32
Art. 26	RICHIAMO NORMATIVO	Pag. 32
Art. 27	IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA	Pag. 32
Art. 28	TRATTAMENTO ECONOMICO	Pag. 32
	CAPO IV – SANITA' PENITENZIARIA	Pag. 33
Art. 29	MEDICI OPERANTI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI	Pag. 33
Art. 30	MEDICO DI ASSISTENZA PENITENZIARIA	Pag. 33
Art. 31	TRATTAMENTO ECONOMICO	Pag. 34
	NORME FINALI	Pag. 35
	NORME TRANSITORIE	Pag. 35
	DICHIARAZIONI A VERBALE	Pag. 35
	ALLEGATI	
	ALLEGATO 1 - SPECIFICI PROGRAMMI DI GOVERNO CLINICO E MEDICINA D'INIZIATIVA	Pag. 37
	ALLEGATO 2 - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE – ADP E ADI	Pag. 43
	ALLEGATO 3 - PARTECIPAZIONE ALLE FORME ORGANIZZATIVE DI MEDICINA GENERALE	Pag. 49
	ALLEGATO 4 - ATTIVITÀ DIVERSE E COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA PRIMARIA	Pag. 50

REGIONE BASILICATA - GIUNTA REGIONALE - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

PREMESSA

L'Accordo Collettivo Nazionale del 04.04.2024 per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., relativo al triennio 2019-2021, al comma 4 dell'art. 3 stabilisce che:

- Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto dal successivo articolo 4, nonché le materie esplicitamente rinviate dallo stesso ACN.
- Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie dell'ACN si impegnano a definire gli AIR finalizzando gli stessi alle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di performance, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in attuazione degli obiettivi prioritari declinati all'art. 4 dello stesso ACN.

In Basilicata, le note condizioni orografiche, l'evoluzione dello scenario socio-demografico, epidemiologico ed economico richiedono interventi integrati, soprattutto nell'ambito delle patologie cronico-degenerative, tesi ad ottimizzare i risultati clinici ed a razionalizzare le risorse disponibili.

In tale contesto, il medico di medicina generale (già medico di famiglia) espleta un ruolo attivo ed è il referente primario per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia sia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sia dell'appropriatezza delle prestazioni.

Per realizzare una risposta completa ed integrata alla domanda di salute, sempre più crescente e complessa, è indispensabile favorire il superamento dell'isolamento individuale del medico di medicina generale lucano e ridefinire gli elementi strutturali necessari, perché egli possa al meglio realizzare i più idonei percorsi diagnostico-terapeutici e poter assicurare la continuità degli interventi, a tutela della salute dei cittadini.

D'altronde, i provvedimenti di riordino del SSR, imposti dalla normativa europea e nazionale attraverso i processi di riorganizzazione dell'offerta assistenziale ospedaliera, se da un lato trasformano l'ospedale in una struttura vocata sempre più alle acuzie e ai processi assistenziali ad alta intensità di cura, dall'altro impongono che il territorio sia necessariamente riorganizzato per poter affrontare i bisogni emergenti dei cittadini, anche alla luce del Piano Nazionale della Cronicità.

Allo stesso modo, l'attuale organizzazione della c.d. "continuità assistenziale" deve necessariamente essere rivista nell'ottica di una razionalizzazione e della piena integrazione nell'ambito del ruolo unico del medico di assistenza primaria (sia a ciclo di scelta e sia a rapporto orario) così come definito da ultimo dall'ACN.

La pandemia da COVID-19 ha messo in luce, un po' ovunque in Italia, le diverse fragilità del sistema sanitario: inadeguatezze strutturali e organizzative con conseguenti disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, inadeguata integrazione e sinergia tra servizi ospedalieri e territoriali, tempi di attesa elevati per l'erogazione di prestazioni specialistiche.

Inoltre, le problematiche legate alla carenza di medici hanno inciso negativamente sia sulla concreta possibilità di garantire il servizio di continuità assistenziale in tutti i presidi sia sulla efficace copertura di zone carenti di Assistenza Primaria.

Le criticità emerse impongono, pertanto, una riqualificazione del sistema sanitario affinché attraverso il rafforzamento del sistema delle cure primarie sia migliorata l'accessibilità, l'efficienza e la qualità delle cure,

REGIONE BASILICATA - FUNZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

anche in virtù della riorganizzazione e rimodulazione della Rete Territoriale e dell'implementazione dei nuovi modelli di prossimità (Case di Comunità, ecc.) previsti dal DM 77/2022 atti a garantire il rafforzamento, in termini di qualità e sostenibilità dell'assistenza territoriale, come già recepito con la DGR 948/2022 e s.m.i.. Ulteriore impulso al nuovo sistema viene offerto da altri due strumenti a forte innovazione tecnologica ed altamente qualificanti per il SSR:

1. La prossimità delle cure;
2. L'ICT (Infomation Comunication Tecnology) quali il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la Telemedicina e il Teleconsulto.

La Basilicata con una popolazione residente (in costante decremento) di 533.233 abitanti (dati ISTAT del 1/01/2025) presenta una dispersione abitativa fra le più ampie d'Italia associata ad una rete infrastrutturale stradale non ottimale. Dei 131 Comuni lucani solo 2 (Matera e Potenza) hanno una popolazione residente superiore a 50.000 abitanti, 9 comuni hanno una popolazione residente fra 10.000 e 20.000 abitanti, 14 comuni una popolazione residente fra 5.000 e 10.000 abitanti, ben 75 comuni una popolazione residente fra 1.000 e 5.000 abitanti e infine ben 31 comuni con una popolazione residente inferiore ai 1.000 abitanti.

In tale quadro territoriale ed anagrafico l'attuale servizio di Continuità Assistenziale ha subito per primo l'impatto negativo della carenza di medici, non rappresentando più un servizio attrattivo anche per medici extraregionali, vero è, infatti, che seppur essi siano ancora presenti in numero superiore allo standard nazionale (1:5000) sono distribuiti su ben 140 presidi di C.A. e solo il 40% circa di essi ha un incarico a tempo indeterminato.

Tale assetto, vetusto ed inefficace esige, pertanto, una urgente ed imprescindibile nuova organizzazione del servizio di assistenza costante ed efficace in linea alle disposizioni di cui all'ACN 2019-2021 ed al processo di messa a regime delle nuove forme organizzative della Medicina Generale, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), già definite in Basilicata con la DGR 600/2024, così da restituire al Servizio Sanitario Regionale una sostenibilità a lungo termine ed una maggiore attrattività per i professionisti sanitari.

REGIONE BASILICATA - UFFICIO DEL DIRIGENTE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Il presente documento si prefigge l'obiettivo di declinare le norme contenute negli AACCNN della Medicina Generale, segnatamente riferibili a quelle che rinviano espressamente alle Regioni la possibilità o il dovere di dettagliare, integrare o declinare ex novo, secondo specificità territoriali, le disposizioni dei predetti accordi aventi carattere generale.
2. In particolare, gli AACCNN di riferimento sono:
   - Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi del D. Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni -triennio 2016-2018- del 28/04/2022;
   - Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi del D. Lgs n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni -triennio 2019-2021- del 04 aprile 2024.
3. Il presente Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.), inoltre, si conforma alle Direttive Regionali emanate anche a seguito proprio dei predetti AACCNN e contenute nei seguenti provvedimenti regionali:
   - DGR 30.12.2022, n. 948 recante ad oggetto: "*DM Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 – G.U. n. 144 del 22.06.2022 – Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale o nel servizio sanitario nazionale – Adozione del provvedimento generale di programmazione ai sensi dell'art. 1, comma 2.* ";
   - DGR 17 ottobre 2024, n. 600 recante ad oggetto: "*Atto di definizione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nella Regione Basilicata – Approvazione.*".
4. Sono, infine, di imprescindibile riferimento tutte le disposizioni legislative e regolamentari vigenti, come cronologicamente ed analiticamente richiamate nei suddetti provvedimenti (AACCNN e Direttive regionali).

UFFICIO - REGIONE BASILICATA - FIRMA
GIUNTA REGIONALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

PARTE I
PRINCIPI, MODELLI ORGANIZZATIVI E PROGRAMMAZIONE

Art. 1
CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL' ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
(Rif. art. 1, 2 e 3 ACN 2024)

1. Il presente Accordo Integrativo Regionale individua gli obiettivi e gli strumenti per la Medicina Generale in linea con gli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale, demandando alla contrattazione aziendale l'attuazione degli obiettivi strategici, individuati dalla Regione Basilicata, attraverso gli Accordi Attuativi Aziendali (AAA), definendo le azioni più appropriate sulla scorta delle realtà locali.
2. Il presente AIR integra le disposizioni normative ed economiche previste dagli AACCNN, in aderenza ai rinvii da essi operati in sede regionale. Per tutto quanto non previsto dal presente AIR deve farsi riferimento a quanto disciplinato dagli AACCNN.
3. Con il presente AIR sono altresì recepite alcune norme già declinate in passato, il cui contenuto resta valido ed attuale e, pertanto, i precedenti Accordi Integrativi Regionali sono da intendersi superati e/o sostituiti dal presente, con la sua entrata in vigore, al netto delle specifiche disposizioni recepite e/o qui richiamate.
4. Il presente AIR entra in vigore dalla data di pubblicazione, sul B.U.R. della Basilicata, del provvedimento di recepimento e approvazione dello stesso ed ha validità fino alla stipula del successivo.

Art. 2
PRINCIPI DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

1. Per declinare i principi della Programmazione regionale in azioni concrete, deve attuarsi una revisione del sistema che deve:

   a) Ottimizzare la presa in carico della cronicità con riferimento al Chronic Care Model, favorendo la multi-professionalità e multidisciplinarietà in seno alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della medicina generale (DGR 600/24);

   b) Attuare un modello integrato per la presa in carico dei pazienti cronici, in collaborazione con la rete di SPEC.AMB/PLS, riducendo al minimo gli spostamenti non necessari con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità ai servizi, semplificare le procedure e, soprattutto, valorizzare il rapporto tra operatori sanitari e assistiti, favorendo consulenze e consulti sia ambulatoriali che domiciliari;

   c) Promuovere lo sviluppo delle tecnologie innovative, migliorare la rete informatica, favorire il ricorso alla telemedicina al fine di garantire un trattamento rapido ed efficace per i pazienti, facilitando anche l'accesso e la condivisione delle informazioni sanitarie, per garantire un'assistenza costante ed efficace;

   d) Partecipare attivamente ai programmi di prevenzione sanitaria;

   e) Integrare, all'interno dei percorsi formativi obbligatori per i medici di medicina generale trasversali con altri professionisti e programmi focalizzati sullo sviluppo di competenze clinico-organizzative e gestionali, avvalendosi anche di pacchetti formativi sviluppati da società scientifiche accreditate.

GIUNTA REGIONALE - REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

Obiettivi di salute

a) Introduzione di un approccio basato su percorsi assistenziali, come previsto nel Piano Nazionale della Cronicità (PNC), che rappresenta una strategia fondamentale per garantire un'assistenza duratura e assidua. Tale approccio fornisce strumenti trasversali che definiscono ruoli, funzioni e responsabilità, comportando al contempo una revisione del modello organizzativo attuale e una gestione consapevole delle risorse disponibili;

b) Ottimizzazione e sistematizzazione dei meccanismi di interconnessione tra i vari punti della rete assistenziale, mediante approccio a processi integrati. In questo modo il contatto tra professionisti diventa frutto di un'organizzazione che consente una connessione automatica cambiando sia il paradigma dei servizi offerti dal SSR sia le modalità con cui l'assistito usufruisce di tali servizi;

c) Attivazione di modalità organizzative per affrontare le riacutizzazioni nei pazienti precedentemente stabilizzati onde garantire un'assistenza costante ed efficace;

d) Condivisione periodica degli aggiornamenti e delle implementazioni dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le principali patologie croniche, come quelle respiratorie, cardiologiche, metaboliche, neurologiche, oncologiche.

Art. 3
OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE
(*Rif. art. 4 ACN 2024*)

1. Le strategie da implementare nel settore della Medicina Generale riguardano gli obiettivi delineati dall'articolo 4 dell'ACN del 4 aprile 2024. Tali obiettivi devono essere perseguiti seguendo i nuovi modelli organizzativi definiti sia dall'ACN stesso sia dal DM 77/2022. Le finalità principali si concentrano sulle aree di seguito indicate:

   - IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (PNC)
   - IL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (PNPV)
   - L' ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO
   - IL GOVERNO DELLE LISTE D' ATTESA E L'APPROPRIATEZZA

2. Con l'entrata in vigore del presente AIR le Aziende Sanitarie regionali individuano entro 60 giorni, d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentative, i programmi ed i progetti finalizzati contenuti nel presente AIR e di cui al successivo articolo 4, in recepimento ai suddetti obiettivi prioritari nazionali, a valere sul fondo di cui all'art. 47 comma 2 lett. B. "*Quota variabile*" e lett. D. "*Quota del Fondo aziendale dei fattori produttivi*", come determinati al successivo articolo art. 24 comma 2 lett. B. e lett. D. del presente AIR.

Art. 4
PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE
(*Rif. art. 13 ACN 2024*)

1. Nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'art. 3-quater del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n.502 e s.m.i. in ottemperanza di quanto previsto dall'art. 4 dell'ACN 2019-2021 (OBIETTIVI PRIORITARI

REGIONE BASILICATA - UFFICIO GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE), la Regione Basilicata intende proseguire le azioni intraprese con la DGR n. 1338 del 10 agosto 2010, sostanziando il concetto di appropriatezza, promuovendo e diffondendo tra i medici la cultura di una corresponsabilità e di una alleanza terapeutica con i cittadini sui problemi di salute. Tale alleanza permetterà al paziente di fare le scelte in tempi opportuni ed a livelli assistenziali esaustivi, sulla base della applicabilità locale delle evidenze scientifiche disponibili, nell'obiettivo di un uso appropriato, efficace ed efficiente delle risorse definite.

2. Con il presente accordo le parti intendono inoltre rilanciare il progetto "GOVERNANCE CLINICA MULTILIVELLO" (DGR 1338/10) e sperimentare il modello assistenziale e organizzativo della "presa in carico" integrata e proattiva, in grado di intercettare il bisogno di salute, ancor prima che si manifesti esplicitamente, organizzando le risposte assistenziali adeguate.
3. Con il presente accordo, inoltre, le parti intendono sperimentare anche un modello assistenziale della cronicità individuando nel **Diabete Mellito tipo 2**, la patologia cronica paradigmatica sia in termini di prevalenza nella popolazione residente e sia in termini di validazione del PDTA predisposto negli anni scorsi dalla Regione Basilicata e dalle singole Aziende Sanitarie Territoriali.
4. Si rimanda all'allegato 1 la declinazione delle specifiche dei relativi progetti di controllo clinico delle patologie croniche.
5. Ai fini della ripartizione e corresponsione del fondo di cui all'art. 47 comma 2 lett. B) "quota variabile ACN 2024 come determinato al successivo articolo 24 comma 2 lettera B) del presente AIR, le AASS devono conformare i programmi di attività ai seguenti principi:

   5.1 Le Aziende Sanitarie regionali individueranno i programmi e i progetti che intendono attuare, comunicandoli alla Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona, tra quelli previsti dal presente AIR tenendo conto delle proprie esigenze e specificità anche in relazione alle diverse AFT.

   5.2 Per una corretta attuazione dei programmi e dei progetti scelti in base alle specifiche esigenze aziendali e il successivo monitoraggio con la verifica di produttività, le Aziende sanitarie individueranno, per ogni progetto, i presupposti necessari affinché i destinatari del presente AIR abbiano modo e tempo di predisporre gli strumenti organizzativi correlati al proprio livello professionale e funzionale e di responsabilità.

   5.3 Le Aziende, pertanto, provvederanno, con tempestività, ad alcuni preliminari adempimenti che costituiscono la premessa affinché la valutazione della Performance sia un'attività concreta e non un mero esercizio burocratico.

   5.4 Risulta improcrastinabile, dunque, che l'assegnazione degli obiettivi operativi venga effettuata entro il mese di febbraio e le AASS, inoltre, sono tenute ad assegnare obiettivi che impegnino i soggetti coinvolti dagli specifici progetti/programmi e a promuovere un'adeguata partecipazione anche al fine di rendere compatibile l'espletamento del progetto con l'esercizio dell'attività ordinaria del medico del Ruolo Unico.

   5.5 Gli obiettivi operativi devono essere **chiari, concreti e misurabili** (*indicatori, baseline, target, fonte di verifica*) e devono essere assegnati tempestivamente.

REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

PARTE II
CONTESTO ISTITUZIONALE, ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE

CAPO I
IL RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MMG

Art. 5
PARTECIPAZIONE A COMITATI E COMMISSIONI
(*Rif. art. 17 ACN 2024*)

1. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta presenti nel Comitato Regionale e nel Comitato Aziendale dalla data di pubblicazione del presente accordo, per la partecipazione alle singole riunioni vengono riconosciute le spese di sostituzione secondo il comma 9 dell'art.36 dell'ACN nonché le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione. La partecipazione dei medici ad attività oraria è considerata attività di servizio.
2. I rimborsi di cui al precedente comma vengono corrisposti dall'Azienda di iscrizione del medico previa certificazione attestante la partecipazione a ciascuna seduta inviata dalla Regione alle singole Aziende alla fine di ogni trimestre e/o mediante presentazione, da parte del medico interessato, di apposito attestato rilasciato a termine della riunione stessa.
3. Nulla spetta per le riunioni della delegazione trattante.

Art. 6
ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO
(*Rif. art. 18 ACN 2024*)

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 18 e dal comma 9 dell'art. 4 dell'allegato 4 dell'ACN 2019-2021, le parti concordano che per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili in occasione di sciopero della categoria, ai medici del ruolo unico a ciclo di scelta che abbiano erogato le suddette prestazioni, spetta un compenso pari al 50% della quota capitaria (Art. 47, comma 2, lett. A) erogato a richiesta del medico previa autocertificazione comprovante l'erogazione delle già menzionate prestazioni.

Art. 7
FORMAZIONE CONTINUA (ECM)
(*Rif. art. 26 ACN 2024*)

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, la Regione avvia le interlocuzioni con gli Ordini dei Medici, le Società Scientifiche della Medicina Generale e le OO.SS. per la costituzione del Centro Formativo Regionale per la Medicina Generale.

Art. 8
ATTIVITÀ DIDATTICA
(*Rif. art. 27 ACN 2024*)

1. La regione annualmente entro il 31 gennaio, effettua una ricognizione del numero di animatori di formazione, di tutor e di docenti di medicina generale al fine di evidenziare eventuali carenze e programmare corsi di formazione specifici per le diverse figure professionali.

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA - REGIONE BASILICATA

2. Nella predisposizione degli elenchi annuali regionali di animatori, tutor e docenti viene riconosciuto anche l'attestato di partecipazione a corsi di formazione organizzati da organismi formativi extra regionali purché siano organizzati da Società Scientifiche della Medicina Generale e/o Università.
3. Le attività connesse al presente articolo non determinano oneri a carico del presente Accordo e non comportano riduzioni del massimale individuale.

CAPO II

AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) E UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE (UCCP)

Art. 9
ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE DELLA MEDICINA GENERALE
(*Rif. art. 8 ACN 2024*)

1. L'AIR del 2008 di cui alla DGR 331/08 aveva già individuato, nelle Equipes Territoriali e nella sperimentazione delle UTAP, gli strumenti organizzativi idonei allo sviluppo delle forme associative più complesse.
2. L'ACN del 2009 e soprattutto l'ACN 28.04.2022 e l'ACN 04.04.2024 individuano nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT, art. 8 e 29) e nelle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP, art. 9), le forme organizzative che superano, di fatto, le forme associative dell'assistenza primaria (ex art. 54 ACN del 23 marzo 2005 e smi).
3. Con il presente Accordo viene inoltre superata la logica delle Equipes Territoriali (ex art.10 AIR/2008) indirizzando il sistema, composto dai medici del ruolo unico di Assistenza Primaria (a ciclo di scelta e a quota oraria), verso forme evolute di aggregazione, al fine di rendere più snello, più organico, più operativo e più riconoscibile per il cittadino il sistema delle Cure Primarie, creando, con la *medicina di prossimità*, un'alternativa valida e integrata all'Ospedale.

Art. 10
AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (A.F.T.)
(*Rif. art. 29 ACN 2024*)

1. L'Aggregazione Funzionale Territoriale è una forma organizzativa mono-professionale, che persegue obiettivi di salute e attività definiti dall'Azienda sanitaria secondo un modello coerente con l'ACN 2024 e definito dalla Regione.
2. Ai sensi dell'art. 8 dell'ACN vigente, i medici di medicina generale operano all'interno dell'assetto definito dal modello organizzativo regionale, all'interno delle nuove forme organizzative e assumono l'obbligo di adesione al sistema informativo nazionale e regionale quale condizione irrinunciabile per l'accesso e il mantenimento della convenzione.
3. La AFT comprende i medici del Ruolo Unico di Assistenza primaria, a ciclo di scelta e ad attività oraria, che operano nell'ambio dei distretti e degli AOT definiti dalla DGR 600/2024, tenendo conto, tra l'altro, degli elementi propri del contesto locale, come riproposto nel Provvedimento generale di Programmazione (*di cui alla DGR 948/2022*) ai sensi dell'art. 1 comma 2 del DM 77/2022.

REGIONE BASILICATA - UFFICIO DELLA GIUNTA REGIONALE - FUNZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

4. Obiettivo delle AFT è assicurare l'erogazione dei LEA in coerenza e sinergia con gli altri attori del territorio, a livello distrettuale e Aziendale.

5. I compiti della AFT sono indicati nell'art. 29 del vigente ACN 2024.

6. Le AFT perseguono gli obiettivi prioritari delineati nell'ACN attraverso le azioni sottoelencate che fanno parte di un progetto complessivo volto a riqualificare e potenziare l'attività assistenziale. Tale progetto, da attuarsi in sinergia con tutti gli attori della Medicina Convenzionata è denominato "***Piano Integrato di Cura e Sostenibilità Sanitaria***".

7. Al fine di perseguire, compatibilmente con l'attività svolta, gli obiettivi prioritari indicati all'art. 4 del presente AIR e realizzare i compiti previsti per le AFT, i medici del Ruolo Unico di assistenza primaria si impegnano a:

   a) Garantire la presa in carico dei pazienti cronici e partecipare alle AFT e ai team multidisciplinari (UCCP), attivando e promuovendo i percorsi diagnostico-terapeutici in base alle linee guida nazionali e internazionali, con la stesura condivisa dei Piani di Cura nei progetti di salute (*Indicatore: numero di piani di cura redatti / pazienti presi in carico*);
   b) Erogare prestazioni tese a ridurre gli accessi non appropriati al Pronto Soccorso, supportando l'attività assistenziale duratura ed assidua (attività oraria) svolta dai Medici di Medicina Generale all'interno delle sedi distrettuali in overbooking, ove possibile. Le Aziende monitoreranno tali attività per valutarne l'appropriatezza e verificare la necessità di ore aggiuntive (*Indicatore: partecipazione all'attività: sì/no – in caso di no: motivare*);
   c) Implementare iniziative atte a promuovere la prescrizione di farmaci equivalenti e la condivisione di protocolli di farmaco-economia all'interno delle AFT e dei team multidisciplinari (*Indicatore: partecipazione a incontri documentati con i medici prescrittori organizzati dall'Azienda*);
   d) Assicurare l'assistenza domiciliare e/o attività esterne, oltre alla redazione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) (*Indicatori da definire*);
   e) Garantire le prestazioni di sorveglianza sanitaria in conformità al Decreto Legislativo 81/2008 (*Indicatori da definire*).

8. Per supportare queste attività e perseguire gli obiettivi prioritari di cui al precedente articolo 4, i Medici di medicina generale parteciperanno alla distribuzione di un fondo dedicato, che sarà monitorato e valutato dall'organo Aziendale deputato, con valori attesi relativi alla AFT di appartenenza;

9. Il fondo è costituito secondo le regole fissate dall'ACN 2024 per la costituzione del Fondo B. "Quota variabile" e D. "Quota del Fondo Aziendale dei fattori Produttivi", come determinati nel presente AIR e riportati nella Parte III agli articoli 23 e 24;

10. Con la DGR n. 202400600 – *Atto di definizione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nella Regione Basilicata,* del 17 ottobre 2024, la Regione Basilicata ha adottato il documento volto a costituire le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP).

11. L'ACN 04.04.2024 con gli art. 9 (Partecipazione alla forma organizzativa multiprofessionale – UCCP), 10 (Il coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale – UCCP), 29 (Caratteristiche generale delle Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT) e 30 (Il Referente di AFT) ha definito nel dettaglio caratteristiche, obiettivi, modalità di integrazione fra le due forme organizzative e il loro raccordo con il DM 77/2022.

REGIONE BASILICATA – DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

12. Ad integrazione di quanto previsto dai citati atti col presente accordo e fermo restando i compiti del medico del ruolo unico stabiliti all'art. 43 e relativi allegati 1, 8 e 9 dell'ACN vigente, si definiscono ulteriori compiti per le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e multiprofessionali (UCCP):
    a) realizzare progetti di sanità di iniziativa per i pazienti portatori di malattie croniche;
    b) assicurare l'assistenza ambulatoriale nelle piccole comunità in caso di carenza assistenziale per eventuale assenza di medici del ruolo unico a ciclo di scelta anche prevedendo la turnazione dei medici dell'AFT;
    c) l'assistenza ai turisti e le visite occasionali di cui all'art. 46 dell'ACN, come specificato all'art. 22 del presente accordo;
    d) attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica;
    e) adottare un collegamento informatico fra la Medicina Generale e le Aziende Sanitarie che preveda, laddove ne esistono le condizioni, la prenotazione delle prestazioni e l'inserimento automatico dei risultati nei database dei medici;
    f) sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti, tale da favorire appropriatezza e continuità nella cura degli assistiti;
    g) partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, alla valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
    h) realizzare ed implementare attività di prevenzione sulla popolazione assistita, coordinandosi con il Dipartimento di Prevenzione;
    i) erogare prestazioni diagnostiche di primo livello (limitata ai cittadini utenti facenti capo all'AFT), anche utilizzando professionalità intrinseche e specifiche dei medici che ne fanno parte, oltre che utilizzando, attraverso le attività professionalizzanti, i medici che frequentano il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. Queste prestazioni diagnostiche, nel contesto del percorso di presa in carico del paziente, hanno quale obiettivo vincolante, il miglioramento qualitativo dell'assistenza, la maggior appropriatezza diagnostica, la riduzione degli accessi ai DEA, oltre all'abbattimento delle liste d'attesa, anche in relazione all'applicazione del decreto sui codici di priorità.
    j) Predisporre un adeguato sistema di ricezione dei bisogni non differibili da parte dei cittadini privi temporaneamente di scelta medica o in carico a medici che non aderiscono alla pronta disponibilità telefonica.
    k) sviluppare la metodica dell'AUDIT e della PEER REVIEW quali strumenti di analisi e confronto, fra pari, sulle problematiche clinico-assistenziali i cui incontri saranno opportunamente verbalizzati;

13. Le AFT si impegnano ad assicurare l'assistenza ambulatoriale, anche mediante il coordinamento delle fasce orarie di attività ambulatoriale dei medici che ne fanno parte così da garantire complessivamente la disponibilità di accesso ambulatoriale per dodici ore giornaliere, dal lunedì al venerdì dalle ore 08,00 alle ore 20,00 e il sabato dalle ore 08,00 alle ore 10,00; mentre dalle ore 20,00 alle ore 08,00 dei giorni feriali, dalle ore 10,00 del sabato o di altro giorno prefestivo alle ore 08,00 del giorno feriale, le attività di assistenza costante ed assidua saranno allocate in uno o più sedi fisiche nell'ambito territoriale di riferimento della singola AFT, tenendo conto delle strutture esistenti e prossime al completamento, a partire dalle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e altri idonei presidi individuati dalle Aziende Sanitarie. Nelle stesse fasce orarie sarà assicurata anche l'assistenza domiciliare.

14. Il documento di costituzione delle AFT (ex DGR 600/2024), anche a fini semplificativi e di facilità di accesso organizzativo, funzionale ed amministrativo, ha opportunamente stabilito che ogni AFT,

REGIONE BASILICATA - UFFICIO GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

costituita secondo i criteri e le definizioni di legge, sia coincidente con i nuovi Ambiti Ottimali territoriali al cui interno sono allocate almeno una struttura PNRR di riferimento e una o più UCCP da individuare da parte delle Aziende sanitarie tra le strutture esistenti e/o in corso di realizzazione (PNRR, Poliambulatori), secondo criteri di adeguatezza in termini di accessibilità, complessità e completezza di offerta assistenziale alla popolazione afferente alla AFT;

15. Il funzionamento interno della AFT viene disciplinato da un apposito Regolamento definito all'interno del Comitato aziendale; nei casi di maggiore densità di assistiti il Regolamento potrà prevedere, strategie funzionali atte ad agevolare l'accesso all'assistenza alla totalità degli assistiti di quella AFT, facendo anche ricorso, all'occorrenza, ad uno o più istituti contrattuali previsti dall'ACN 2024 a cura del Referente sentito il Direttore del Distretto di appartenenza.

Art. 11
IL REFERENTE DI AFT
(Rif. art. 30 ACN 2024)

1. Ai sensi dell'art. 30 dell'ACN 2022, come confermato dall'art. 30 dell'ACN 2024, è istituita la funzione del referente della AFT e ne sono individuati i compiti.
2. La nomina del Referente di AFT avviene secondo quanto stabilito dall'art. 30 commi 1 e 7 dell'ACN 2024; per essere candidabili alla funzione di Referente è necessario, in aggiunta, essere in possesso di una esperienza certificata di convenzionamento pari ad almeno cinque (5) anni ed avere una aspettativa lavorativa non inferiore alla durata dell'incarico de quo che viene stabilita in anni 3.
3. Il Direttore Generale dell'Azienda, o un suo delegato, definisce le funzioni assegnate, gli obiettivi e i criteri di valutazione degli stessi al fine della verifica annuale dei risultati raggiunti dal referente di AFT, secondo indicatori stabiliti per la corresponsione del trattamento economico del referente di AFT stabilito nel presente AIR.
4. Oltre a quanto previsto dall'art. 30, commi 2, 3, 4 e 5 dell'ACN vigente, il Referente dell'AFT adempie anche ai seguenti compiti:
   a) Conduce e coordina almeno 3 incontri annuali a carattere organizzativo e/o professionale all'interno della AFT, assicurandone la programmazione, rapportandosi con la dirigenza aziendale;
   b) Rappresenta, per l'aspetto professionale, i medici/professionisti dell'AFT nei rapporti con le strutture organizzative territoriali ed ospedaliere di riferimento;
   c) Partecipa al processo di definizione degli obiettivi di budget e alle riunioni a riguardo;
   d) Favorisce l'attuazione dei percorsi di continuità nel raccordo fra ospedale e territorio sia nelle fasi di dimissione che in quelle di presa in carico dei pazienti cronici in collaborazione con gli Specialisti Ambulatoriali e i PLS;
   e) Annualmente redige una relazione al Direttore di Distretto sull'attività espletata, la quale costituirà lo strumento di valutazione anche al fine del rinnovo dell'incarico.
5. Ai sensi della citata normativa contrattuale, al Referente della AFT (o al sostituto in proporzione al periodo di subentro necessario), viene riconosciuto un compenso ai sensi dell'art. 30 comma 6 finanziato con risorse attinte, ogni anno, dal fondo di cui all'art. 47, comma 2, lettera B, punto II ovvero dal fondo di cui all'art. 47, comma 3, lettera B dell'ACN vigente. Pertanto, tale fondo, come determinato nel presente AIR all'articolo 24, dovrà essere annualmente decurtato, a livello aziendale, della somma necessaria al pagamento di detti compensi.

GIUNTA REGIONALE - REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

6. Il compenso da attribuire al referente della AFT, ai sensi dell'art. 30 comma 6 dell'ACN 2024, è commisurato alle funzioni assegnate ed ai risultati ottenuti nell'ambito delle risorse di cui al precedente comma e fissato nella misura di € 5.400 annui, fino a n. 30.000 assistiti appartenenti all'Ambito di riferimento della AFT in cui esercita il Referente, con una maggiorazione di € 0,075 annui per ogni assistito in più rispetto ai 30.000. Il numero degli assistiti per ogni AFT deve essere rivalutato, in più o in meno, di anno in anno, con il rilevamento della popolazione residente al 31 dicembre.
7. Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, valuta annualmente il referente di AFT in relazione al conseguimento dei risultati di cui all'articolo 30, comma 7 dell'ACN 2024 e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Art. 12
UNITÀ COMPLESSA DI CURE PRIMARIE - (U.C.C.P.)
(Rif. art. 9 ACN 2024)

1. La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altri sedi dislocate sul territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.
2. Opera, inoltre, in assistenza continua con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.
3. La UCCP garantisce il carattere multiprofessionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione, principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria e, ove previsto, dei veterinari.
4. La partecipazione dei Medici del Ruolo Unico a ciclo di scelta e ad attività oraria alle attività della UCCP è obbligatoria ed è regolata dalla programmazione.
5. I Medici del Ruolo Unico a ciclo di scelta e ad attività oraria, operanti all' interno della UCCP, svolgeranno i seguenti compiti:
   a) Assicurare l'accesso degli assistiti ai servizi della UCCP in integrazione con il team multiprofessionale, anche al fine di ridurre l'uso improprio del pronto soccorso;
   b) Garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti va perseguita l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello;
   c) Contribuire all'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i Distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
   d) Garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza ed i servizi socio-sanitari.
6. La UCCP realizza i compiti di cui al precedente comma attraverso:
   a) La programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
   b) La partecipazione ai programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma

REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

precedente;

c) La programmazione di audit clinici e organizzativi che coinvolgono anche i referenti di AFT di Medicina Generale, Pediatria di libera scelta e Specialistica ambulatoriale.

7. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti, anche ai fini della valutazione dei risultati raggiunti dagli stessi all'interno della UCCP.

8. Ai fini di cui al precedente comma gli Accordi Attuativi Aziendali potranno dettagliare ulteriori disposizioni finalizzate a disciplinare gli aspetti funzionali dei medici del ruolo unico all'interno delle UCCP.

9. Considerando che attualmente è presente, su tutto il territorio regionale, un'ampia offerta assistenziale garantita da Poliambulatori pubblici, si prevede nella fase di transizione verso la completa attivazione delle UCCP, il loro inserimento nel nuovo modello di rete territoriale.

10. *Relativamente ai Compiti dei Medici del ruolo unico dell'Assistenza Primaria nelle sedi di UCCP,* fermo restando quanto stabilito dall'art. 43 e relativi allegati 1, 8 e 9 dell'ACN vigente, sono di particolare rilevanza:

- Erogare ai cittadini le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
- Erogare assistenza sanitaria e diagnostica di 1° livello, anche al fine di ridurre l'accesso improprio al Pronto Soccorso.
- Mettere in atto i principi della sanità di iniziativa per la presa in carico globale del paziente cronico ed effettuare tutte le attività tipiche della prevenzione primaria e secondaria (educazione sanitaria, stili di vita, ecc.).
- Raccordarsi con l'AFT per quanto riguarda la gestione del budget assegnato e degli obiettivi da raggiungere.
- Fornire prestazioni socio-sanitarie integrate, con particolare riguardo alla domiciliarità ed alla residenzialità, nell'ambito degli obiettivi concordati dall'Azienda con l'AFT, allo scopo, in questo caso, di ridurre al minimo la necessità di istituzionalizzazione dei cittadini.

Art. 13
COORDINATORE DI U.C.C.P.
(*Rif. art. 10 ACN 2024*)

1. Ai sensi dell'art. 10 dell'ACN vigente il coordinatore della UCCP viene individuato dall'Azienda sanitaria mediante avviso pubblico rivolto alle figure professionali operanti nella stessa, ivi compresi i Medici del Ruolo Unico.

2. Il coordinatore di UCCP potrà essere incaricato solo se in possesso dei titoli e dell'esperienza di cui all'art. 10 comma 1 dell'ACN vigente.

3. Al coordinatore di UCCP possono essere affidate, in particolare, le funzioni di:

a) Organizzazione dei percorsi assistenziali, coordinamento organizzativo e dell'attività clinica a sostegno della Direzione di Distretto;
b) Relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
c) Raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
d) Collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione del budget assegnato, alla

GIUNTA REGIONALE - REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

rilevazione e valutazione dei fabbisogni con i Direttori di Distretto;

e) Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, valuta annualmente i risultati del coordinatore di UCCP e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

4. Al coordinatore di UCCP, qualora individuato tra i medici del Ruolo Unico di assistenza primaria è attribuito un compenso ai sensi dell'art. 10 comma 4 dell'ACN vigente, commisurato alle funzioni assegnate ed ai risultati ottenuti, valutato secondo gli indicatori di cui all'art. 9 comma 5 dell'ACN medesimo, nell'ambito delle risorse attinte nella misura massima pari a € 4.800 annui gravanti sul fondo di cui all'art. 47, comma 2, lettera B, punto II ovvero dal fondo di cui all'art. 47, comma 3, lettera B dell'ACN vigente. Pertanto, tale fondo, come determinato nel presente AIR all'articolo 24, dovrà essere annualmente decurtato, a livello aziendale, della somma necessaria al pagamento di detti compensi.
5. Nel caso in cui l'incarico di Coordinatore di UCCP venga assegnato ad una figura professionale diversa dal medico del ruolo unico di assistenza primaria il compenso sarà imputato allo specifico comparto di appartenenza del coordinatore.

Art. 14

RAPPORTI DELL'AFT CON LE PRECEDENTI FORME DELLA MEDICINA GENERALE

1. Come stabilito al punto 8 della parte dispositiva della DGR 600/2024, in fase di prima applicazione della costituzione delle AFT e delle UCCP, tutti i medici convenzionati, già incaricati a qualsiasi titolo, sono appartenenti di diritto ai nuovi Ambiti Ottimali Territoriali, in ragione dell'appartenenza ai precedenti AOT in essi inglobati.
2. Per tale medesima ragione, poiché le AFT sono state costituite con perfetta coincidenza con i nuovi AOT, stante il superamento di tutti i precedenti istituti associativi (Associazione, gruppo e rete), trova applicazione, in termini di corresponsione di remunerazione di parte variabile, quanto disposto dall'articolo 47 comma 2 lett. D (Quota del Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi).

FUNZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA - REGIONE BASILICATA -

REGIONE BASILICATA

PARTE III
CONTESTO NORMATIVO

CAPO I
RUOLO UNICO DELLA MEDICINA GENERALE

Art. 15
RUOLO UNICO DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
(*Rif. art. 31 e 32 ACN 2024*)

1. Ai sensi del combinato disposto degli artt. 31 e 32 dell'ACN vigente, è data piena attuazione al Ruolo Unico dell'assistenza primaria ed è sancita l'effettiva implementazione attraverso il rinvio alla disciplina già prevista dal precedente ACN del 2022.
2. È stabilito, in particolare, che l'attività dei medici di medicina generale sia svolta a tempo pieno, con modalità che possono essere a ciclo di scelta o su base oraria, all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).
3. Con il nuovo assetto organizzativo funzionale, così come definito in Basilicata con la DGR 600/2024, e nell'ambito dell'attuazione del Ruolo Unico, saranno adottati nuovi parametri e criteri per la determinazione del rapporto tra il numero di medici e la popolazione residente, coerentemente con le specifiche esigenze territoriali e i modelli organizzativi previsti dal presente accordo.

Art. 16
RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE
(*Rif. art. 32 ACN 2024*)

1. In attuazione dell'art. 32 dell'ACN vigente, al fine di determinare il rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio e gli abitanti residenti, a decorrere dal 1° gennaio 2025 si applica il parametro di **1** medico ogni 1.200 residenti o frazione di 1.200 superiore al 50%, calcolato secondo quanto previsto dall'Allegato 7 dell'ACN vigente, con un "correttivo aggiuntivo" di un medico ogni 5.000 residenti con ingresso ad attività oraria.
2. Per effetto del potenziamento dell'assistenza territoriale previsto dal POR PNRR del maggio 2022, dalla DGR 948/2022, nonché dalla DGR 600/2024, con la quale ultima si è provveduto altresì alla costituzione delle nuove forme di aggregazione funzionale ed alla ridefinizione degli ambiti ottimali territoriali, la delibera regionale di pubblicazione delle località carenti, a ciclo di scelta e ad attività oraria, potrà stabilire eventuali diversi "correttivi aggiuntivi" rispetto al parametro 1:5.000.
3. Ai fini della definizione della delibera relativa alla pubblicazione delle località carenti, le Aziende sanitarie territoriali definiscono e propongono alla Giunta regionale il fabbisogno di medici del Ruolo Unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (applicando il rapporto 1:1.200) e ad attività oraria (applicando quanto previsto al comma precedente) sentito il Comitato Aziendale, per ciascun Ambito Ottimale Territoriale / Aggregazione Funzionale Territoriale.
4. All'esito di quanto stabilito dai precedenti commi e dopo aver espletato le procedure di cui all'art. 32 comma 8 e dall'art. 34 dell'ACN vigente, le Aziende sanitarie, procedono alla pubblicazione di ulteriori

GIUNTA REGIONALE - REGIONE BASILICATA - UFFICIO COMPETENTE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

avvisi per l'affidamento di incarichi rimasti vacanti, a ciclo di scelta e ad attività oraria, ai sensi dell'art. 34 comma 26 dell'ACN vigente.

5. Espletate le ulteriori procedure di cui al comma precedente effettuate ai sensi dell'ACN vigente, nelle more della piena attuazione dei piani di potenziamento dell'assistenza territoriale, le Aziende sanitarie nei casi di conclamata effettiva ed ulteriore esigenza per carenza assistenziale, sentito il Comitato Aziendale, possono provvedere ad affidare ulteriori incarichi di tipo provvisorio e a tempo determinato.

Art. 17
REQUISITI DEGLI STUDI MEDICI
(*Rif. art. 35 ACN 2024*)

1. Gli obblighi di apertura degli studi medici del Ruolo unico di assistenza primaria sono stabiliti dai commi da 1 a 5 dell'art. 35 dell'ACN vigente.
2. Lo studio professionale del medico iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di continuità dell'assistenza per le AFT, nella fascia oraria 8,00-20,00 deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana, secondo un orario congruo e non inferiore a:
   - 5 ore fino a 500 assistiti;
   - 12 ore da 501 a 1.000 assistiti;
   - 20 ore da 1.001 a 1.500 assistiti;
   - 22 ore nei casi previsti dall'art. 38 commi 2 e 3 dell'ACN 2024.
3. Con riferimento alle modalità di contattabilità dei medici del Ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio, dovrà farsi prioritariamente riferimento alla AFT di appartenenza che disporrà tutte le azioni necessarie a garantire l'assistenza ai cittadini, mettendo in contatto il paziente con uno dei medici dell'AFT.
4. È altresì consentito al medico a ciclo di scelta di offrire un diverso strumento di contattabilità diretta, da parte degli assistiti, aderendo al "*Sistema di pronta disponibilità telefonica*", diurna e feriale, da formalizzare con l'Azienda di appartenenza anche al fine di informare gli assistiti.
5. Per tale istituto il compenso aggiuntivo annuo per assistito è pari ad euro 3,10, da parametrare al periodo di effettiva disponibilità attivata; tale compenso grava sul fondo di parte variabile di cui all'art. 47 c. 2 lett. B punto II.
6. Il medico potrà sempre recedere da questa forma di attività integrativa con preavviso di 30 giorni al Referente di AFT/Direttore del Distretto.
7. La disponibilità telefonica deve intendersi erogata in maniera diretta e non con apparecchi di segreteria telefonica.

Art. 18
MASSIMALE E SUE LIMITAZIONI
(*Rif. art. 38 ACN 2024*)

1. L'incarico del medico del Ruolo unico di assistenza primaria è conferito in una sola Azienda e comporta lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali con progressiva riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti.

REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

2. Nei casi di conclamata necessità ed urgenza, esperite tutte le procedure (anche di reiterate pubblicazioni aziendali di località carenti ad esito infruttuoso), il massimale di cui al precedente comma, in coerenza con il disposto di cui all'art. 38 comma 1 ACN 2024, può essere innalzato fino al limite massimo di 1.800 scelte, per un tempo massimo di 6 mesi, acquisibili esclusivamente a supporto della popolazione di riferimento della AFT di appartenenza; tale deroga al massimale può essere concessa per ulteriori sei mesi nei casi di perdurante necessità ed urgenza.
3. All'innalzamento del massimale consegue corrispondente incremento della quota capitaria e della quota variabile legata alle performance.

Art. 19
SCELTA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
(*Rif. art. 39 ACN 2024*)

1. Nel caso di cittadini domiciliati in ambiti diversi da quello di residenza, per motivi di studio, lavoro e/o di salute (debitamente certificati e/o autocertificati), è possibile che gli stessi effettuino la scelta del medico nell'Azienda/Regione cui appartiene il comune di domicilio. Tale iscrizione ha una durata annuale espressamente rinnovabile.
2. Il cittadino extracomunitario, in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, effettua la scelta a tempo determinato con validità pari a quella del permesso di soggiorno. La scelta è prorogabile alla scadenza, su richiesta del cittadino, purché risulti avviato l'iter procedurale per il rinnovo del permesso di soggiorno.
3. Le scelte dei cittadini extracomunitari, temporaneamente sospese dagli elenchi dell'Azienda, vengono riattribuite allo stesso medico dal momento della cessazione della sospensione ove, la stessa, non abbia superato la durata di sei mesi ed il medico non abbia raggiunto il massimale consentito. È fatta salva, inoltre, la diversa determinazione da parte del cittadino extracomunitario.
4. Il rinnovo della iscrizione a tempo determinato, dei cittadini italiani residenti in altri Comuni e dei cittadini extracomunitari, negli elenchi dello stesso medico di fiducia a cui risultavano iscritti, non costituisce per il medico nuova scelta entro il limite del massimale consentito, fermo restando il disposto di cui di cui al comma 5 dell'art. 47 dell'ACN vigente, in analogia a quanto già stabilito dalle norme della Istituzione della Anagrafe Nazionale degli Assistiti del 1° giugno 2022, nel rispetto della libera scelta del cittadino e del rapporto di fiducia medico-paziente.

Art. 20
COMPITI DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
(*Rif. art. 43 ACN 2024*)

1. Fermo restando quanto stabilito dall'art. 43 e dai relativi allegati 1, 8 e 9 dell'ACN vigente e con riferimento a quanto demandato agli AIR dal comma 6 lett. b) e c) e dal comma 7 lett. j) e k) dell'art. 43 del medesimo ACN, si specifica quanto segue:
   - la Regione Basilicata, con DGR n. 1655/2001 (Linee guida per l'assistenza domiciliare integrata), DGR n. 1650/2005 (Realizzazione della rete regionale di assistenza delle cure palliative), DGR n. 862/2008 (Nuove linee guida per l'erogazione del servizio delle cure domiciliari nella regione Basilicata) e con DGR 331/2008 (Approvazione dell'accordo integrativo regionale per la medicina generale), ha inteso dare un forte impulso al settore delle politiche sanitarie ed in particolare a quelle di welfare al fine di

REGIONE BASILICATA - UFFICIO DELLA GIUNTA REGIONALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

assicurare ai cittadini la massima tutela e qualità della vita nelle situazioni di non autosufficienza;

- L'assistenza domiciliare (livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico) fornisce, in relazione ai bisogni dell'utente, un insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, effettuate a domicilio dell'utente, nel rispetto degli standards minimi di assistenza, eventualmente in forma integrata e secondo piani programmati, definiti individualmente (personalizzati), con la partecipazione delle figure interessate al singolo caso e con il totale coinvolgimento del medico curante. I destinatari delle cure domiciliari sono persone che presentano bisogni complessi sia di natura socio-assistenziale sia sanitaria e che, pertanto, richiedono interventi multidisciplinari, altrettanto complessi ed integrati, al proprio domicilio.

2. Gli obiettivi dell'assistenza domiciliare possono essere così riassunti:
   a) Garantire un intervento qualificato e coerente ai bisogni di salute dell'utente;
   b) Migliorare la qualità di vita dell'utente, fornendo risposte globali e continuative, basate sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali;
   c) Mantenere per quanto possibile l'utente nel proprio ambiente familiare e sociale, evitando e/o ritardando l'istituzionalizzazione;
   d) Favorire la de-ospedalizzazione, evitando ricoveri non necessari o troppo prolungati, con riduzione dei disagi di ordine psicologico, economico e sociale, sia per l'utente sia per i propri familiari;
   e) Sostenere la famiglia, trasmettendo le eventuali competenze necessarie per l'autonomia di intervento;
   f) Evitare o ridurre i rischi di isolamento o di emarginazione sociale;
   g) Facilitare l'accesso all'erogazione dei presidi e degli ausili;
   h) Assicurare continuità terapeutica nel momento critico della dimissione ospedaliera.
3. L'assistenza domiciliare è altresì rivolta ai malati in fase critica (DGR n. 196 del 7/2/2000), inclusi nel setting assistenziale della rete regionale delle cure palliative (DGR n. 1650 del 1/8/2005).
4. Inoltre, per il miglioramento della appropriatezza dei processi di Presa In Carico (di seguito PIC) dei pazienti e per il raggiungimento dei target annui previsti dal PNRR per le PIC dei pazienti di età ≥65 anni, i MMG/PLS sono tenuti ad utilizzare gli strumenti di valutazione già nella loro disponibilità, interRAI Contact Assessment e NecPal, per l'individuazione dei pazienti da avviare all'ADP, all'ADI e all'ADICP (ADI per le Cure Palliative) e a compilare la scheda verbale NSIS e le informazioni previste per tutte le PIC dei pazienti in ADI, ADP, e in ADICP.
5. Tale ultimo compito è strettamente collegato alla efficace rendicontazione del raggiungimento del Target minimo stabilito dal Piano Operativo regionale PNRR 2022 relativamente all'assistenza domiciliare.
6. L'assistenza domiciliare, così come esplicitato dagli allegati 8 e 9 dell'ACN 2024 e nell'allegato 2 del presente AIR deve essere assicurata con interventi a domicilio di:
   a) Assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (**ADP**);
   b) Assistenza domiciliare integrata (**ADI**);
   c) Assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (**ADR**) normata dal presente accordo.
7. **L'assistenza nei confronti dei pazienti ospiti di residenze protette e collettive (ADR) è rimandata** alla trattativa aziendale, al fine di garantire il rispetto degli standards previsti dal piano socio-assistenziale regionale vigente, in conformità alla DGR 948/2022.
8. Le Aziende definiscono e/o aggiornano gli specifici accordi in materia di **ADR** in coerenza con le direttive regionali.

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA - REGIONE BASILICATA

REGIONE BASILICATA

Art. 21
ATTIVITÀ ASSISTENZIALE A PRESTAZIONE ORARIA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
(*Rif. art. 44 ACN 2024*)

1. Nella Regione Basilicata il servizio di ex Continuità Assistenziale ha fatto registrare un numero di ore espletate pari alla media di 1.395 h per 1.000 assistiti (*fonte: rilevazione SISAC al 1° gennaio 2024*) distribuite su 140 presidi dislocati sul territorio. Tale dato, in un range che va da 80 a 1.395, con una media nazionale di 494 h/1.000 assistiti, risulta essere il più alto d'Italia ed è enormemente superiore allo standard ottimale previsto dall'ACN 2024 (correttivo aggiuntivo di 1 medico ogni 5.000 residenti). Pertanto, nelle more di completa attuazione della riforma territoriale ai sensi del DM 23 maggio 2022, n. 77 e della DGR 948/2022, si concorda di avviare un processo di efficientamento del servizio ad attività oraria in linea con l'ACN in vigore tenendo conto però delle specificità demografiche ed orografiche della Regione Basilicata.
2. Dalla data di pubblicazione del provvedimento concernente le località carenti di cui all'art.16 del presente accordo, le attività a rapporto orario sono assicurate dai medici del Ruolo unico di Assistenza Primaria tenendo conto di quanto stabilito dall'art. 38 dell'ACN 2024.
3. Considerate le peculiari caratteristiche orogeografiche del territorio della Basilicata, si conviene che il rapporto ottimale (medici/abitanti) di cui all'art. 38 dell'ACN 2022 non possa essere il criterio prioritario per definire il fabbisogno di medici a rapporto orario. Si prende atto, altresì, che la ridefinizione della rete del servizio ex Continuità Assistenziale, di competenza delle Aziende Sanitarie, sulla base degli atti di potenziamento dell'assistenza territoriale adottati dalla Regione Basilicata, si fonda su:
   a. Attivazione della Centrale Unica per ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti attraverso il Numero Unico Europeo 116117;
   b. Attivazione di ambulatori per l'assistenza continua gestiti da medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, eventualmente con personale infermieristico, ubicati presso i Presidi Diurni di Assistenza Integrata, le sedi di riferimento delle AFT, le sedi delle UCCP o presso sedi della ex Continuità Assistenziale, conformi alle norme igienico-sanitarie nei Comuni con una popolazione residente superiore a 5000 abitanti; in tali sedi il servizio è garantito nei giorni feriali dalle ore 20 alle 8, dalle ore 10 del sabato e dei giorni prefestivi alle 8 del giorno post-festivo;
   c. Per le sedi di servizio individuate all'interno di ciascuna AFT, sulla base della disponibilità dei singoli sanitari, l'Azienda attribuisce ad uno di essi la funzione di MEDICO REFERENTE (in totale 19, tanti quante sono le AFT), già previsto all'art. 35 comma 1 AIR 2008 (ex DGR 331/2008) relativamente al quale si fa rinvio alla norma transitoria n. 2. La nomina ha durata annuale ed è rinnovabile, se condivisa dai medici della AFT e dall'Azienda. Il medico referente a cui spetta il compenso mensile di € 225,00, ha il compito di relazionarsi con il referente della AFT e coordina le attività delle sedi e, in particolare:
      - provvede alla compilazione (sentiti i medici interessati) ed alla trasmissione mensile dei turni;
      - organizza entro e non oltre il 30 maggio di ciascun anno il calendario del ristoro psico-fisico, nel rispetto delle singole esigenze e secondo il principio della equa rotazione;
      - provvede alla richiesta di farmaci e/o strumentario tecnico logistico necessario per l'espletamento del servizio ed alla tenuta dei registri di carico e scarico dei farmaci;
      - concorda la definizione di linee di condotta organizzative e operative informandone i nuovi incaricati.
   d. In caso di cambi turno tra sanitari dello stesso punto, questi ultimi sono tenuti a darne comunicazione all'Azienda, mediante PEC, e al medico referente il quale, alla fine di ogni mese, provvederà

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA - REGIONE BASILICATA

a sua volta a trasmettere all'Azienda una specifica nota riassuntiva dei turni effettivamente eseguiti dai medici.

4. Le 4 ore addizionali, per i medici a rapporto orario di 24 ore, fino alla assegnazione del ruolo unico che prevede le 38 ore, sono attribuite al Medico che ne fa richiesta. Nell'ottica di una rete territoriale di servizi fondata sull'integrazione delle diverse funzioni, le Aziende utilizzano i Medici a rapporto orario nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, a titolo esemplificativo, nelle seguenti sedi:
   - Ambulatori e Servizi territoriali
   - U.C.C.P.
   - Ospedali e Case di Comunità
   - Attività di supporto ai servizi vaccinali delle Aziende
   - Case alloggio
   - Comunità terapeutiche
   - Strutture sanitarie residenziali
   - SERD
   - Ambulatori codici bianchi c/o strutture di P.S. ospedaliere
   - Attività di supporto agli spazi psichiatrici
5. Entro 45 giorni dalla richiesta del Medico, le Aziende, in base alle proprie esigenze e nel rispetto degli ambiti territoriali di appartenenza, individueranno i settori di utilizzo dei sanitari disponibili; trascorso tale periodo per i Medici richiedenti sarà comunque legittimato il diritto a compenso della quota oraria addizionale a meno che lo stesso non sia stato inserito nell'istituto del Ruolo Unico;
6. Sulla base di specifici programmi aziendali e previa acquisizione di disponibilità da parte dei Medici interessati, le Aziende attribuiscono al Medico a rapporto orario quote aggiuntive di ore sino alla concorrenza massima delle 38 ore settimanali che comporta l'ingresso nel Ruolo Unico;
7. Si conviene, in applicazione del disposto dell'art. 26 dell'ACN 2024, sull'obbligo di aggiornamento per i Medici ad attività oraria nel limite delle 40 ore annue che verranno retribuite secondo i normali compensi. Qualora l'orario dei corsi non sia compatibile con lo svolgimento del servizio, l'Azienda provvede alla sostituzione del Medico. Le Aziende garantiscono un piano formativo coerente con i bisogni rilevati e mirati a sostenere la piena valorizzazione del servizio stesso.
8. Fermo restando quanto previsto in materia di sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale dall'art. 22 dell'ACN 2024, si conviene sull'opportunità di confermare quanto già stabilito all'art. 29 dell'AIR ex DGR 331/2008, di seguito riportato, ovvero "*di far conservare l'incarico al Medico, senza diritto a compenso, per assenze giustificate*" dovute a:
   a. gravi e documentati motivi di natura familiare, fino ad un massimo di 15 giorni;
   b. partecipazioni ad esami o concorsi, fino ad un massimo di 10 giorni;
   c. matrimonio, fino ad un massimo di 15 giorni;
   d. documentati motivi di lavoro e di studio. Il periodo di sospensione non può superare gli otto mesi complessivi nell'arco di diciotto mesi.

9. Compiti del medico

   a) Il Medico ad attività oraria assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nella Regione Basilicata in sedi ambulatoriali e nelle fasce orarie definite e stabilite. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente, il Medico effettua gli interventi domiciliari ritenuti appropriati sulla base di apposite linee guida Aziendali.
   b) Al Medico che assicura il servizio ad attività oraria, nel caso venga impegnato, per interventi domiciliari e/o territoriali urgenti, oltre la fine del proprio turno, spettano i normali compensi rapportati al prolungamento del servizio.

REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

c) Il medico in servizio ad attività oraria può eseguire, nell'espletamento dell'intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al Nomenclatore Tariffario dell'Allegato 6 dell'ACN 2024 e dall'allegato 2 del presente Accordo Integrativo.

d) In caso di turni continuativi non inferiore a 10 ore, si conviene sul diritto del Medico ad una pausa pasto di 30 minuti, durante la quale lo stesso, con mezzi opportuni (trasferimento di chiamata, messaggio in segreteria telefonica, etc), assicurerà la propria immediata reperibilità;

e) Il Medico nell'espletamento delle sue funzioni utilizza esclusivamente il timbro identificativo recante la dicitura del proprio nominativo ed il servizio di appartenenza.

f) In caso di cambi turno tra sanitari dello stesso ambulatorio, questi ultimi sono tenuti a darne comunicazione scritta, anche a mezzo pec, al MEDICO REFERENTE del Servizio il quale, in maniera puntuale, alla fine di ogni mese provvederà a trasmettere all'Azienda nota specifica riassuntiva di tutte le variazioni eventualmente avvenute nella turnazione.

10. Competenze delle Aziende

a) È obbligo delle Aziende fornire gli ambulatori ove viene esercitato il servizio di assistenza continua, a cura dei Medici ad attività oraria, la modulistica, i farmaci, lo strumentario e il materiale di primo soccorso (cfr. ex DGR n. 664/2023) necessari alla effettuazione degli interventi di urgenza richiesti.

b) Le Aziende garantiscono, altresì, che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali per la sosta, il riposo dei Medici e l'attività ambulatoriale lì dove prevista, con adeguate misure di sicurezza (videocitofono, telefono con libera chiamata all'esterno e con contascatti e con trasferimento di chiamata su telefonino aziendale, collegamenti diretti con forze dell'ordine e/o Guardie Giurate), nonché di servizi igienici standards (cfr. ex DGR n. 1640/2001).

c) In linea con la politica di informatizzazione sostenuta dalla Regione Basilicata e facendo riferimento ai fondi ad essa destinati, ciascuna sede sarà dotato di una stazione informatica efficiente.

d) Relativamente all'aggiornamento professionale di cui all'art. 26 dell'ACN 2024, le Aziende formulano un piano formativo coerente con i fabbisogni rilevati e inerenti la specificità del servizio, con particolare riguardo per le patologie in età pediatrica e mirati a sostenere la piena valorizzazione dell'attività di assistenza continua.

e) Nell'ottica di un utilizzo appropriato del servizio, è opportuna la redazione di materiale informativo, concordato con le OO.SS., rivolto ai cittadini riguardante le specificità del servizio di Assistenza Continua.

11. Organizzazione della reperibilità

a) In ogni Azienda mensilmente vengono organizzati turni di reperibilità domiciliare secondo il disposto dell'art. 44 comma 6 dell'ACN 2024. Il numero dei Medici in reperibilità è determinato di norma in un medico per ogni AFT. Nelle realtà in cui per ciascun turno di servizio insistono più unità mediche in guardia attiva e laddove i presidi di guardia attiva si riferiscono a comuni con popolazione superiore a 10.000 abitanti, il rapporto sarà di un medico reperibile ogni 4 medici in turno, con eventuale arrotondamento in difetto o in eccesso in ragione del numero di medici.

b) Trattandosi di reperibilità domiciliare ai soli fini della copertura di turni in occasione di esigenze imprevisti, durante l'intervallo di tempo che intercorre tra l'attivazione del reperibile ed il suo arrivo al Presidio verrà attivato l'istituto della Pronta Disponibilità di cui al successivo articolo.

12. Pronta disponibilità

Qualora il Medico in servizio in forma attiva, al di fuori degli orari di reperibilità, sia impedito, per cause di forza maggiore, ad effettuare o a continuare il proprio turno di servizio, dopo aver provveduto ad

GIUNTA REGIONALE - REGIONE BASILICATA - UFFICIO GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

avvisare l'utenza, con i mezzi più opportuni (avviso scritto per i pazienti, messaggio in segreteria telefonica, trasferimento di chiamata, forze dell'ordine), può allertare il medico del presidio più vicino, il quale sarà tenuto ad assicurare gli interventi nel Comune rimasto scoperto. A quest'ultimo spettano, aggiuntivamente, i normali compensi rapportati alla durata del servizio prestato che, ovviamente, sono trattenuti nella misura corrispondente al Medico che si è trovato nell'impossibilità di assicurare il servizio.

Art. 22
ASSISTENZA AI TURISTI E VISITE OCCASIONALI
(*Rif. art. 46 ACN 2024*)

1. Ad integrazione di quanto disposto dall'art. 46 dell'ACN 2024, la Regione individua con apposito provvedimento le località a forte flusso turistico ove le AFT territorialmente competenti organizzano il servizio di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti, utilizzando i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria.
2. Con il medesimo provvedimento la Regione, in forza dell'art. 46 comma 4 dell'ACN vigente, individua le particolari categorie di persone cui assicurare le visite occasionali con pagamento delle stesse al medico da parte dell'Azienda sanitaria.
3. Nell'ambito della autonomia organizzativa Aziendale, il servizio di cui ai precedenti commi viene erogato secondo modalità e forme stabilite dal Referente della AFT, sentito il Direttore del Distretto di appartenenza.

CAPO II
TRATTAMENTO ECONOMICO
del medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria

Art. 23
ATTIVITÀ REMUNERATE CON LE QUOTE NEGOZIABILI A LIVELLO REGIONALE
(*Rif. art. 47 ACN 2024*)

1. L'ACN 2024 per il triennio 2019-2021 ribadisce da un lato l'istituzione delle nuove forme organizzative della Medicina Generale e dall'altro valorizza e incentiva l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico. Pertanto, con i successivi allegati, parte integrante e sostanziale dell'Accordo Integrativo Regionale, si concorda l'individuazione di specifici fondi alimentati con le risorse richiamate all'art. 47 dell'Accordo Collettivo Nazionale 04.04.2024 e, corrispondentemente, all'art. 24 del presente AIR.
2. Per ciascuno dei finanziamenti stabiliti viene riportata, in sintesi, la corrispondente aggregazione delle attività assistenziali erogabili a carico dei predetti finanziamenti, declinati in appositi allegati da 1 a 4 del presente AIR:
   a) Effettuazione di specifici programmi di Governo Clinico finalizzati alla presa in carico di pazienti cronici, finanziato con le risorse di cui alla lettera ***B).*"*Quota variabile*"** dell'art. 24 comma 2 del presente AIR, corrispondente all'art. 47 comma 2 lettera B) dell'ACN 2024;
   b) Erogazione di Prestazioni Aggiuntive, dell'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) finanziato con le risorse di cui alla lettera C***).*"*Quota per***

GIUNTA REGIONALE - REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

Servizi" dell'art. 24 comma 2 del presente AIR, corrispondente all'art. 47 comma 2 lettera B) dell'ACN 2024;

c) Partecipazione alle nuove forme organizzative funzionali della Medicina Generale, da finanziarsi con le risorse di cui alla lettera ***D)."Quota del Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi"*** dell'art. 24 comma 2 del presente AIR, corrispondente all'art. 47 comma 2 lettera D) dell'ACN 2024;

d) Svolgimento di attività diverse e complementari all'assistenza primaria da finanziarsi con le risorse di cui alla lettera ***E)."Quota per Ulteriori Attività e Prestazioni"*** dell'art. 24 comma 2 del presente AIR, corrispondente all'art. 47 comma 2 lettera D) dell'ACN 2024.

Art. 24
TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
(Rif. art. 47 ACN 2024)

1. Il trattamento economico del medico del ruolo unico di assistenza primaria prevede il compenso per l'attività a ciclo di scelta ed il compenso per l'attività oraria. Per entrambe le tipologie, ai sensi dell'art. 47 comma 4 dell'ACN 2024: "Le eventuali integrazioni già stabilite con Accordi Integrativi Regionali sono negoziate a livello regionale nel rispetto delle finalità previste dall'art. 3, comma 4 dell'ACN 2024.

2. Retribuzione per l'attività a ciclo di scelta *(art. 47 comma 2 lett. A, B, C, D ed E ACN 2024.)*

La retribuzione per attività a ciclo di scelta, al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, si articola in:

A. Quota capitaria per assistito,
comprende i compensi e le quote annue stabilite dall'art. 47 comma 2 lettera A) punti da I) a VIII) dell'ACN 2024, essi sono calcolati ed erogati dalle Aziende così come definiti a livello nazionale. Relativamente ai punti II e VI, in particolare, si precisa e concorda quanto segue:

II) Il compenso forfettario annuo per ciascun assistito in carico, è determinato a livello regionale (di anno in anno) con le risorse trasferite dall'INAIL al Fondo Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1 comma 526, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145.
Le disponibilità annue a far data dal 01 gennaio 2019, definite mediante ripartizione con la prevista Intesa Stato-Regioni tra le Regioni ed ulteriormente ripartite tra i medici di assistenza primaria ed i dirigenti medici dipendenti del SSR, rispettivamente nella misura del 44% e 56%, come individuato dall'Intesa Rep. Atti n. 91/CSR del 25.05.2022, in vigore per il quinquennio 2019-2023, sono le seguenti:

Anno	Intesa CSR Riparto tra Regioni del FSN	Importo Totale INAIL x RegBas €	44% per MMG Intesa 91/CSR 2022 €	Assistiti al 31 dicembre di ciascun anno	Compenso Forfettario annuo regionale per assistito
2019	Rep. Atti n. 88/CSR del 06.06.2019	234.794,00	103.309,36	496.675	**0,2080**
2020	Rep. Atti n. 55/CSR del 31.03.2020	233.594,00	102.781,36	492.880	**0,2085**
2021	Rep. Atti n. 152/CSR del 04.08.2021	233.166,00	102.593,04	489.240	**0,2097**
2022	Rep. Atti n. 278/CSR del 21.12.2022	235.166,00	103.473,04	486.315	**0,2128**
2023	Rep. Atti n. 262/CSR del 09.11.2023	242.979,00	106.911,00	485.594	**0,2202**

GIUNTA REGIONALE - REGIONE BASILICATA - UFFICIO GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

Per gli anni successivi, ovvero dal 2024 in avanti, di anno in anno, saranno applicate le quote da calcolarsi per effetto dell'iniziativa di cui si è preso atto con la Dichiarazione a verbale n. 5 resa al tavolo negoziale nazionale ed acclusa all'ACN 2024, così formulata:
"Le parti prendono atto dell'iniziativa delle Regioni tesa a riformulare i criteri di ripartizione delle disponibilità annue stabilite dall'art. 1, comma 526, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, allo scopo di uniformare le quote del compenso indicato all'art. 47, comma 2, lettera A, punto II del presente Accordo".

VI) L'importo degli assegni individuali resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale di singoli medici nell'anno precedente vanno ad incrementare il fondo di ponderazione qualitativa delle quote capitarie a livello Aziendale per l'anno successivo. Tale fondo sarà ripartito in quote capitarie fra tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta.

B. Quota variabile,
(*Rif. art. 47 comma 2 lett. B) punti I, II e III ACN 2024***)**

È finalizzata a specifici programmi di attività e promozione del governo clinico, allo sviluppo della medicina d'iniziativa ed alla presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche, così come declinato nell'allegato 1 del presente accordo. Nell'ambito degli specifici programmi di attività verranno definiti i criteri e le modalità di erogazione tra le AFT delle risorse della quota variabile.
È strutturata in 3 quote il cui valore viene calcolato sulla popolazione assistita al 31.12.2021:

	Quota per assistito (€)	Totale assistiti al 31.12.2021	Totale Fondo (€)
I)	3,08 + 1,66 + 1,90 = 6,64	489.240	3.248.553,60
II)	0,81	489.240	396.284,40
III	0,20	N. esenti x cronicità 84.386	16.877,20
		Totale	**3.661.715,20**

Su tale fondo grava anche l'onere per la remunerazione stabilita per il referente di AFT e per il Coordinatore di UCCP, come previsti dagli articoli 11 e 13 del presente AIR.

C. Quota per servizi,
(*Rif. art. 47 comma 2 lett. C) punti I, II e III ACN 2024***)**

Essa comprende istituti già previsti dall'Accordo Integrativo Regionale ex DGR 331/2008 (*Cfr. Allegato 2 presente AIR*):

1. Quota per prestazioni aggiuntive;
2. Quota per Assistenza Domiciliare Programmata (ADP);
3. Quota per Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui ai punti 2 e 3 della presente lettera viene definita annualmente dalla programmazione regionale. Si evidenzia, inoltre, che l'erogazione di tali prestazioni costituisce ***attività strategica*** necessaria a garantire il raggiungimento del Target stabilito dalla *Missione 6 - Component 1 - Investimento 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI)* e telemedicina, di cui al P.O.R. PNRR approvato dalla Regione Basilicata con DGR 26.05.2022, n. 313 del 26.05.2022. [La Componente 1 ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio

REGIONE BASILICATA - GIUNTA REGIONALE - UFFICIO COMPETENZE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.]

Si concorda di confermare i compensi già definiti dall'AIR 2008 ex DGR 331/2008, ovvero:

a. **Assistenza domiciliare programmata (ADP).**

Per ciascun accesso spetta al Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria € 20,00.

b. **Assistenza domiciliare integrata (ADI).**

b.1. Al Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria saranno corrisposti € 20,00 ad accesso.
b.2. Per il primo accesso del MMG nell'ambito della definizione del piano di trattamento individualizzato (PIT) da parte dell'UV saranno corrisposti € 55,00, per il rinnovo del PIT alla sua scadenza spetta al medico un compenso di € 27,50.
b.3. Ad integrazione delle suddette prestazioni, per ciascuna trasfusione di sangue intero o di suoi derivati, eseguita in regime di ADI, al Medico di Medicina Generale è corrisposto un compenso di € 37,50; lo stesso compenso spetta al Medico di Continuità Assistenziale qualora si renda necessaria la trasfusione durante il servizio stesso.
b.4. Ai medici chiamati a partecipare alle riunioni delle Unità di Valutazione Geriatrica e delle Unità di Valutazione dei Bisogni Assistenziali (USIB) spetta un compenso di € 55,00.

D. **Quota del fondo aziendale dei fattori produttivi**
(*Rif. art. 47 comma 2 lett. D) punti da I a VIII ACN 2024*) – (*Cfr. anche Allegato 3 presente AIR*)

1. Confluiscono in tale fondo le risorse previste dall'ex fondo a riparto di cui all'art. 59 lettera B dell'ACN 23.03.2005, esse sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che percepiscono gli incentivi e le indennità dell'ex fondo B a riparto, come stabilito all'art. 47 comma 2 lett. D. punto II dell'ACN 2024, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato; la modifica dello standard organizzativo relativo alle preesistenti forme associative e/o la cessazione del rapporto di lavoro con il personale di studio comportano la sospensione delle relative indennità che restano a disposizione del nuovo attuale fondo;
2. sono confermati i criteri di erogazione delle indennità per il collaboratore di studio e per l'infermiere professionale e gli importi, rispettivamente di **€ 3,50 ed € 4,00**, stabiliti all'art. 24 comma 1 lett. B punti 2.4 e 2.5 dell'AIR ex DGR 331/2008;
3. Le indennità corrisposte per il personale di studio restano a disposizione per il finanziamento dei fattori produttivi destinati alle medesime finalità e quindi per nuove richieste provenienti da medici;
4. Entro il mese di gennaio di ciascun anno, la Regione determina la disponibilità del fondo utilizzabile per l'anno in corso sulla base della ricognizione dei costi effettivamente sostenuti dalle Aziende al 31 dicembre dell'anno precedente;
5. Al termine dell'esercizio le eventuali risorse del fondo aziendale dei fattori produttivi che residuano confluiscono nel fondo di cui al comma 2, lettera B, del presente articolo (alias dell'art. 47 dell'ACN 2024) per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico;
6. In fase di prima costituzione del "*fondo aziendale dei fattori produttivi*" le risorse di cui all'ex fondo a riparto di cui all'art. 59 lettera B dell'ACN 23.03.2005 sono determinate sulla base degli assistiti alla data del 31.12.2022 (pop. Assistita 486.315) e dei costi effettivamente sostenuti alla data del 31.12.2024, secondo il seguente calcolo tabellare:

FUNZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA - REGIONE BASILICATA

REGIONE BASILICATA

ACN 2024 art. 47 c. 2 lett. D.	Quota per assistito da AIR ex DGR 331/2008	Assistiti Reg-Bas al 31.12.2022	EURO	Note
Punto I	6,26	486.315	3.044.331,90	Totale Fondo 2025
Punto II	Ex art. 59 lett. B. ACN 2005	Costi effettivi	-2.129.843,45	al 31.12.2024
Punti V-VI	Risorse a disposizione	Eccedenza Quote 2023/2024	346.014,87	al 31.12.2024
		Disponibilità Fondo anno 2025	**1.260.503,32**	

7. Ai sensi dell'art. 47 comma 2 lett. D. punti VII e VIII, al fine di incentivare le nuove forme organizzative (AFT e UCCP) e con l'obiettivo di raggiungere standard erogativi ed organizzativi coerenti con la programmazione regionale e Aziendale, successivamente alla prima pubblicazione delle località carenti anno 2025 e a far data dalla nomina dei Referenti di AFT e dei Coordinatori di UCCP, ai medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, possono essere erogati compensi aggiuntivi a valere sulla disponibilità del Fondo (*che per l'anno 2025 ammonta ad € 1.260.503,32*) ed in attuazione di quanto definito dagli articoli 3, 4 e 10 del presente AIR, con particolare riferimento al ***Piano Integrato di Cura e sostenibilità sanitaria***, da adottarsi a cura di ciascuna Azienda sanitaria;
8. Al fine di supportare e potenziare l'attività professionale dei Medici del Ruolo Unico di assistenza primaria, attraverso lo snellimento delle procedure burocratiche e sanitarie, la Regione sostiene il contributo per le indennità di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro personale sanitario esaminando, di anno in anno, le istanze in tal senso pervenute dai medici e garantendo, in tal modo, anche una adeguata e coerente spinta occupazionale;
9. L'attività di cui ai precedenti punti 7 e 8 è sostenuta, altresì, dai minori costi che di anno in anno, dovessero registrarsi rispetto a quelli riferiti all'anno precedente e, dunque, senza ulteriori costi a carico del SSR.

E. <u>Quota per ulteriori attività e prestazioni</u>

(*Rif. art. 47 comma 2 lett. E) punti da I a VII ACN 2024*) – (*Cfr. anche AIR 2008 ex DGR 331/2008*)

ZONE DISAGIATE O DISAGIATISSIME DI ATTIVITÀ PROFESSIONALE

a. Considerate le caratteristiche orografiche della Regione Basilicata, numerose sono le zone di Assistenza Primaria che comportano obiettive condizioni di disagio e difficoltà nell'espletamento dell'attività convenzionale. In questa fase viene individuata come "<u>zona disagiata</u>" il Comune con una popolazione residente inferiore a 1.000 abitanti e come "<u>zona disagiatissima</u>" il Comune con una popolazione residente inferiore a 650 abitanti.
b. Per ovviare, in parte, alle evidenti condizioni di disagio derivante dall'isolamento sociale e culturale dei medici operanti in queste realtà territoriali, è confermata una indennità forfetaria mensile di **€ 516,46** per le zone disagiatissime e una indennità forfetaria mensile **di € 258,23** per le zone disagiate, a medici che svolgeranno attività ambulatoriale per almeno quattro giorni a settimana.
c. Ai i medici a rapporto orario che svolgono attività in questi comuni saranno corrisposti € 3,00 ad ora, da imputare sul fondo di cui alla lettera E del comma 2 dell'art. 47 dell'ACN 2024.
d. L'indennità oraria di cui alla precedente lettera c. è corrisposta nei casi in cui il servizio ad attività oraria viene espletato mediante copertura di due o più presidi assistenziali.

REGIONE BASILICATA - GIUNTA REGIONALE - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

ATTIVITÀ DI RICERCA EPIDEMIOLOGICA.

a. Ribadendo il principio che la partecipazione del Medico di Assistenza Primaria ai progetti dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OeR) è un aspetto qualificante dell'attività della Medicina Generale, ai MMG che partecipano all'intero complesso delle attività epidemiologiche e di verifica della qualità stabilite dall'OeR, i relativi compensi verranno liquidati di solito a progetto ultimato o entro il 31 marzo dell'anno successivo.
b. Progetti di ricerca epidemiologica possono essere proposti anche da medici, singoli e/o associati, all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OeR) e a tal fine si seguono le procedure previste ai commi precedenti.

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE ORGANIZZATE A LIVELLO REGIONALE (SCREENING).

Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nei programmi regionali di screening sarà concordato obbligatoriamente a livello di Comitato Regionale (art. 11 ACN in vigore).

3. Trattamento economico del medico a ruolo unico ad attività oraria *(art. 47 comma 3 lett. A, B, C - ACN 2024.)*

3.1 - Il compenso per ogni ora svolta dal medico a ruolo unico ad attività oraria, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda, si articola in:

a. Quota oraria di **€ 24,25**;
b. Quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010 pari a **€ 0,26**; Su tale fondo grava anche l'onere per la remunerazione stabilita per il referente di AFT e per il Coordinatore di UCCP, come previsti dagli articoli 11 e 13 del presente AIR;
c. Quota oraria di **€ 13,62**, nel limite dello stanziamento annuale e ripartito fra le regioni, per le ore di incarico svolte per le attività previste dal PNRR e dal D.M. 77/2022 prioritariamente all'interno delle Case di Comunità hub e, solo successivamente, in quelle Spoke subordinatamente alla disponibilità del fondo.

3.2 - Integrazioni già stabilite con Accordo Integrativo Regionale ex DGR 331/2008 e confermate:

- **€ 4,00** ad ora quale indennità derivante dalla peculiarità del servizio svolto.
- **€ 12,00** per ciascun turno di reperibilità domiciliare; il compenso per la reperibilità domiciliare effettuata in occasione delle grandi festività viene raddoppiato.
- Per l'assistenza resa alla popolazione in età pediatrica (0-14 anni) è previsto un compenso aggiuntivo orario di **€ 0,50;**
- Al medico ad attività oraria che effettua turni di servizio in occasione di festività di particolare rilevanza, come di seguito specificato, viene riconosciuto un compenso aggiuntivo forfettario di **€ 50,00**;

1° Gennaio - 6 Gennaio – Pasqua - Pasquetta. – 25 Aprile - 1° Maggio – 2 giugno - 15 Agosto – 1 Novembre - 8 Dicembre - 24 Dicembre – 25 Dicembre – 26 Dicembre – 31 Dicembre – Festività Patronale.

3.3 - L'erogazione della quota aggiuntiva regionale è legata alle seguenti tipologie di servizio:

a) La quota aggiuntiva regionale spetta solo in caso di servizio di attività oraria assistenziale espletato in forma attiva.

REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

b) Per le prestazioni rese a cittadini non residenti nella Regione Basilicata o residenti in ambiti distrettuali diversi il compenso relativo, da corrispondere direttamente al medico da parte del cittadino, viene equiparato a quanto previsto per le visite occasionali di cui all'art. 46 dell'ACN/2024.

c) Al medico di Assistenza Primaria che si rende disponibile a garantire l'attività assistenziale nei giorni feriali in forma di diponibilità domiciliare viene riconosciuto una indennità corrispondente al 75% di quanto previsto per il servizio espletato in forma attiva; tale remunerazione viene corrisposta ove il servizio si sia reso necessario a causa di situazioni contingibili e urgenti.

3.4 - Ai sensi del comma 8 dell'art. 47 dell'ACN 2024, qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato per lo svolgimento di attività oraria, spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su richiesta dell'Azienda, un rimborso forfettario pari al costo di un litro di benzina verde per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa.

3.5 - Su base volontaria, il medico del ruolo unico di assistenza primaria può svolgere la componente oraria, esclusivamente nei casi acclarati di carenza di medici da incaricare, anche nel servizio di Emergenza Urgenza, se in possesso del relativo titolo, o presso le strutture penitenziarie o il SERD.

Art. 25

FINANZIAMENTO DEL COORDINATORE DI UCCP E DEL REFERENTE DI AFT

(Rif. Art. 10 c. 4 – art. 30 c. 6 - art. 47 c. 2 e 3 ACN 2024)

1. Con riferimento alla organizzazione funzionale stabilita con la DGR 600/2024, per la Regione Basilicata sono previsti 19 Referenti di AFT per la MMG e 19 Coordinatori di UCCP.

2. Sulla base dei compensi definiti e concordati agli articoli 11 e 13 del presente Accordo e del combinato disposto degli articoli 10 comma 4, 30 comma 6 e 47 commi 2 e 3 ACN 2024, le risorse economiche complessivamente necessarie al finanziamento dei Referenti di AFT sono garantite dalla decurtazione proporzionale annuale dei fondi calcolati e individuati ai commi 2 lett. B. e 3.1 lett. c del precedente art. 24.

3. La decurtazione di cui al comma precedente viene applicata anche per i compensi spettanti ai coordinatori di UCCP solo nel caso in cui siano individuati tra i medici di medicina generale.

REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

CAPO III –

EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Art. 26
RICHIAMO NORMATIVO
(Rif. Capo IV – AIR 2008)

1. Nelle more del definitivo superamento della fase sperimentale di gestione del servizio sanitario di Emergenza-Urgenza 118, avviato nella Regione Basilicata il 03.05.2004 in forza della L. 21/1999 e per quanto non già espressamente stabilito dall'ACN 04.04.2024, si conviene di continuare a fare riferimento alle disposizioni normative ed economiche già previste ed approvate con la DGR 331/2008 (Capo IV - AIR 2008), ove non in contrasto con il predetto ACN 2024.
2. Si dà atto, tuttavia, che tutti i richiami a "*Basilicata Soccorso*" ivi contenuti, sono da intendersi riferiti a "*Dipartimento Emergenza-Urgenza – 118*".
3. Le parti, inoltre si impegnano a rivedersi per una rivisitazione complessiva del Capo IV del citato AIR, a conclusione delle procedure per la copertura delle località carenti a seguito della relativa pubblicazione finalizzata all'affidamento di incarichi a tempo indeterminato.

Art. 27
IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA
(Rif. Art. 66 ACN 2024)

Fermo quanto stabilito dall'art. 66 dell'ACN 04.04.2024, si dà atto, che l'art. 42 – Capo IV dell'AIR 2008 richiamato al precedente art. 26, rubricato "*Idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Territoriale*", risulta integrato di ulteriori due commi a seguito di apposita DGR 21.07.2021, n. 608 di presa d'atto e approvazione dell'accordo intervenuto in seno al Comitato Regionale per la Medicina Generale.

Art. 28
TRATTAMENTO ECONOMICO
(Rif. Art. 68 ACN 2024)

1. Fermo restando quanto contenuto nel richiamato AIR 2008 e, in particolare, le specifiche indennità aggiuntive regionali ivi stabilite, ai sensi dell'art. 68 dell'ACN 04.04.2024 il trattamento economico del medico di emergenza sanitaria territoriale è costituito da:
   A. compenso orario, pari ad euro 24,25 per ogni ora di attività svolta;
   B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 08.07.2010, pari ad euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale.
2. Per effetto di quanto stabilito e richiamato alla lettera B. del precedente comma 1, il relativo fondo calcolato sulla base delle ore remunerate nell'anno 2023 (rilevazione SISAC alla data del 01.01.2024) pari a 71.832, risulta essere coì formato:

compenso orario	*n. ore remunerate*	*Totale fondo*
0,26	71.832	18.676,32

FUNZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA - REGIONE BASILICATA

L'utilizzazione di tale fondo è finalizzata allo svolgimento dei compiti indicati al comma 2 dell'art. 65 dell'ACN 2024 ed i compensi da corrispondere ai medici aventi diritto sono determinati in sede di Accordo Attuativo Aziendale unitamente alla individuazione delle attività prescelte.

3. Al fine di sostenere/implementare le attività di cui ai commi 3, 4 e 5 dell'art. 65 dell'ACN 2024 in materia di formazione ed aggiornamento, rispettivamente, di personale sanitario, personale medico e cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e di primo intervento sanitario, le parti convengono sulla opportunità che i relativi progetti formativi transitino attraverso l'Azienda sanitaria di riferimento secondo l'Accordo Attuativo Aziendale sostenuto, per la materia, da appositi programmi formativi regionali.

CAPO IV

ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

(Rif. Art. da 70 a 75 ACN 2024)

Art. 29
MEDICI OPERANTI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI
(Rif. Art. 70 ACN 2024)

1. L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, al capo IV – Assistenza negli istituti penitenziari - regolamenta l'attività svolta dai medici in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti all'interno degli Istituti Penitenziari, denominati **medici di assistenza penitenziaria**, per l'espletamento delle attività afferenti alla medicina generale nel rispetto delle linee programmatiche definite dal livello nazionale.
2. I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci, tempestive ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali. Le finalità e gli obiettivi del presente accordo regionale sono quelli di implementare tali livelli assistenziali adeguandoli agli standard delle strutture territoriali e di valorizzare la figura del medico operante negli istituti penitenziari che, oltre a garantire l'erogazione delle prestazioni incluse nei LEA, è tenuto a rapportarsi costantemente con la Direzione penitenziaria e a relazionare all'Autorità Giudiziaria.

Art. 30
MEDICO DI ASSISTENZA PENITENZIARIA
(Rif. Art. 71 ACN 2024)

1. I medici operanti negli Istituti Penitenziari, convenzionati ai sensi dell'ACN 04.04.2024 e del presente accordo integrativo, oltre ai compiti già definiti all'art. 71 comma 2 del già menzionato ACN, possono svolgere, ove ne ricorrano le cogenti necessità di approccio terapeutico e/o preventivo, le seguenti attività aggiuntive:
   - gestione di pazienti tossico-alcool dipendenti, dal punto di vista assistenziale e farmacologico (farmaci sostitutivi oppiacei, gestione delle crisi di astinenza, ecc.)

DIPARTIMENTO - REGIONE BASILICATA - FUNZIONI GENERALI E PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

- gestione del paziente nel post-operatorio con valutazione dei parametri vitali ed eventuale gestione delle medicazioni e dei presidi chirurgici attuati (cateteri, sonde, stomie);
- gestione del paziente con disagio psichico grave mediante osservazione sanitaria e specifici protocolli (prevenzione del rischio suicidario);
- prevenzione delle malattie infettive su tutta la popolazione detenuta mediante effettuazione di esami specifici ed implementazione terapeutica

2. Le attività aggiuntive di cui al precedente comma sono sostenute dalle eventuali risorse aggiuntive regionali come definite nel successivo articolo.

Art. 31
TRATTAMENTO ECONOMICO
(Rif. Art. 75 ACN 2024)

1. Ai sensi del Capo IV art. 75 dell'ACN 2024 il trattamento economico del medico di assistenza penitenziaria è costituito da:
   A. compenso orario, pari ad euro 24,25 per ogni ora di attività svolta;
   B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 08.07.2010, pari ad euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale.
2. Per effetto di quanto stabilito e richiamato alla lettera B. del precedente comma 1 e sulla base della stima del fabbisogno elaborato dalle Aziende sanitarie di riferimento (ai fini della prima pubblicazione delle località carenti per l'anno 2025), il relativo fondo, per ciascuna struttura penitenziaria, risulta essere così costituito:

Istituto Penitenziario	*compenso orario*	*n. ore di incarico*	*Fondo*
Potenza	0,26	11.856	3.082,56
Melfi	0,26	9.880	2.568,80
Minorile PZ	0,26	3.952	1.027,52
Matera	0,26	7.904	2.055,04

L'utilizzazione di tale fondo è corrispondentemente destinata alla corresponsione del compenso del Responsabile/Referente di ciascuna struttura carceraria (come individuato ai commi 6 e 7 dell'art. 71 dell'ACN 2024), quale quota annua massima erogabile, commisurata alle funzioni assegnate dall'Azienda sanitaria di riferimento ed ai risultati ottenuti.

3. Al fine di valorizzare le attività ed i compiti di cui all'art. 71 dell'ACN vigente e gli ulteriori compiti definiti dal precedente articolo 30, in coerenza con quanto stabilito al comma 3 dell'art. 75 del medesimo ACN, viene valutato di costituire specifico fondo da alimentare con eventuali risorse aggiuntive regionali finalizzato all'incremento della quota oraria pari ad euro 10,00/h da corrispondere mensilmente nella misura del **30%** a titolo di acconto e, al termine del processo di valutazione delle Performance, nella misura massima del **70%**, se spettante, in ragione dei risultati ottenuti in correlazione agli specifici progetti da definirsi in sede Attuativa Aziendale sulla base della effettiva disponibilità di risorse aggiuntive.

FUNZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA - REGIONE BASILICATA - UNICA

REGIONE BASILICATA

NORME FINALI

NORMA FINALE n. 1
Il presente accordo integrativo regionale produce effetti giuridici ed economici sino alla data di adozione del successivo nuovo accordo regionale.

NORMA FINALE n. 2
Su tutte le indennità aggiuntive previste dal presente accordo integrativo, le Aziende provvederanno, nei tempi e con le modalità previste dagli articoli 48, 57, 69 e 75 dell'ACN vigente, a versare un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui all'art. 9, comma 2, punto 6 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

NORMA FINALE n. 3
Entro il 28 febbraio di ogni anno, a partire dall'anno successivo a quello di entrata in vigore del presente AIR, le parti si impegnano ad effettuare, in seno al Comitato Paritetico Regionale, una verifica dell'efficacia normativa e della sostenibilità economica del presente accordo.

NORME TRANSITORIE

NORMA TRANSITORIA N. 1
Con riferimento al precedente art. 21 comma 3 lettera c) e nelle more della nomina del Referente Medico di AFT (1 per ciascuna AFT per un totale di 19), restano in carica i Referenti medici dei punti di continuità assistenziali, ove già nominati ai sensi dell'art. 35 comma 1 AIR 2008 (ex DGR 331/2008).

NORMA TRANSITORIA N. 2
L'istituto dell'attività integrativa di assistenza per le medicine di gruppo e la relativa indennità, come prevista dall'AIR 2008 (ex DGR 331/2008), segue lo stesso destino delle precedenti indennità già considerate all'art. 47 comma 2 lettera D. punto III.

DICHIARAZIONI A VERBALE

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 1
Le parti dichiarano che il presente Accordo Integrativo, una volta superata la fase di transizione per la piena attuazione dei programmi di potenziamento dell'assistenza territoriale, costituisce intesa unitaria e inscindibile, nel senso che le singole parti che lo compongono non possono trovare applicazione in maniera disgiunta, sia rispetto ai contenuti sia rispetto ai tempi ed alle modalità di realizzazione.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 2
Al fine di migliorare e potenziare l'offerta assistenziale territoriale, le OO.SS. auspicano che in un futuro prossimo la Regione Basilicata possa erogare risorse aggiuntive regionali, oltre le quote di parte variabile già incrementate e definite a livello nazionale dall'ACN 2024 per il triennio 2019-2021 e negoziate con il presente A.I.R., per rafforzare il finanziamento della quota variabile e della quota del fondo aziendale dei fattori produttivi, nonché della quota per ulteriori attività e prestazioni.

REGIONE BASILICATA

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 3

Le parti concordano che la discussione relativa al settore dell'ICT, con particolare riferimento ai compiti del medico di assistenza primaria, è rinviata in materia all'esito dell'avveramento dei progetti relativi agli sviluppi del FSE.2, della telemedicina e del teleconsulto, attualmente in fase di espletamento progettuale.
Allo stesso modo, i collegamenti fra i vari studi medici nell'ambito della AFT e delle UCCP e delle altre strutture territoriali, nonché l'adozione di una piattaforma informatica di AFT e UCCP, per la condivisione dei dati e per l'opportuna rendicontazione dell'attività svolta, sarà oggetto di verifica nell'ambito dello sviluppo e della piena attuazione del sistema ICT e, di conseguenza, valorizzati economicamente in fase di aggiornamento del presente AIR.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 4

Le parti danno atto dell'attuale situazione di precarietà organizzativa in cui versa il servizio 118 - Emergenza Sanitaria Territoriale che, solo in parte, potrà essere stabilizzata, secondo norma vigente, con la pubblicazione di incarichi vacanti da attribuirsi a tempo indeterminato, necessitando il settore di un dedicato intervento normativo, legislativo e/o regolamentare.

In ragione di ciò, le parti firmatarie del presente accordo si impegnano ad incontrarsi, all'esito del completamento del processo di riordino e riprogrammazione del Servizio, anche in ragione dell'evoluzione normativa derivante dalla approvazione del "*Documento programmatico per la redazione del Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Cumunità 2026-2030*" di cui alla DGR 13.02.2025, n. 70, per procedere al confronto finalizzato ad integrazioni ed aggiornamenti normativi ed economici del presente AIR.

REGIONE BASILICATA

ALLEGATO 1

SPECIFICI PROGRAMMI DI GOVERNO CLINICO E MEDICINA D'INIZIATIVA

di cui alla lettera ***B).“Quota variabile”***
dell'art. 24 comma 2 del presente AIR, corrispondente all'art. 47 comma 2 lettera B) dell'ACN 2024

1. L'avvio del progetto “GOVERNANCE CLINICA MULTILIVELLO” (DGR 1338/10) pur con i limiti dovuti alla brevità operativa esplicata, ha evidenziato la potenzialità di un percorso progettuale di confronto e di condivisione, fra i vari attori della sanità regionale, che deve caratterizzare il nostro Servizio Sanitario Regionale, in termini di appropriatezza ed economicità. Pertanto, con il presente accordo integrativo, le parti intendono dare continuità al percorso avviato, apportando nel contempo opportuni correttivi in termini di obiettivi da raggiungere e relative risorse da investire.
2. Inoltre, il Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità per l'anno 2012 2015, approvato con Delibera del Consiglio Regionale n. 317 del 24 luglio 2012, individua nell'area della cronicità nel Chonic Care Model (CCM) il modello assistenziale idoneo alla gestione della nuova e crescente domanda di assistenza.
3. Con il presente accordo, le parti concordano di sperimentare il modello assistenziale e organizzativo della “presa in carico” integrata e proattiva, in grado di intercettare il bisogno di salute, ancor prima che si manifesti esplicitamente, organizzando le risposte assistenziali adeguate. Le patologie croniche, che per definizione si curano sempre di più e guariscono sempre di meno, richiedono agli organismi socio-sanitari di creare quelle idonee condizioni di assistenza e di cura che consentano di mantenere il livello di salute, il più alto possibile, gestendo al meglio le varie patologie croniche e di affrontare, con efficienza ed efficacia, l'insorgenza di riacutizzazioni della stessa patologia o di altre patologie acute.
4. Con il presente accordo le parti intendono sperimentare un modello assistenziale della cronicità individuando nel **Diabete Mellito tipo 2** una patologia cronica paradigmatica sia in termini di prevalenza nella popolazione residente e sia in termini di validazione del PDTA predisposto negli anni scorsi dalla Regione Basilicata e dalle singole aziende. Il diabete mellito inoltre è una patologia tipica che ben si presta anche alla sperimentazione di un modello di gestione condivisa fra Medicina Generale e Medicina Specialistica, essendo una patologia ad alto impatto sociale, oltre che adatta a verificare un meccanismo che premi in una certa misura la “best pratice”.
5. A partire dalla data di pubblicazione del presente accordo, vengono individuati i seguenti obiettivi del progetto “Governance”:
   a) Applicazione di uniformi comportamenti prescrittivi (secondo obiettivi fissati dalla Regione per le Aziende e relativi a ricoveri impropri per diabete, BPCO, scompenso cardiaco e per le prescrizioni farmaceutiche relative a inibitori di pompa, antibiotici, Fans e vitamina D) per prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali in base alle linee guida e ai percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali (PDTA) predisposti dalla Regione e/o Aziende;
   b) Applicazione dei sistemi di prenotazione per classi di priorità per le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, secondo le linee guida emanate dalla Regione (DGR 1896 del 28/12/2007, DGR 1189 del 08/08/2011 e DGR 329 del 08/06/2023);

REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

c) Partecipazione attiva alle campagne vaccinali promosse dalla Regione, per le quali saranno valutati i risultati di copertura vaccinale raggiunti dal singolo medico;
d) Adesione alla Gestione Integrata del paziente diabetico e DGR del 22/01/2013 n. 53: definizione del percorso diagnostico terapeutico del paziente diabetico.

6. Con il **Governo clinico e la Medicina di iniziativa** l'Accordo Integrativo Regionale ottempera a quanto disposto dall'art. 4 dell'ACN /2024 relativamente agli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale quali:
   a) PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA' (P.N.C.)
   b) PIANO NAZIONE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.)
   c) GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA
7. Ad ogni Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta aderente al programma viene riconosciuto quindi un compenso massimo a regime di € **7,65** ad assistito (per la totalità degli assistiti in carico al medico) per anno, da finanziarsi con le risorse della ***"Quota variabile"*** di cui all'art. 24 comma 2 lettera B) del presente AIR corrispondente all'art. 47 comma 2 lettera B) dell'ACN 2024
8. Per la erogazione del compenso si osserva la seguente modalità:
   a. Il **30 %** dell'importo stabilito, pari a € 2,30 ad assistito, viene erogato mensilmente, a fronte della presentazione dell'atto di assunzione di responsabilità da parte del medico per l'adesione al progetto, a titolo di acconto ed in modo proporzionale al numero degli assistiti;
   b. Il **70%** dell'importo stabilito, pari ad € 5,35 viene liquidato a saldo al termine della valutazione dei risultati conseguiti secondo indicatori e target stabiliti annualmente dall'Azienda Sanitaria. Tale valutazione dovrà necessariamente concludersi entro 90 giorni dalla scadenza annuale dei progetti e obiettivi posti. Nella valutazione dei risultati ottenuti saranno valorizzate adeguatamente anche le performance dei singoli medici aderenti in funzione della partecipazione agli incontri organizzativi convocati dall'Azienda.
9. Si concorda che le azioni previste dal presente programma di governo clinico, abbiano un peso relativo come indicate nella sotto riportata tabella, salvo diversa valutazione stabilita a valle dell'approvazione aziendale dello specifico programma di dettaglio:

	Azione	Peso relativo	Importo massimo quota
a	Adesione linee guida PDTA	10%	€ 0,53
b	Applicazione classi priorità per le prescrizioni	10%	€ 0,53
c	Partecipazione campagne vaccinali promosse dalla	20%	€ 1,07
d	Gestione Integrata Paziente Diabetico	60%	€ 3,22

10. Il diritto alla corresponsione del fondo aziendale di cui al presente paragrafo sarà modulato in base al raggiungimento dei seguenti obiettivi per ciascuna delle azioni sopra declinate:

a) Adesione linee guida PDTA

L'obiettivo sarà raggiunto con la frequenza documentata, per non meno dell'80% delle ore programmate, dei medici di medicina generale ai corsi di formazione continua e di audit prevista dal vigente ACN che la Regione e\o le Aziende Sanitarie organizzeranno nell'anno per favorire uniformi comportamenti prescrittivi in base ai percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali (PDTA) predisposti dalla Regione e/o Aziende.

REGIONE BASILICATA - UFFICIO DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

I corsi potranno essere organizzati anche in collaborazione con le Società Scientifiche e le Organizzazioni Sindacali rappresentative della professione.

b) Adozione classi di priorità (DGR 1896/2007 e DGR 140/2012)

L'obiettivo sarà raggiunto se il MMG riporterà almeno sul 70% delle richieste di prestazioni specialistiche la classe di priorità (B-D-P) e se essa risulterà appropriata ex ante almeno nel 50% delle richieste.

Se il sistema informativo aziendale e\o regionale non dovesse essere in grado di valutare gli indicatori stabiliti, il medico potrà autocertificare ai sensi di legge il raggiungimento del target fissato per il conseguimento dell'obiettivo, in tal caso l'Azienza potrà procedere ad una verifica puntuale individuale.

c) **Partecipazione alle campagne vaccinali**

1. Con il presente accordo i medici di assistenza primaria a ciclo di scelta, in coerenza con gli obiettivi di cui all'art. 4 dell'ACN 2024, partecipano attivamente e obbligatoriamente alle campagne vaccinali promosse dalla Regione Basilicata in linea con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2023-2025);
2. In coerenza con le indicazioni previste dal PNPV, il medico di assistenza primaria promuove la cultura e l'accettazione della pratica vaccinale con azioni di corretta informazione al fine di attenuare l'esitazione vaccinale;
3. Il medico di assistenza primaria a ciclo di scelta, nell'ambito dell'organizzazione della AFT o UCCP di appartenenza, diventa il protagonista sia nella somministrazione vaccinale rivolta ai propri assistiti in carico sia agli assistiti degli altri medici della forma aggregativa;
4. Nell'ambito degli obiettivi definiti dal PNPV al medico di assistenza primaria vengono affidati le seguenti vaccinazioni:
   4.1. Vaccinazione antitetanica, vaccinazione antidifterica-antitetanica-antipertosse: richiamo decennale;
   4.2. Vaccinazione anti Herpes-Zoster per i soggetti individuati dalla Regione;
   4.3. Vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica per i soggetti individuati dalla programmazione nazionale e regionale;
   4.4. Vaccinazione anti-Covid per i soggetti individuati dalla programmazione nazionale e regionale;
5. Relativamente ai punti 4.1. e 4.2. il compenso per la somministrazione dei rispettivi vaccini con l'osservanza delle modalità di rendicontazione è quello previsto dall'allegato 6 dell'ACN 2024;
6. Relativamente alle campagne vaccinali di cui ai punti 4.3 e 4.4. si concorda quanto segue:
   6.1. In coerenza con le indicazioni del Ministero della Salute circa gli obiettivi di copertura vaccinale, si concorda che il parametro di valutazione sulla performance del singolo medico sia dato dalla copertura vaccinale degli over 65 anni, che rimane confermato al 75% come obiettivo minimale e 95% come obiettivo massimale. Considerato che tali obiettivi sono difficilmente raggiungibili (*nessuna Regione in Italia ha mai realizzato tali performance*) si concorda che l'obiettivo minimo da raggiungere ed i relativi eventuali incentivi possano essere definiti in sede di Accordo Attuativo Aziendale sulla baseline della copertura vaccinale raggiunta l'anno precedente;
   6.2. Per la somministrazione del vaccino anti-pneumococcico e anti-Covid il compenso riconosciuto è quello previsto dall'allegato 6 dell'ACN 2024;
   6.3. Per la somministrazione presso il domicilio degli assistiti inseriti nei programmi di assistenza domiciliare (ADP e ADI) e per i soggetti dotati di invalidità civile al 100% con assegno di accompagnamento (C02) in aggiunta alla remunerazione prevista dall'ACN

GIUNTA REGIONALE - REGIONE BASILICATA - UFFICIO COMPETENZE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

2024, in considerazione della necessità di osservare tutte le procedure organizzative e di sicurezza previste, ai medici verrà corrisposto un compenso aggiuntivo pari ad €. 20,00 se eseguita in accesso diverso da quello programmato.

7. Per gli adempimenti non strettamente correlati all'attività clinica e professionale, quale la registrazione della somministrazione sull'anagrafica vaccinale: per ogni vaccinazione effettuata e regolarmente registrata sulla piattaforma dedicata, al medico spetta un compenso aggiuntivo di € 0,75.

d) **Gestione integrata del diabete (DGR 22 gennaio 2013 n. 53)**

La Gestione Integrata (GI) del paziente prenderà avvio entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR e avrà valore sperimentale per il biennio 2025-2026. Alla fine della sperimentazione, valutata l'efficacia del progetto, lo stesso potrà essere considerato a regime.

Il medico che intenda partecipare al progetto dovrà inviare alla segreteria del proprio distretto o altra sede, precisata in seguito, entro la data di avvio del progetto ed anche in formato elettronico, l'elenco dei propri pazienti diabetici (almeno il 90% di tipo 2 eleggibili nel percorso della GI secondo quanto previsto dalla DRG del 22 gennaio 2013 n. 53 **"Definizione del percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del Paziente Diabetico").**

Il medico che intende partecipare al progetto è tenuto a partecipare ai corsi teorico-pratici sulla gestione integrata del paziente diabetico organizzato dalle Aziende Sanitarie in collaborazione con le strutture diabetologiche, sindacati e società scientifiche della Medicina Generale.

Il medico che intende partecipare al progetto dovrà

1) dotarsi di idoneo software in grado di inviare i propri dati della GI ad un Server allocato c/o il Distretto e/o le UC Cure Primarie,
2) calcolare al termine del primo anno di sperimentazione il punteggio LAP (Livello Accettabile di Performance),
3) valutare l'applicazione dell'accordo (self-audit) e applicare il relativo protocollo operativo.

I compensi, relativi alla quota variabile, saranno corrisposti con il cedolino del mese di giugno per la partecipazione alla campagna vaccinale, all'adozione delle classi di priorità e alle iniziative formative sul governo clinico.

Relativamente alla gestione integrata del paziente diabetico si concorda i seguenti compensi a seconda del Livello Accettabile di Performance (LAP) raggiunto dal singolo medico:

LAP < 500 - nessun compenso
LAP compreso tra 500 e 750 - € 1,52 annue ad assistito
LAP > 750 - € 3,04 annue ad assistito

I compensi suddetti verranno liquidate con la retribuzione di giugno.
Per il numero degli assistiti in carico verrà preso come riferimento il 30 settembre per le campagne vaccinali sull'influenza e pneumococco e la media dei 12 mesi (gennaio-dicembre) per la gestione integrata del diabete, classi di priorità, governo clinico.

A livello aziendale viene individuata la direzione sanitaria e il comitato aziendale quale struttura aziendale idonea alla programmazione, al monitoraggio e alla verifica dei risultati ottenuti dal programma di governo clinico.

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA - REGIONE BASILICATA

1	OBIETTIVO: migliorare la prevalenza, ridurre i casi di diabete tipo 2 misconosciuti	Modalità di calcolo	Razionale	Modalità operativa del MMG	Standard	Qualità assistenza erogata in millesimi
1.1	% pazienti diabetici di tipo 2 inseriti nella GI	Numero pazienti diabetici di tipo 2 in GI/Numero totale pazienti assistiti	SIGNIFICATO: evidenzia la corrispondenza della percentuale dei propri assistiti con diagnosi di diabete di tipo 2 in GI inseriti nella GI rispetto ai dati epidemiologici	Il medico -programma la visita in studio dei pazienti affetti da DM già in carico -compila la scheda -controlla la registrazione presso il RRD -se non registrato viene inviato al CD come caso neo diagnosticato	3%	Se uguale o maggiore al LAP 150
2	OBIETTIVO: per un efficace follow-up					
2.1	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 in GI, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi la registrazione della HbA1c	Numero pazienti diabetici di tipo 2 in GI con la registrazione dell'HbA1c negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2 in GI	SIGNIFICATO: esprime un adeguato follow-up del paziente	Il medico richiede la determinazione dell'HbA1c e ne registra il valore sulla scheda secondo il piano di follow-up personalizzato e concordato con il CAD	70%	Se uguale o maggiore al LAP 100
2.2	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 in GI, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi il profilo lipidico	Numero pazienti diabetici di tipo 2in GI con la registrazione del profilo lipidico negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2 in GI	SIGNIFICATO: è dimostrato che nei pazienti diabetici la riduzione del valore del colesterolo LDL riduce il Rischio Cardio-Vascolare LIMITI: non calcolabile per valori di trigliceridi > 200 mg/dl	Il medico richiede la determinazione del profilo lipidico e registra il valore sulla scheda personalizzata	60%	Se uguale o maggiore al LAP 100
2.3	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 in GI, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi almeno una misurazione della Pressione Arteriosa	Numero pazienti diabetici di tipo 2 in GI con almeno una registrazione della Pressione Arteriosa negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2 in GI	SIGNIFICATO: la prevalenza media di ipertensione nel diabete è di circa il 50%	Il medico registra il valore della misurazione della Pressione Arteriosa sulla scheda personalizzata	90%	Se uguale o maggiore al LAP 100
2.4	% registrazione indice di massa corporea (BMI) nei diabetici di tipo 2 in GI	Numero pazienti diabetici di tipo 2 in GI con dato BMI registrato /Numero totale pazienti diabetici di tipo 2 in GI	SIGNIFICATO: dato indispensabile per valutare l'efficacia della terapia, fattore di rischio cardiovascolare modificabile	Il medico elabora il BMI e ne registra i valori sulla scheda personalizzata; esegue un rinforzo educativo	70%	Se uguale o maggiore al LAP 50
2.5	% registrazione misurazione della circonferenza addominale nei diabetici di tipo 2 in GI	Numero pazienti diabetici di tipo 2 in GI con misurazione della circonferenza addominale registrato/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2 in GI	SIGNIFICATO: dato indispensabile per valutare l'efficacia della terapia, fattore di rischio cardiovascolare modificabile	Il medico misura la circonferenza addominale e ne registra i valori sulla scheda personalizzata; esegue un rinforzo educativo	70%	Se uguale o maggiore al LAP 50

2.6	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 in GI, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi un dosaggio della microalbuminuria	Numero pazienti diabetici di tipo 2 in GI con una determinazione della microalbuminuria negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2 in GI	SIGNIFICATO: la microalbuminuria è un marker precoce della nefropatia diabetica quando vi è ancora speranza di reversibilità o arresto della progressione	Il medico registra la determinazione della microalbuminuria sulla scheda personalizzata	50%	Se uguale o maggiore al LAP 100
2.7	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 in GI, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi un dosaggio della creatininemia	Numero pazienti diabetici di tipo 2 in GI con una registrazione della creatininemia negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2 in GI	SIGNIFICATO: è un indice molto sensibile e specifico di insufficienza glomerulare; è importante non solo per diagnosticare l'insufficienza renale, ma anche per eventuali controindicazioni all'uso dei farmaci nefrotossici	Il medico registra la determinazione della creatininemia sulla scheda personalizzata	60%	Se uguale o maggiore al LAP 50
3	**OBIETTIVO: per migliorare la "performance"**					
3.1	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 con ultimo valore registrato di HbA1c ≤ 7%. (53 mmol/l ed età <70 anni)	Numero pazienti diabetici di tipo 2 in GI con ultimo valore registrato di HbA1c ≤ 7% (53 mmol/l ed età < 70 anni)/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2 in GI	SIGNIFICATO: valori inferiori al 7% (53 mmol/l) prevengono la comparsa di complicanze	Il medico controlla la compliance alla terapia, rinforza l'educazione all'igiene di vita, modifica la terapia.	50%	Se uguale o maggiore al LAP 100
3.2	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 in GI con ultimo valore registrato di colesterolo LDL ≤ 100 mg/dl.	Numero pazienti diabetici di tipo 2 in GI con ultimo valore registrato di colesterolo LDL ≤100 mg/dl/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2 in GI	SIGNIFICATO: la riduzione dei valori di colesterolo LDL riduce il rischio cardiovascolare.	Il medico rinforza l'educazione all'igiene di vita, valuta la strategia terapeutica dopo stratificazione del Rischio cardiovascolare	40%	Se uguale o maggiore al LAP 100
3.3	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 in GI e ipertensione arteriosa con valore registrato di PA ≤ 130/80 mmHg.	Numero pazienti diabetici di tipo 2 in GI e ipertensione arteriosa con valore registrato di PA ≤130/80 mmHg/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2 in GI e ipertesi	SIGNIFICATO: la terapia antipertensiva nei soggetti diabetici, se efficacemente condotta, riduce le complicanze micro e macrovascolari.	Il medico monitorizza i valori della Pressione Arteriosa e modifica la terapia	20%	Se uguale o maggiore al LAP 100

REGIONE BASILICATA

ALLEGATO 2

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

di cui alla lettera C)."*Quota per Servizi*"
dell'art. 24 comma 2 del presente AIR, corrispondente all'art. 47 comma 2 lettera B) dell'ACN 2024

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Con il presente allegato vengono disciplinate le prestazioni aggiuntive, ulteriori rispetto a quelle previste dall'allegato 6 dell'ACN 2024, in coerenza con l'esigenza di un più appropriato livello di erogazione delle prestazioni, in ragione dell'efficienza, dell'efficacia, della economicità, degli aspetti etici e deontologici. L'aumento dell'offerta delle prestazioni diagnostiche di 1° livello contribuisce a garantire la risposta ai bisogni di salute dei cittadini, specie di coloro che per motivi anagrafici o sanitari hanno sempre più difficoltà a rivolgersi alle strutture sanitarie di 2° livello. Vengono pertanto concordate le seguenti prestazioni aggiuntive da eseguirsi nello studio del MMG, senza preventiva autorizzazione, con il seguente rimborso e con modalità di pagamento identiche a quanto previsto dal punto 4 dell'allegato 6:

1. **Rimozione cerume (monolaterale)**	€ *7,18*
2. **Rimozione di corpi estranei corneali**	€ *7,75*
3. **Medicazioni di ulcere cutanee o piaghe da decubito**	€ ***10,00***
4. **ECG Holter (anche eventualmente con l'ausilio della Telemedicina)**	€ **35,00**
5. **Infiltrazioni intra e periarticolari**	€ *9,04*
6. **Esecuzione nei casi clinici dubbi del test rapido per la rilevazione dello streptococco pyogenes in faringe**	€ *14,00*
7. **Esecuzione stick urine per la determinazione di 10 parametri**	€ *5,16*
8. **Esecuzione di spirometria semplice in soggetti affetti da patologie broncopolmonari croniche (anche eventualmente con l'ausilio della telemedicina)**	€ ***25,00***
9. **Esecuzione di impedenziometria**	€ *13,00*
10. **Esecuzione di audiometria tonale**	€ *12,00*
11. **Glicemia (in pazienti non inseriti nel progetto Diabete Mellito)**	€ *2,59*
12. **Glicosuria (in pazienti non inseriti nel progetto Diabete Mellito)**	€ *2,59*
13. **Determinazione dell'INR nei soggetti in terapia con Anticoagulanti orali**	€ *15,00*
14. **Determinazione assetto lipidico (Colesterolo tot, HDL e LDL, Trigliceridi) per valutazione rischio cardiovascolare.**	€ ***15,00***
15. **Holter pressorio**	€ *30,00*
16. **Asportazione di neoformazioni cutanee**	€ *25,82*
17. **Bendaggio elastocompressivo**	€ *12,91*
18. **Fundus oculi e/o retinometria**	€ ***15,00***
19. **MiniMental Test**	€ *15,49*
20. **Ecografie con rilascio di referto**	€ ***25,00***
21. **Biotensiometria**	€ *15,00*
22. **Visite ambulatoriali di pazienti 0-6 anni iscritti al pediatra**	€ *20,00*

REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

a) Le prestazioni di cui al punto 22 devono essere ritenute sempre a carico del paziente perché l'assistenza è comunque garantita dai PLS.

b) I Medici a rapporto orario possono eseguire le prestazioni aggiuntive previste dalla lettera A del nomenclatore tariffario dell'allegato 6 dell'ACN vigente, nonché le prestazioni previste dal presente accordo ai precedenti punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13 e 18.

c) Per la rendicontazione delle prestazioni effettuare in aggiunta a quanto previsto dal comma 4 dell'allegato 6 dell'ACN 2024 si concorda la necessità che il medico indichi anche la motivazione clinica che ha determinato l'effettuazione della prestazione stessa.

Motivazione clinica e risultati delle prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto all'allegato D dell'ACN/2009:

Tipo di prestazione	Motivazione	Risultato atteso
Rimozione cerume	Patologia minore che comporta importante disabilità	Rapida risoluzione del problema con riduzione dei tempi d'attesa
Rimozione di corpi estranei corneali	Patologia minore con frequenti accessi al PS	Riduzione degli accessi al PS
Medicazioni di ulcere cutanee o piaghe da decubito	Patologie con prevalenza importante specie a carico di anziani e allettati	Riduzione del ricorso alle strutture specialistiche di 2° livello
ECG	Alta prevalenza di soggetti ipertesi, diabetici e cardiopatici	Monitoraggio del danno d'organo e risoluzione di dubbi diagnostici – per preparazione ad esami diagnostici con M.diC., preparazione interventi chirurgici, attività sportiva non agonistica dove previsto per legge
Infiltrazioni intra e periarticolari	Metodiche semplici, di cui beneficiano i pazienti, soprattutto se anziani	Riduzione delle disabilità per patologie degenerative a carico delle articolazioni
Test rapido per la rilevazione dello streptococco piogenes in faringe	Diagnostico nei casi clinici dubbi.	Riduzione di inutili trattamenti antibiotici in caso di negatività del test. Riduzione delle temibili complicanze in caso di positività del test.
Stick urine 10 parametri	Esecuzione stick urine per la determinazione di 10 parametri	Immediata risoluzione di dubbi diagnostici. Determinazione del danno renale (presenza di proteinuria) nei soggetti diabetici e ipertesi
Spirometria	Esecuzione di spirometria semplice in soggetti affetti da patologie broncopolmonari croniche	Monitoraggio delle patologie broncopolmonari croniche
Impedenziometria	Metodica semplice ad integrazione con l'audiometria	Presa in carico globale del paziente con otite media senza ricorso allo specialista
Audiometria tonale	Metodica semplice integrata a volte con l'impedenzometria	Presa in carico globale del paziente con otite media senza ricorso allo specialista. Screening delle ipoacusie.
Glicemia e glicosuria	Metodiche semplici	Risoluzione immediata di dubbi diagnostici. Corretta gestione del Diabete NID
Biotensiometria	Metodo semplice che permette di fare uno screening della neuropatia sensitiva nel diabetico.	Individuazione dei diabetici con alterazioni della sensibilità vibratoria, ad alto rischio di ulcerazione del piede e da seguire attentamente nel tempo.
Determinazione dell'INR nei soggetti in terapia con Anticoagulanti orali (TAO)	Esame indispensabile per il monitoraggio dei pazienti in TAO	I pazienti in TAO sono generalmente anziani non in grado di recarsi autonomamente presso il laboratorio o centri TAO. Monitoraggio accurato della TAO, per i potenziali gravi effetti collaterali (anche fatali).

REGIONE BASILICATA - UFFICIO GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

Determinazione assetto lipidico (Colesterolo tot, HDL e LDL, Trigliceridi)	Attualmente in commercio apparecchi (tipo quello utilizzato nello studio TARGET) che permettono con un'unica striscia di effettuare la determinazione di: COLESTEROLO TOT. e HDL TRIGLICERIDI LDL COLESTEROLO	Valutazione rischio cardiovascolare.
Holter pressorio	Le apparecchiature di piccole dimensioni, notevolmente automatizzate, programmabili con sofisticati software per la reportistica.	È un esame prezioso: • Nei casi dubbi (ipertensione da camice bianco). • scarsa risposta terapeutica e/o monitoraggio della terapia farmacologica. • discrepanza tra apparente normalità dei valori pressori e presenza di danni d'organo.
Asportazione di neoformazioni cutanee	Patologie minori con forte impatto sociale	Riduzione degli accessi alle strutture specialistiche
Bendaggio elastocompressivo	Patologie a forte prevalenza specie nel sesso femminile	Riduzione degli accessi alle strutture specialistiche
Fundus oculi /Retinometria	Esame semplice	Monitoraggio del danno d'organo nei soggetti diabetici e ipertesi
MiniMental Test	Esame propedeutico all'ingresso nel progetto "Alzheimer"	Esame standard di valutazione neuro-cognitiva, per la diagnosi ed il monitoraggio delle risorse terapeutiche.
Ecografie Con rilascio di referto	Apparecchi ormai accessibili con alta tecnologia e affidabilità	Risoluzione di dubbi diagnostici. Riduzione delle liste d'attesa.

d) Il Medico di Medicina Generale è tenuto al rispetto dei criteri di appropriatezza, ivi compresa la sostenibilità economica, per l'erogazione delle prestazioni aggiuntive, concordate fra le Aziende e le OO.SS.

e) Si concorda di confermare il tetto di spesa per le prestazioni aggiuntive di cui al presente allegato, nella misura già prevista dal precedente AIR del 2008 ex DGR 331/2008, ovvero:

- 16,60% dei compensi mensili previsti come quota capitaria di cui all'art. 47 comma 2 lettera A) dell'ACN 2024;

SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

a) **L'ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA** nei confronti dei pazienti non ambulabili (**ADP**) è particolarmente utile nel prevenire il ricorso a forme di assistenza più complesse (ricovero ospedaliero, ADI, ecc.) in soggetti anziani non ambulabili, affetti da patologie croniche e soggetti a scompenso.

Questa attività è svolta assicurando la presenza programmata del MMG al domicilio dell'assistito non ambulabile per:

- Monitoraggio dello stato di salute;
- Controllo delle condizioni igieniche, fornendo istruzioni e suggerimenti, sostegno e conforto al paziente ed ai suoi familiari;
- Indicazioni mirate, circa le caratteristiche fisiche e psichiche del singolo paziente, ai familiari o a chi per essi;
- Indicazioni circa il trattamento dietetico da annotare sulla scheda degli accessi fornita dal Dipartimento Post-Acuzie Continuità Ospedale-Territorio (DCOT), che, tenuta a domicilio, serve anche ad annotare gli accessi del MMG e le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici e quant'altro utile ed opportuno;
- Collaborazione con il personale dei servizi sociali comunali per le necessità del soggetto nei rapporti

con la famiglia e con l'ambiente esterno;
- Predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica.

Le caratteristiche dei casi, soggetti ad intervento, riguardano pazienti con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:

- Impossibilità permanente a deambulare (grandi anziani con deficit della deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con grave difficoltà a deambulare);
- Impossibilità di essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante ad un piano alto e senza ascensore);
- Impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale sia relativamente al quadro clinico, quali:
  - insufficienza cardiaca in stato avanzato;
  - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
  - arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stato avanzato con grave limitazione funzionale;
  - cerebropatici e cerebrolesi con forme gravi;
  - paraplegici e tetraplegici.

La segnalazione del caso, bisognevole di assistenza domiciliare, deve essere effettuata dal medico curante sull'apposita scheda informatica accedendo sul portale Inter-Rai;
La scheda va compilata dettagliatamente, al fine di fornire al medico responsabile la possibilità di autorizzare sollecitamente il programma assistenziale proposto;
In caso di ricovero l'ADP si intende momentaneamente sospesa proseguendo in automatico, alla dimissione ospedaliera;
Il DCOT autorizza o meno il programma proposto entro 7 giorni dalla segnalazione e, in caso di mancato riscontro, entro il termine innanzi indicato, il programma si intende approvato a tutti gli effetti, salvo eventuali successivi controlli;
In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico di medicina generale e il responsabile del DCOT, concordano:
- La durata con relativa decorrenza dell'ADP;
- I momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione;

Si conviene che nel programma di ADP rientrino quei pazienti a più bassa intensità assistenziale per cui sono prevedibili 1 o 2 accessi mensili;
Si ribadisce che l'importo corrisposto al medico per le prestazioni di assistenza programmata, di cui al protocollo 8, non possa superare il 20 % dei compensi mensili.

b) L'**ADI è L'ASSISTENZA DOMICILIARE RIVOLTA AI MALATI IN FASE CRITICA** (disciplinata dalla DGR n.196 del 7/2/2000), comprese **le Cure Palliative** (disciplinata dalla DGR 1650/05), d'ora in avanti intese come ADI, sono le forme di assistenza domiciliare che più necessitano di una razionale organizzazione.
Le ***patologie***, che consentono l'avvio dell'ADI, sono quelle per le quali l'intervento domiciliare si presenta alternativo al ricovero ospedaliero, determinato da specifiche condizioni sanitarie o da ragioni psico-sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.
Pertanto, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:
- malati terminali: pazienti oncologici o affetti da altra malattia in fase evolutiva irreversibile;
- malattie progressivamente invalidanti;
- accidenti vascolari acuti nella fase di post-ospedalizzazione;

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA - REGIONE BASILICATA

- gravi fratture negli anziani nella fase di post-ospedalizzazione;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano;
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

L'ADI assicura, a domicilio del paziente, le seguenti ***prestazioni*** di:

- Medicina Generale;
- Medicina Specialistica;
- Infermieristiche;
- Riabilitative;

nonché la

- Fornitura di presidi ed ausili, se previsti nel piano individuale di trattamento (PIT);
- Fornitura di farmaci, se previsti nel PIT;
- Aiuto domestico per i familiari o da parte dei servizi competenti comunali;
- Assistenza psicologica;
- Assistenza sociale.

Per tali ultime prestazioni, la Unità di Valutazione Distrettuale ed il MMG attiveranno la Unità Operativa Zonale (UOZ) secondo le disposizioni contenute nei protocolli d'intesa siglati con i Comuni e costitutive del regolamento di attività delle stesse, con il coinvolgimento dei tecnici psicologi e assistenti sociali dei Comuni. Il Medico di medicina Generale è tenuto a partecipare alle UOZ, per la stesura del piano globale di intervento.

Criteri di eleggibilità:

- Consenso alle cure domiciliari;
- Diagnosi di malattia cronica invalidante;
- Non autosufficienza parziale o totale o rischio di perdita dell'autonomia;
- Ambiente abitativo e familiare idoneo;
- Necessità di trattamenti orientati al miglioramento della qualità della vita e al controllo dei sintomi.

Per garantire l'uniformità di accesso alle cure domiciliari, sono individuati come requisiti essenziali per l'accesso:

- la presenza di condizioni cliniche e la necessità di interventi assistenziali, compatibili con la permanenza del paziente al proprio domicilio;
- la disponibilità di una idonea condizione abitativa, di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale, che permetta al paziente di ricevere un sostegno continuativo per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Criteri di esclusione:

- soggetti con autonomia e autosufficienza giudicate soddisfacenti;
- gravi condizioni cliniche che richiedono elevato impegno sanitario con stretto monitoraggio clinico;
- soggetti che, per le patologie minimali, possono essere trattati a domicilio dal MMG in regime di ADP o mediante il pagamento di prestazioni aggiuntive;
- soggetti il cui team familiare è scarsamente o per nulla collaborante.

Criteri di priorità:

- Soggetti in area critica;
- Soggetti dimessi dall'Ospedale, che necessitano di continuità di cure domiciliari;
- Soggetti già assistiti (in ADP) che, aggravatisi, necessitano di ulteriori interventi oltre quello del MMG.

Procedure per l'attivazione ADI:

Le procedure per l'attivazione della valutazione multidimensionale per l'ammissione in ADI possono

REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

essere promosse da:

- medico curante dell'assistito;
- medico del reparto ospedaliero all'atto della dimissione;
- servizi sociali;
- associazioni di volontariato;
- familiari dell'assistito.

La segnalazione, redatta su apposita scheda informatizzata sul portale Inter-RAI, deve essere compilata in maniera dettagliata e soprattutto circostanziando il più possibile il tipo di intervento richiesto; la scheda sanitaria dell'assistito è comunque compilata dal medico curante, anche quando la segnalazione dovesse provenire da altri servizi.

Entro 24/48 ore dalla segnalazione, l'UV si recherà al domicilio del paziente, concordando preventivamente con il medico curante e con il paziente il giorno della visita.

L'UV concorderà il ***piano di trattamento individualizzato (PIT)*** che dovrà prevedere:

1) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
2) gli interventi degli altri operatori sanitari a vario titolo coinvolti;
3) la cadenza degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente, in relazione alla specificità del processo morboso in corso e alla variabilità del caso clinico;
4) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio;
5) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale. In tal caso, verrà attuata specifica riunione della UOZ, con i tecnici del Comune sede di residenza dell'assistito.

Azioni del medico curante per il paziente in ADI:

- Monitorare la durata del programma di assistenza:
  La durata del programma di assistenza è legata soprattutto agli obiettivi stabiliti dalla U.V. e comunque non dovrà essere superiore a tre mesi, rinnovabili dopo valutazione e verifica da parte della stessa Unità di Valutazione.
- Rafforzare il proprio ruolo filtro nell'ADI. Il MMG, nell'ambito del PIT:
  - ha la responsabilità complessiva del paziente;
  - aggiorna puntualmente per quanto di sua competenza la cartella informatizzata;
  - assicura l'attivazione delle eventuali consulenze specialistiche e degli altri interventi già programmati nel PIT.

Programmazione degli accessi del MMG per assistito in ADI:

A seconda della complessità assistenziale possono essere individuati tre livelli di ADI:

Cure Domiciliari Prestazionali, *rivolte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente è impossibilitato all'accesso ai servizi ambulatoriali, senza necessità di valutazione multidimensionale*

1-2 accessi mensili

Cure Domiciliari Integrate di I e di II Livello, *rivolte a pazienti che, pur non presentando criticità specifiche, hanno bisogno di assistenza continua e/o di interventi programmati per più giorni nel corso del mese*

2-4 accessi mensili

Cure Domiciliari di III Livello e Cure Domiciliari Palliative per Malati Terminali: il numero di accessi mensili del MMG va definito nell'ambito della Valutazione multidimensionale e dell'entità e qualità del carico assistenziale dovuto al singolo paziente.

REGIONE BASILICATA - DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA

REGIONE BASILICATA

ALLEGATO 3

PARTECIPAZIONE ALLE FORME ORGANIZZATIVE DELLA MEDICINA GENERALE (AFT E UCCP)

di cui alla lettera *D)."Quota del Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi"*
dell'art. 24 comma 2 del presente AIR, corrispondente all'art. 47 comma 2 lettera D) dell'ACN 2024

A partire dall'entrata a regime delle AFT e UCCP le indennità dei precedenti istituti contrattuali di cui all'AIR ex DGR 331/2008 (medicine in associazione, rete e gruppo) vengono integrate nel nuovo fondo, prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico dei medici del ruolo unico che già percepiscono tali precedenti indennità (a valere sulle risorse di cui all'art. 24 comma 2 lett. D) del presente AIR).

Come stabilito all'art. 24 comma 2 lett. D. punto 9, ai sensi dell'art. 47 comma 2 lett. D. punto VII, al fine di incentivare le nuove forme organizzative (AFT e UCCP) e con l'obiettivo di raggiungere standard erogativi ed organizzativi coerenti con la programmazione regionale e Aziendale, successivamente alla prima pubblicazione delle località carenti anno 2025 e a far data dalla nomina dei Referenti di AFT e dei Coordinatori di UCCP, ai medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, possono essere erogati compensi aggiuntivi a valere sulla disponibilità del Fondo in attuazione di quanto definito dagli articoli 3, 4 e 10 del presente AIR, con particolare riferimento al ***Piano Integrato di Cura e sostenibilità sanitaria***, da adottarsi a cura di ciascuna Azienda sanitaria

La modalità di erogazione di tali risorse di cui ai precedenti commi 2 e 3 sarà così definita:

a. Le indennità di cui al precedente comma 2 finalizzate alla salvaguardia del precedente trattamento economico saranno liquidate mensilmente in continuità con le precedenti erogazioni mensili;

b. Le indennità di cui al precedente comma 3 per i medici del ruolo unico di assistenza primaria che partecipano alle attività programmate in ambito di AFT e UCCP sono erogate nel modo che segue:

   - Il **30%** dell'importo stabilito viene erogato mensilmente, a fronte dell'adesione al progetto, a titolo di acconto ed in modo proporzionale al numero degli assistiti e alla partecipazione attiva alle AFT e/o alle UCCP;

   - Il **70%** dell'importo stabilito viene liquidato a saldo al termine della valutazione dei risultati conseguiti secondo indicatori e target stabiliti annualmente dall'Azienda Sanitaria. Tale valutazione dovrà necessariamente concludersi entro 90 giorni dalla scadenza annuale dei programmi e obiettivi posti. Nella valutazione dei risultati ottenuti saranno valorizzate adeguatamente anche le performance dei singoli medici aderenti in funzione della partecipazione agli incontri organizzativi convocati dall'Azienda in seno a ciascuna AFT e/o UCCP (maggiore o uguale all'80% degli incontri convocati).

È compito delle Aziende, a partire dalla loro messa a regime, verificare il mantenimento degli standards strutturali e funzionali delle AFT e UCCP. Il riscontro di incongruenze e/o anomalie degli aderenti alle AFT e/o UCCP saranno rimesse al giudizio del Comitato Regionale ex art. 11 ACN 2022 triennio 2016/2018.

FUNZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA - REGIONE BASILICATA

REGIONE BASILICATA

ALLEGATO 4

ATTIVITÀ DIVERSE E COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA PRIMARIA

di cui alla lettera *E)."Quota per Ulteriori Attività e Prestazioni"*
dell'art. 24 comma 2 del presente AIR, corrispondente all'art. 47 comma 2 lettera D) dell'ACN 2024

PRESIDIO DIURNO DI ATTIVITÀ INTEGRATIVE PER IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE (PDAI)

Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo, le Aziende obbligatoriamente attivano progetti sperimentali di attività integrative fra l'area della Medicina Generale e le altre attività distrettuali. La fase sperimentale comporta l'attivazione di almeno un presidio per AFT, e potrà coincidere con le case di comunità e/o con la sede dell'UCCP e/o con uno studio di un medico singolo di riferimento. Nell'ambito del Presidio diurno di attività integrative per il sistema delle cure primaria (d'ora in avanti PDAI) si prevedono le seguenti tipologie di interventi:

1. **Ambulatori di Gestione Integrata.**

Lo scopo dell'**ambulatorio di gestione integrata** è quello di creare uno spazio di effettiva integrazione fra l'area della Medicina Generale e le altre attività distrettuali, nel quale il Medico del ruolo unico a ciclo di scelta, attraverso un'agenda programmata concordata con il distretto, in integrazione con gli specialisti e con gli infermieri, si dedichi prioritariamente alla gestione integrata dei propri pazienti cronici, pazienti a medio-alta complessità o pazienti con particolari necessità di approfondimento diagnostico o ad alto rischio di ospedalizzazione. Tale spazio di integrazione fra MMG e Distretto verrà utilizzato per visite congiunte su pazienti inseriti nel Piano Nazionale della Cronicità, per concordare e programmare i piani di cura e per partecipare ad attività comuni. L'attività prestata dal Medico del ruolo unico a ciclo di scelta è un'attività di tipo orario; le ore vengono prestate, fuori dall'orario minimo di apertura degli studi, all'interno di spazi denominati "Ambulatori di gestione integrata", con un orario di apertura diurna dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 20,00.

2. **Presidio di Primo Intervento**

Il Presidio di Primo Intervento rappresenta il modello organizzativo attraverso il quale il distretto può offrire un punto di riferimento alternativo all'ospedale per la gestione delle urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e verdi), in ottemperanza all'obiettivo prioritario di politica sanitaria nazionale relativo **all'Accesso Improprio al Pronto Soccorso**. I presidi di primo intervento saranno gestiti dai medici del ruolo unico (prioritariamente i medici a rapporto orario permettendo loro di raggiungere il massimale di 38 ore) secondo le diverse potenzialità del contesto locale. Il servizio sarà assicurato nelle ore diurne dalle 8,00 alle 20,00 secondo modalità di turnazione da definire a livello distrettuale. Il presidio potrà essere anche sede del servizio di Assistenza Continua.

Il pagamento orario per il medico del ruolo unico che parteciperà ai programmi di cui ai punti 1 e 2 sarà garantito dal fondo di cui all'art. 47 comma 2 lettera E) ACN 2024 e dall'art. 24 comma 2 lettera E. del presente AIR, alimentabile con eventuali risorse aggiuntive regionali.

REGIONE BASILICATA - FUNZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA