



AIR CAMPANIA 2025

PREMESSA

Con il presente Accordo si intende dare attuazione al processo di riorganizzazione delle cure primarie avviato con il D.C.A. n. 149 del 24 dicembre 2014, come rettificato ed integrato con il D.C.A. n. 16 del 21 gennaio 2020, anche alla luce delle direttive contenute nel Decreto Ministeriale n.77 del 23 maggio 2022 e delle Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità prot. n. 25/117/CR05a/C7, approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 09/09/2025, che stabiliscono gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture ad esse deputate, al fine di perseguire una nuova strategia sanitaria volta a potenziare i servizi assistenziali territoriali a garanzia dei LEA con l'intento di ridurre le diseguaglianze mediante la definizione di un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

L'obiettivo è di rafforzare la rete territoriale e di garantire una maggiore prossimità nei confronti dei cittadini al fine di distribuire meglio le attività di assistenza, evitando di sovraccaricare la rete ospedaliera, attraverso un percorso di riqualificazione del ruolo del Medico di Medicina Generale in funzione di obiettivi di salute e di modelli organizzativi.

I principi ispiratori che dettano l'articolazione del presente Accordo sono rappresentati dalla garanzia della medicina di prossimità e dallo sviluppo della medicina di iniziativa per assicurare, in maniera efficiente ed efficace, i percorsi assistenziali con particolare riguardo alla prevenzione, ai pazienti fragili ed ai pazienti affetti da patologie croniche (cfr. art. 4 ACN 2024).

Il *target* di popolazione maggiormente rappresentativo è, quindi, costituito da persone anziane, spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo *status* socio-familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure. Tali soggetti sono a rischio più elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari: accessi ripetuti al pronto soccorso o ricovero in ospedale. Per tale ragione, la condizione di fragilità, che anticipa l'insorgenza di uno stato più grave e irreversibile, deve essere individuata precocemente con modelli di medicina predittiva e di iniziativa.

Ai sensi del citato D.C.A. n. 16 del 21 gennaio 2020, l'approccio della Regione Campania all'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche si è sviluppato secondo due linee di principio:



- coinvolgimento del 100% dei MMG e quindi dei cittadini;
- rimodulazione delle modalità di presa in carico dei pazienti in funzione della riorganizzazione delle cure primarie.

Sulla scorta dei suddetti principi si è proceduto all'individuazione di un modello regionale di presa in carico del paziente.

Il programma di riorganizzazione dei servizi territoriali da adottare in Regione per la presa in carico dei pazienti deve essere finalizzato al miglioramento dell'assistenza, consentendo l'integrazione tra la rete dei Medici di Medicina Generale, nei loro modelli di organizzazione, e le strutture territoriali aziendali.

Le strutture territoriali, nel riferimento delle CCddCC hub e spoke aziendali, integrate con la rete delle AAFFTT presenti nella prossimità territoriale, costituiscono la nuova geografia dei Servizi della Regione Campania.

Altro elemento fondamentale per facilitare la presa in carico dei pazienti affetti da cronicità è l'effettuazione della diagnostica di primo livello da parte del MMG per i pazienti di riferimento della propria AFT, secondo un modello legato ad obiettivi di salute e non di tipo prestazionale (spirometria, ECG, Ecografia, POCT Mini Lab, Telediagnostica).

Lo stesso favorisce la migliore presa in carico, l'appropriatezza degli interventi e la limitazione delle prestazioni improprie che incidono significativamente nelle liste di attesa.

Con l'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale, approvato con il D.C.A. n. 16 del 21 gennaio 2020, è stata sancita l'adesione obbligatoria dei MMG al modello organizzativo di AFT e sono state definite le modalità operative per il perseguimento degli obiettivi regionali/aziendali, fra cui la presa in carico del paziente affetto da patologie croniche nell'ambito dei PDTA approvati dalla Regione.



LA SANITÀ DI INIZIATIVA PER LA PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

Come espressamente riportato nel D.M. n. 77 del 23 maggio 2022, *la sanità d'iniziativa* è quindi un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non attende l'arrivo dell'assistito negli studi dei Medici di Medicina Generale o in altra struttura sanitaria, ma lo assiste in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della *sanità di iniziativa* è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica ed assistenziale, alla presa in carico globale della multi-morbosità, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il *follow-up* proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina.

Gli strumenti della *sanità di iniziativa* sono: la presa in carico precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, favorendo l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo dell'aderenza dei pazienti ai programmi diagnostico-terapeutici ed il coinvolgimento dei *caregiver* e delle figure interessate nel processo di assistenza.

La *sanità di iniziativa* è quindi obiettivo assistenziale della Medicina Generale. Tale obiettivo, come già declinato nel D.C.A. n.16 del 21 gennaio 2020, non solo è riferito al singolo medico, ma rappresenta l'obiettivo dell'organizzazione della Medicina Generale nelle sue varie declinazioni. In questo contesto priorità irrinunciabile dell'AIR è l'evoluzione del modello organizzativo delle AAFFTT che si integra con la rete delle CCddCC (Case di Comunità) hub e spoke aziendali.

Pertanto, attraverso i modelli della *medicina di iniziativa* messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici di Medicina Generale, di concerto con le figure professionali operanti nelle CCddCC hub e spoke aziendali, i pazienti possono essere contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche. Si persegue così l'obiettivo di prevenire le complicanze, ridurre e gestire il carico assistenziale in un modello pro-attivo e predittivo.

Il D.M. n. 77/2022 individua nelle Case della Comunità hub e spoke aziendali, le strutture di prossimità di riferimento per garantire l'assistenza alla popolazione prediligendo la *sanità di iniziativa*.

Nel modello organizzativo Aziendale, i Medici di Medicina Generale, costituiscono la rete territoriale di prossimità, con sedi uniche e singoli studi, integrandosi con le CCddCC hub e spoke aziendali.



La stratificazione della popolazione è lo strumento per definire le strategie e gli interventi di *medicina di iniziativa* più efficace per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, nel rispetto del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati. Questo strumento di gestione del Paziente – unitamente ai Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo

Individuale - deve essere utilizzato in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della persona e dei suoi bisogni socioassistenziali.

LA MEDICINA DI PROSSIMITÀ

La *medicina di prossimità* si sviluppa attraverso le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina rafforzando l'assistenza domiciliare e l'integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Attualmente la *medicina di prossimità*, in Regione Campania, è garantita dalla diffusione capillare degli studi dei MMG sul territorio regionale, dalle sedi uniche e periferiche delle AAFFTT esistenti ed introdotte con il D.C.A. n. 16/2020, nonché dagli Ospedali di Comunità (OOddCC) e dalle Case di Comunità (CCddCC) hub e spoke aziendali.

È necessario, quindi, sviluppare una rete di prossimità attraverso l'implementazione di nuovi modelli organizzativi territoriali per la presa in carico integrata della persona con la presenza delle sedi uniche delle AAFFTT nei loro differenti modelli organizzativi sul territorio.

Il D.M. n. 77 del 23 maggio 2022, partendo dall'assunto che il Medico di Medicina Generale rappresenta la prima porta d'accesso al servizio sanitario, persegue l'obiettivo di potenziare i servizi assistenziali territoriali per garantire l'erogazione dei LEA, riducendo le disuguaglianze, attraverso:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria per la popolazione di riferimento;
- il potenziamento delle cure domiciliari, affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico;



- attività di *medicina di iniziativa* e di presa in carico dei pazienti, attraverso la stratificazione della popolazione utilizzando anche gli strumenti in dotazione della medicina generale.
- il potenziamento di modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, che per l'integrazione della rete professionale operante sul territorio ed in ospedale.

Il principio fondamentale che orienta lo sviluppo delle CCddCC è rappresentato dall'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della *sanità d'iniziativa* e della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività ecc.).

In applicazione dell'ACN vigente, i medici del ruolo unico da impegnare nello svolgimento dell'attività oraria presso le CdC sono:

- a. i medici con incarico a ciclo di scelta attribuito fino al 31.12.2024 non massimalisti che optano volontariamente per il nuovo ruolo unico secondo le procedure previste dall'ACN 2024;
- b. i medici con incarico temporaneo che si diplomano a partire dall'anno 2025;
- c. i medici convenzionati a partire dall'anno 2025 a seguito delle procedure per l'attribuzione di incarichi a tempo indeterminato, determinato e temporaneo;
- d. i medici già titolari di incarico a tempo determinato e indeterminato o temporaneo ad attività oraria.

Inoltre, sono impegnati nello svolgimento dell'attività oraria presso le CdC i medici già titolari di incarico a ciclo di scelta su base volontaria.

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub e spoke aziendali.



CAPO I

ART 1

PARTECIPAZIONE AL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA MEDICINA GENERALE (Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e/o a rapporto orario e Medici di ruolo unico di Assistenza Primaria) IN AFT

Integrazione art. 1 (ex art. 10) D.C.A. n. 16/2020

L'apertura dello studio professionale del medico di ruolo unico di Assistenza Primaria è consentita esclusivamente nell'ambito territoriale di scelta.

Il Medico di Assistenza Primaria e/o ruolo unico aderisce al modello organizzativo in AFT.

La modalità di apertura degli studi è aderente al modello organizzativo di AFT secondo la tipologia di territorio dove viene svolta l'Assistenza Primaria.

La città di Napoli viene regolamentata all'art. 3.

Le AAFFTT della Regione Campania si caratterizzano per le seguenti tipologie di organizzazione:

A) ORGANIZZAZIONE DELLE AAFFTT IN FUNZIONE DELLA NUMEROSITÀ DI POPOLAZIONE PER AMBITO.

- Aree con numero di abitanti superiore a 25.000.

I Medici aderiscono e partecipano alla sede unica di AFT. Questa è costituita da almeno 4/5 medici. La rete degli studi periferici della AFT deve garantire almeno 3 ore antimeridiane e 3 ore pomeridiane, dal lunedì al venerdì e preferibilmente comporsi di tre medici;

- Aree con numero di abitanti inferiore a 25.000.



I Medici aderiscono e partecipano alla sede unica di AFT. Questa è costituita da almeno 2/3 medici. La rete degli studi periferici della AFT deve garantire almeno 3 ore antimeridiane e 3 ore pomeridiane, dal lunedì al venerdì e preferibilmente comporsi di tre medici;

- Aree con numero di abitanti inferiore a 7.000.

Medico di prossimità singolo, in aree a bassa numerosità di popolazione, inferiore a 7.000 abitanti o in territori poco accessibili (aree periferiche montane, interne rurali e collinari, costiere, isole minori e con popolazione fino a 7 mila abitanti).

Tutte le modalità organizzative sopracitate si avvalgono del sistema di telemedicina, della presenza di personale di studio e /o altro personale sanitario nonché di tecnologia a distanza. Specifiche forme di organizzazione integrative potranno essere proposte dall'UCAD del distretto su indicazione dei Referenti di AFT e sottoposte al parere vincolante del comitato aziendale *ex art.* 12 ACN vigente.

B) RISORSE OMOGENEE PER MODELLI DI PARTECIPAZIONE ALLE AAFPTT

Il presente AIR₅ determina un'indennità per i MMG - Assistenza Primaria e/o ruolo unico - relativa alla partecipazione a tutte le attività presso la sede unica di AFT per un corrispettivo di € 6,00/ assistito annuo (cfr. art. 1, comma 1).

Il fondo di AFT è incrementato nella misura dell'8% annuo ed è finalizzato al raggiungimento della copertura delle indennità previste per il collaboratore di studio e il personale infermieristico al 100%.

Per altre figure professionali sanitarie si introduce un'ulteriore percentuale dell'8% annuo a valere sul bilancio aziendale. Si precisa che il valore economico da attribuire per tutte e tre le categorie sopra menzionate (collaboratore di studio, personale infermieristico e altre figure professionali sanitarie) è di 4 € per assistito all'anno in dodicesimi.

È raccomandata un'adeguata formazione per iul collaboratore di studio circa le attività che deve svolgere all'interno dello studio medico (norma finale n. 3, comma 1 ACN vigente).



C) RISORSE VINCOLATE AI COMPITI DA SVOLGERE IN AAFFTT CON CONSERVAZIONE DEL FONDO PER I COMPONENTI DELLE AAFFTT

Nell'ambito dell'organizzazione delle AAFFTT, i Medici partecipano ad ogni attività di cura.

Laddove un MMG non aderisca a tutte le attività previste l'Azienda può procedere al recupero della quota parte economica erogata con ristoro del fondo di AFT.

È requisito di organizzazione della AFT la partecipazione ai modelli di cui all'art. 1 commi a), b), c), secondo i territori con diversa densità abitativa in base a quanto già definito. Si confermano i criteri di cui all'art. 1 del D.C.A. n. 16/20 e si specifica quanto segue.

Adempimenti di AFT:

1. i Medici partecipano alle attività di sede unica di cui all' art. 1 del predetto accordo;
2. i Medici partecipano alla messa in rete dei sistemi gestionali dei singoli MMG, all'interno della AFT, con adozione di piattaforme interne alle AA FFFT in grado di far confluire i dati delle attività in piattaforme Aziendali/Regionali in conformità con le vigenti normative in tema di tutela della privacy. Tali piattaforme alimentano i flussi informativi per consentire lo svolgimento delle attività di presa in carico e di utilizzo della diagnostica con modelli di medicina di iniziativa.

Sono requisiti di attività della AFT: lo svolgimento delle attività di prevenzione; screening oncologici; le vaccinazioni incluse nei LEA; l'applicazione dei PDTA; l'adozione di interventi di *medicina di iniziativa* con l'uso della diagnostica da svolgersi nelle CC dd CC hub e spoke aziendali e in subordine nelle sedi uniche di AFT, e negli studi singoli dei MMG, secondo il modello di organizzazione adottato.

La parte non remunerata ai MMG inadempienti confluisce nel fondo di AFT, riquilificando la quota di indennità di AFT degli altri Medici componenti, secondo le procedure indicate nel paragrafo successivo.

MODALITA' DI EROGAZIONE DEI COMPENSI

Entro il 31/01 di ogni anno, il Referente di AFT nella relazione annuale fornisce l'elenco dei MMG che hanno partecipato alle attività di AFT con il relativo indice di attività (appropriatezza prescrittiva, partecipazione agli screening, vaccinazioni, gestione integrata, cure domiciliari, PDTA etc....).

Tale relazione viene esaminata in UCAD, previa verifica dei dati rilevati dalle piattaforme di utilizzo, e viene validata per la corresponsione dei compensi.



RIQUALIFICAZIONE DEL FONDO DI CUI ALL'ART. 3 Decreto n. 87/2013

Rivalutazione della quota art. 47 lettera A comma V;

Rivalutazione del fondo di ponderazione Regionale (ex art. 59 lettera A comma 4).

La rivalutazione del fondo di ponderazione determina la destinazione delle quote dell'assegno *ad personam* al singolo medico avente diritto fino al 31 dicembre 2024.

A partire dal 1° gennaio 2024 il fondo di cui all' art. 59 lett. a comma 4 viene destinato all'implementazione delle risorse per le forme organizzative della medicina generale di cui all'art. 1.

Entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente accordo le AA.SS.LL. provvedono alla riqualificazione e all' erogazione delle quote ai medici aventi diritto.

ART 2

MODELLI DI AFT IN RIFERIMENTO AGLI AMBITI TERRITORIALI DI SCELTA PER I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA E/O RUOLO UNICO

Organizzazione delle AAFFTT nei diversi modelli.

a) Partecipazione a studi, con sede unica, con almeno 4/5 medici (aree urbane e con popolazione superiore a 25 mila abitanti).

La partecipazione alla sede unica di AFT è garantita da almeno 4/5 medici. Nel caso in

cui nell'ambito distrettuale si determinino condizioni assistenziali differenti, giustificate da esigenze territoriali, sentito il Comitato di cui all' art. 12, e di concerto

con i coordinatori, possono essere previste variazioni del numero dei medici facenti parte della sede unica.

La rete degli studi periferici della AFT deve garantire almeno 3 ore antimeridiane e 3 ore pomeridiane, dal lunedì al venerdì e preferibilmente comporsi di tre studi medici.

Gli studi associati garantiscono la continuità dell'Assistenza Primaria secondo il riferimento previsto all'art. 35 dell'ACN, garantendo la presenza in sede unica con copertura dalla fascia oraria diurna tra le 8:00 e le 20:00, dal lunedì al venerdì, con almeno 10 ore di studio.



Gli studi periferici garantiscono almeno 3 ore antimeridiane e 3 ore pomeridiane, con almeno 6 ore giornaliere, tra le 8:00 e le 20:00, dal lunedì al venerdì.

Nella sede unica di AFT è previsto il collaboratore di studio, l'infermiere e/o altro personale sanitario con profilo idoneo allo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo .

Tale personale concorre a garantire la presa in carico degli assistiti, in particolare per le cronicità e vulnerabilità e le attività diagnostiche relative ai PDTA di cui all'art. 3 del Decreto n. 16/20, sia nell'ambito di modelli di organizzazione di AFT che nelle Case di Comunità hub e spoke aziendali, Ospedali di Comunità, altri Presidi territoriali.

La AFT, con la sua organizzazione, si integra con la Casa di Comunità hub/spoke presente all'interno dell'organizzazione aziendale.

Tutti i Medici di Assistenza Primaria e/o ruolo unico appartenenti alla AFT, in un modello organizzativo autonomo proposto dal coordinatore, svolgono attività oraria in tale sede per garantire la continuità di assistenza diurna dalle ore 8:00 – 20:00 con almeno 10 ore di studio, dal lunedì al venerdì, al di fuori degli orari da garantire nelle Case di Comunità hub e spoke aziendali.

L'Azienda, su specifiche esigenze assistenziali, può utilizzare, previa proposta da parte del Coordinatore e parere obbligatorio e vincolante del comitato aziendale:

- le sedi uniche di AAFFTT;
- altre sedi aziendali;
- le sedi comunali;
- altri luoghi destinati ad attività di cura.

b) Partecipazione a studi, con sede unica, con almeno 2/3 medici (aree sub urbane e con popolazione minore di 25 mila abitanti)

La partecipazione alla sede unica di AFT è garantita da almeno 2/3 medici.

La rete degli studi periferici dell'AFT deve garantire almeno 3 ore antimeridiane e 3 ore pomeridiane, dal lunedì al venerdì, e preferibilmente comporsi di tre studi medici.

Gli studi associati garantiscono la continuità dell'Assistenza Primaria, secondo il riferimento previsto all'art. 35 dell'ACN, garantendo la presenza in sede unica con copertura dalla fascia oraria diurna tra le 8:00 e le 20:00 dal lunedì al venerdì, con almeno 10 ore di studio.



Gli studi periferici garantiscono almeno 3 ore antimeridiane e post meridiane, con almeno 6 ore giornaliere tra le 08 e le 20, dal lunedì al venerdì.

Nella sede unica di AFT è prevista l'obbligatorietà del collaboratore di studio infermiere e/o altro personale sanitario. Tale personale concorre a garantire la presa in carico degli assistiti, in particolare per le cronicità e vulnerabilità, e le attività diagnostiche relative ai PDTA di cui all'art. 3 del Decreto n. 16/20, sia nell'ambito di modelli di organizzazione di AFT che nelle Case di Comunità hub e spoke aziendali, Ospedali di Comunità, altri Presidi territoriali.

La AFT, con la sua organizzazione, si integra con la Casa di Comunità hub/spoke presente all'interno dell'organizzazione aziendale.

Tutti i Medici di Assistenza Primaria e/o ruolo unico appartenenti alla AFT, in un modello organizzativo autonomo proposto dal coordinatore, svolgono attività oraria in tale sede per garantire la continuità di assistenza, nelle ore diurne dalle ore 8:00 alle ore 20:00, dal lunedì al venerdì, al di fuori degli orari da garantire nelle Case di Comunità hub e spoke aziendali.

L'Azienda, su specifiche esigenze assistenziali, può utilizzare, previa proposta da parte del Coordinatore, e parere obbligatorio e vincolante del comitato aziendale:

- le sedi uniche di AFT;
- altre sedi aziendali;
- le sedi comunali;
- altri luoghi destinati ad attività di cura.

La AFT elegge una sede di riferimento la cui apertura garantisce l'assistenza dalle ore 8:00 alle 20:00 con almeno 10 ore di studio, con presenza di personale nelle 12 ore e di almeno 10 ore di attività medica.

Tale sede di riferimento prevede la presenza di almeno 3 medici di Assistenza Primaria e/o ruolo unico che svolgono l'attività negli studi.

Tutti i Medici di Assistenza Primaria e/o ruolo unico appartenenti alla AFT svolgono attività oraria in tale sede per garantire la continuità di assistenza nelle ore diurne dalle ore 8:00 alle ore 20:00, dal lunedì al venerdì.

Nella sede unica di AFT è previsto è previsto il collaboratore di studio, l'infermiere e/o altro personale sanitario con profilo idoneo allo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo.

Tale personale concorre a garantire la presa in carico degli assistiti, in particolare per le cronicità e vulnerabilità e nelle attività diagnostiche relative ai PDTA di cui all'art.



3 del Decreto n. 16/20, sia nell'ambito di modelli di organizzazione di AAFPTT che nelle Case di Comunità, Ospedali di Comunità, altri Presidi territoriali.

Per le aree territoriali la cui estensione comprende più comuni appartenenti alla stessa AFT è consentita, oltre alla sede unica principale, la conservazione di studi singoli ed associati, al fine di consentire la copertura capillare del territorio.

c) AFT di prossimità o Medico di prossimità singolo, in aree a bassa presenza abitativa, in zone disagiate o disagiatissime (aree periferiche montane, interne rurali e collinari, costiere, isole minori e altro).

Questa tipologia di AFT prevede la presenza di singoli studi di MMG nei territori poco accessibili, aree periferiche montane, interne rurali e collinari, costiere, isole minori e altro.

La rete degli studi associati, con l'ausilio del personale, garantisce la continuità dell'Assistenza Primaria nell'articolazione dei singoli studi presenti nella AFT per le ore diurne feriali dalle 08:00 alle 20:00.

Tutti i Medici di Assistenza Primaria e/o ruolo unico appartenenti alla AFT, svolgono attività oraria presso una o più sedi di riferimento, definite tali in relazione alle esigenze assistenziali della tipologia del territorio, per garantire la continuità di assistenza nelle ore diurne dalle 08:00 alle 20:00, dal lunedì al venerdì, con una copertura oraria complessiva determinata dall'attività dei singoli studi presenti nella AFT.

In tale modello organizzativo il Direttore di Distretto, di concerto con il coordinatore di AFT, in specifici territori può individuare studi singoli, associati e sedi uniche presso aree, spazi o strutture eventualmente concesse dai Comuni funzionali all'assistenza.

In conformità a quanto previsto dal D.M. n. 77/2022, lo sviluppo della telemedicina, favorisce l'efficientamento delle prestazioni assistenziali.

Tale modalità organizzativa per aree a bassa presenza abitativa prevede una indennità mensile aggiuntiva di € 1000,00.

La Regione provvede a definire in concreto l'ambito applicativo di tale modalità organizzativa, prevedendo eventualmente anche un'operatività progressiva della indennità mensile aggiuntiva, compatibilmente con la sostenibilità economico-finanziaria della stessa.

Al fine di garantire l'indennità, le parti concordano che entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo definiscono in ambito regionale la popolazione, i territori e le AFT di riferimento che rientrano in tale indennità.



In tutte le modalità organizzative sopracitate è obbligatorio il sistema di telemedicina, la presenza di personale di studio e /o altro personale sanitario nonché tecnologia a distanza.

NORME FINALI

- a) Entro 6 mesi dall' entrata in vigore dell' AIR i MMG che risultano titolari di Assistenza Primaria e/o ruolo unico eleggono lo studio nell' ambito della AFT localizzata nel proprio ambito territoriale di scelta. Se allo stato risultano studi medici localizzati in altro ambito territoriale di scelta, pur conservando le scelte in carico, mantengono aperto lo studio esclusivamente nella AFT di loro scelta.
- b) I MMG che svolgono attività in più studi sono tenuti ad aderire alle modalità previste al punto **a) e b) dell'art 1, Capo I**, garantendo la continuità di apertura nelle 12 ore.

Eccezione prevista all' art. 3 per la Città di Napoli.

ART. 3

NORME PER LA CITTA' DI NAPOLI

A partire dal 01/01/2025 le zone carenti di cui all' art. 32 dell' ACN vengono definite nell' ambito delle AAFFTT secondo il rapporto ottimale vigente in Regione Campania.

Prima della pubblicazione degli incarichi carenti vengono applicate le procedure previste per consentire il trasferimento dei Medici che esprimano la volontà di cambiare l' AFT di appartenenza e seguire le procedure di cui ai commi 8, 9, 10 dell' art. 32 dell' ACN vigente.

Il MMG di Assistenza Primaria e/o ruolo unico, per ragioni finalizzate al miglioramento della assistenza e/o di tipo logistiche organizzative, può scegliere di appartenere ad un' altra AFT dello stesso distretto di appartenenza, ciò non comporta la cancellazione della popolazione in carico in quanto non rientra nelle modalità di trasferimento previste all' art 32 dell' ACN vigente.

Il Medico di Assistenza Primaria e/o ruolo unico incaricato è obbligato ad eleggere lo studio nell' ambito della AFT secondo i criteri individuati dal presente articolo.

Ai sensi del predetto accordo, la scelta del medico resta vincolata a quanto stabilito dall' art. 39 dell' ACN vigente. Le scelte degli assistiti provenienti da altre AAFFTT di



distretti differenti da quello di incarico dell'ambito territoriale del Comune di Napoli sono consentite fino alla misura del 10%.

In caso di superamento della percentuale prevista, le successive richieste vengono sottoposte al parere del Comitato Aziendale ex art. 12.

La città di Napoli è unico ambito territoriale di scelta ed è costituita da 28 AAFFTT distribuite nei territori dei dieci distretti cittadini.

Questa tipologia di AFT prevede la presenza di sede unica con partecipazione di un numero di MMG di Assistenza Primaria e/o ruolo unico non inferiore a 5 e con un massimo fino al numero dei componenti della AFT.

Gli studi presenti nella sede unica e quelli associati garantiscono la continuità dell'Assistenza Primaria secondo il riferimento previsto all'art. 35 dell'ACN.

In tali studi è prevista l'obbligatorietà del collaboratore di studio, dell'infermiere professionale e di altro personale sanitario.

Nella sede unica di riferimento è prevista la presenza di almeno 5 medici che svolgono l'attività in studi associati. Tutti i Medici di Assistenza Primaria e/o ruolo unico appartenenti alla AFT, in un modello organizzativo autonomo proposto dal coordinatore, svolgono attività oraria in tale sede per garantire la continuità di assistenza, nelle ore diurne dalle ore 8:00 alle ore 20:00, dal lunedì al venerdì, degli orari da garantire nelle Case di Comunità hub e spoke aziendali.

Tale personale concorre a garantire la presa in carico degli assistiti, in particolare per le cronicità e vulnerabilità e nelle attività diagnostiche relative ai PDTA di cui all'art. 3 del D.C.A. n. 16/20, sia nell'ambito di modelli di organizzazione di AFT che nelle Case di Comunità, Ospedali di Comunità, altri Presidi territoriali.

La AFT elegge una sede di riferimento la cui apertura garantisce l'assistenza nelle ore diurne dalle ore 8:00 alle 20:00 con presenza di personale nelle 12 ore.

Tale sede di riferimento prevede la presenza di almeno 5 medici.

Tutti i Medici di Assistenza Primaria e/o ruolo unico appartenenti alla AFT svolgono attività oraria in tale sede per garantire la continuità di assistenza nelle ore diurne dalle ore 08:00 alle ore 20:00, dal lunedì al venerdì.

Il Coordinatore di AFT cura la tenuta dell'orario della sede unica e comunica al Distretto di riferimento l'orario delle attività di quota oraria e le relative variazioni.



NORME AGGIUNTIVE PER LA CITTA' DI NAPOLI

Nel caso il Medico titolare di incarico di Assistenza Primaria e/o ruolo unico esprima la volontà di trasferimento ad altra AFT di altro distretto del territorio della città metropolitana, in analogia all'art. 34 dell'ACN, prima della pubblicazione delle zone carenti è consentito il trasferimento ad altra AFT. Tale condizione determina la cancellazione della popolazione assistita di provenienza (art. 32 comma 9 ACN).

Per i soli MMG titolari di incarico di Assistenza Primaria e/o ruolo unico nell'ambito territoriale di scelta di riferimento, che alla data dell'entrata in vigore del presente Accordo, presentano uno o più studi dislocati su territori differenti dello stesso ambito territoriale di scelta, è consentita fino al termine dell'attività o al mutamento delle normative contrattuali, su scelta del MMG, il mantenimento di tali studi, restando l'obbligo di appartenenza al modello di AFT ed allo svolgimento dello studio secondo le modalità prevista al Capo I, art. 1, in riferimento alla densità abitativa.

L'apertura di ulteriori studi nell'ambito territoriale di scelta ai sensi degli artt. 34 e 35 dell'ACN vigente, fermo restando gli obblighi di partecipazione e di svolgimento dell'attività secondo i modelli di cui al art. 1, Capo I, è vincolata al parere del Comitato ex art. 12.

ART 4

EX ART 38 MASSIMALE

Massimale per i Medici di Assistenza Primaria che operano in forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di Assistenza Primaria

Il massimale del MMG in riferimento, all'art. 38 comma 3, è di 1500 scelte ordinarie e prevede una deroga fino al 20% delle scelte in carico per quelle riferite ai commi 4, 5, 6 e 7 dell'art. 39 dell'ACN vigente.

In riferimento all'art. 38 comma 2 dell'ACN, il massimale del Medico di Assistenza Primaria/ruolo unico viene innalzato a 1800 scelte (tra scelte ordinarie ed in deroga) esclusivamente garantendo la presenza obbligatoria di collaboratore di studio ed infermiere professionale.

In carenza di personale specifico, l'Azienda autorizza le scelte anche con presenza di altro personale sanitario con profilo idoneo allo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo.



Integrazione all'art. 12 D.C.A. n. 16/2020: sviluppo delle attività diagnostiche nei PDTA

È indispensabile per l'attuazione delle attività diagnostiche (l'uso delle relative risorse e l'adozione di tali strumenti da parte dei MMG): l'integrazione con le Case di Comunità hub e spoke aziendali (partecipazione alle attività delle case di comunità hub e spoke aziendali che si avvalgono eventualmente delle sedi uniche di AA.FF.TT.).

Eventuali attività diagnostiche riferite ai PDTA relativi alle malattie cardiovascolari, metaboliche e respiratorie ed al reclutamento delle condizioni di rischio cardiovascolare, stili di vita, medicina predittiva, avvalendosi di dispositivi quali "point of care" (prelievo capillare ed individuazione dei parametri ematochimici di significativo rilievo) e di attività diagnostiche specifiche (uso di tamponi finalizzati alla appropriatezza dell'uso dei farmaci con riferimento al fenomeno dell'antibiotico resistenza) possono essere definite in ambito regionale previa stipula di specifici accordi. Tali attività concorrono alla migliore possibilità di erogare le prestazioni nei limiti previsti da parte delle strutture accreditate e di incentivare le AA.FF.TT. a monitorare lo stato di salute della popolazione in carico.

ART 5

PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA NELLE CASE DI COMUNITÀ E OSPEDALI DI COMUNITÀ

Il ruolo di collegamento tra Casa della Comunità hub e spoke aziendali e sedi uniche delle AA.FF.TT. territoriali.

Nel nuovo modello organizzativo della sanità territoriale delineato dal DM n. 77/2022, le Case della Comunità (CdC) hub e spoke aziendali e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AA.FF.TT.) rappresentano due snodi essenziali, interconnessi e complementari, per la presa in carico proattiva e continuativa della popolazione assistita.

All'interno delle AA.FF.TT. sono svolte attività assistenziali integrative dei servizi che saranno offerti mediante le strutture intermedie di nuova implementazione CdC hub e spoke aziendali che si avvalgono delle sedi uniche di AFT.

Tra le attività della CdC assume particolare rilevanza la figura del medico del ruolo unico di assistenza primaria nel contribuire all'erogazione dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale che prevede la presenza di personale medico h 24 7/7 nelle strutture hub, e, h 12 6/7 nelle strutture spoke. Ad ogni CdC hub afferiscono quindi funzionalmente i Medici del Ruolo Unico di assistenza primaria nei modi



definiti dall' ACN anche attraverso la condivisione di strumenti e sistemi applicativi informatici, che permettono interscambio di informazioni allo scopo di diagnosi e cura.

Tali medici, appartenenti alle rispettive AA.FF.TT., infatti devono essere collegati tra loro e con le CdC hub e spoke aziendali anche attraverso la condivisione di strumenti e sistemi applicativi informatici, che permettano l'interscambio di informazioni allo scopo di diagnosi e cura. I medici del ruolo unico di assistenza primaria che operano all'interno delle CcddCc hub e spoke aziendali e nei rispettivi studi professionali secondo la programmazione regionale ed aziendale al fine di garantire la capillarità del servizio erogato in particolare nelle aree interne e rurali.

Possono avvalersi:

- servizi infermieristici,
- servizio integrato CUP,
- punto prelievi;
- continuità dell'assistenza primaria;
- attività vaccinale prevista nei LEA;
- attività di screening (colon retto, mammella e cervice uterina),
- dotazione di device su richiesta dei Medici di Medicina Generale.

All'apertura delle Cc dd Cc hub e spoke aziendali che si avvalgono delle sedi uniche di AFT, entro 30 giorni, tali attività e servizi saranno offerti dai Medici di Medicina Generale di ruolo unico e a ciclo di scelta su base volontaria all'interno di tali strutture, come previsto dall'ACN di categoria e dal DM n. 77/2022.

L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)– anche nelle loro forme organizzative – e dipendenti, infermieri, Assistenti Sociali e altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio psicologi ambulatoriali interni e dipendenti, ostetrica/o e professionisti dell'area della Prevenzione, della riabilitazione e tecnica.

Queste figure, operando all'interno del modello organizzativo della CdC con modalità integrate, provvedono a garantire l'assistenza territoriale attraverso un approccio di sanità di iniziativa e contribuiscono alla presa in carico della Comunità di riferimento, con i servizi h12 e h24.

Le Case della Comunità hub e spoke aziendali sono il riferimento territoriale della assistenza sanitaria ed organizzano le attività di cura perseguendo obiettivi di presa in



carico quali l'adozione dei PDTA, l'adozione di modelli di medicina di iniziativa e predittiva, gli screening e la prevenzione vaccinale con i coordinatori di AFT e si avvalgono dell'organizzazione della rete delle AA.FF.TT. per la gestione della Assistenza Primaria per la popolazione in carico.

Le AA.FF.TT con le loro sedi uniche e gli studi singoli sono articolazioni funzionali della medicina generale, operano in stretto collegamento funzionale con la Casa della Comunità hub e spoke aziendale che costituisce il riferimento clinico-organizzativo, professionale e infrastrutturale del territorio. In tale contesto, la Casa della Comunità assolve al ruolo di nodo centrale mentre le AAFFTT, nella diversa organizzazione aziendale, garantiscono la prossimità dell'assistenza nelle sedi uniche con le loro articolazioni negli studi distribuiti sul territorio.

Attività integrate e continuità della assistenza

Le attività di cura e di prevenzione si svolgono congiuntamente sia nelle sedi uniche delle AAFFTT sia all'interno delle Case della Comunità hub e spoke aziendali, sia nei singoli studi, in un'ottica di integrazione operativa e condivisione delle informazioni cliniche e gestionali. Le AAFFTT garantiscono l'accessibilità, la continuità e la personalizzazione dell'assistenza, mentre le Case della Comunità hub e spoke aziendali forniscono il supporto diagnostico, tecnologico e multidisciplinare per la gestione dei bisogni complessi.

In particolare, le Case della Comunità sono il luogo deputato all'esecuzione di attività diagnostiche avanzate, di interventi specialistici in presenza o in telemedicina ed alla gestione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA). Tali attività sono programmate e coordinate e si svolgono sia nelle sedi hub sia nelle sedi spoke aziendali ed in sinergia con i medici che operano nelle sedi uniche delle AA FF TT e nei singoli studi, in un'ottica di presa in carico integrata del paziente, soprattutto per le cronicità e le fragilità e per le altre attività previste negli obiettivi di AFT.

Un modello replicabile su scala territoriale

Questo modello si estende a tutti i territori, adattandosi alla morfologia e alle caratteristiche demografiche locali, mantenendo però costante il principio della continuità e dell'interconnessione tra livello hub e spoke delle Case della Comunità aziendali e le sedi uniche di AA FF TT definite spoke di prossimità. Tale configurazione consente di superare la frammentazione dell'assistenza, rafforzare il lavoro in un team multiprofessionale e promuovere una medicina d'iniziativa orientata alla prevenzione, alla diagnosi precoce e alla gestione proattiva dei bisogni di salute.

Il ruolo della Medicina generale è riferito ad una serie di funzioni che consentono il miglioramento della presa in carico dei PDTA e delle cronicità e che utilizzano luoghi



nonché strumenti diagnostici forniti dalle Aziende che favoriscono livelli ottimali di intervento in integrazione con le altre professionalità territoriali.

La Medicina Generale è coinvolta in tali attività con i Medici del Ruolo Unico, con precedenza per i Medici ad attività oraria (ex continuità assistenziale) e con il coinvolgimento dei Medici a ciclo di scelta con precedenza per quelli con numero minore di scelte in carico.

Le attività sono orientate prevalentemente alla presa in carico del paziente cronico e alla gestione complessa di attività che prevedono aumento dell'intensità di cure e assistenza.

Perseguimento di attività Diagnostiche e di prevenzione delle AA FF TT

L'individuazione dei pazienti nelle prime fasi dell'esordio di una malattia cardiovascolare, metabolica, respiratoria etc., al fine di intercettare le condizioni di rischio di malattia nell'ambito degli assistiti in carico alle AA FF TT compresi nella fascia di età tra 30 e 65 anni, non identificati quali affetti da malattie già consolidate o in terapia, è da considerarsi strategica.

Tale attività rientra nei compiti delle AA FF TT con l'utilizzo degli strumenti in dotazione, quali gestionali individuali e piattaforme estrattive (il cui possesso è necessario per tutti i singoli medici appartenenti alle AA FF TT) per consentire l'invito di tali soggetti a sottoporsi ad esami ritenuti indispensabili, quali: profilo ematochimico generale (glicemia, LDL, creatinina, emocromo), esecuzione di diagnostica ECG e attività diagnostiche già in vigore in riferimento all'art 3 (PDTA malattie respiratorie) del Decreto 16/2020.

Le attività svolte nell'ambito delle AA FF TT si effettuano con strumenti e personale in dotazione della Medicina Generale. Per tali attività le Aziende riconoscono i dispositivi dei MMGG per il trasferimento e l'utilizzo nelle strutture aziendali.

ART 6

RISORSE ECONOMICHE

Risorse economiche confermate e consolidate di cui al decreto 149/2014 e 16/2020

Fondo della quota oraria disponibile spesa storica della continuità assistenziale in riferimento al monte orario globale del singolo operatore (1456 ore)



ART 7

REFERENTE DI AFT di cui all'art 30 ACN VIGENTE

Compiti del Referente:

- a) Ogni AFT prevede un Delegato con compiti di raccordo funzionale e professionale di cui all'art 30 dell'ACN vigente;
- b) Tale Delegato viene definito Referente della AFT e concorre al raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- c) Compito del Referente è facilitare gli obiettivi di cura e le attività della AFT;
- d) Il Referente promuove le attività della AFT in conformità agli obiettivi individuati in ambito Regionale, Aziendale e Distrettuale;
- e) Il Referente di AFT, è parte integrante della rete funzionale del sistema di Appropriatezza. Partecipa alle attività dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali di cui all'art. 25 dell'ACN nella funzione di interfaccia fra il Distretto ed i componenti della AFT;
- f) Promuove momenti di audit nella sede di riferimento in funzione degli obiettivi da perseguire;
- g) Al Referente, in accordo con i componenti della AFT, viene demandato il compito di redigere l'orario della sede unica di AFT e l'orario della rete degli studi complessivi con i componenti secondo lo specifico allegato.
- h) Il Referente ha la funzione di monitorare il perseguimento degli obiettivi di AFT di cui all'art 10 lettera A del DCA 16/2020 e *ss.mm.ii*;
- i) Effettua una relazione annuale sulle attività complessive della AFT sulla scorta di eventuali indicatori di processo ed esito concordati con l'Azienda.

DEFINIZIONE DEL REGOLAMENTO PER L'ELEZIONE DEL REFERENTE DI AFT

Alla data di pubblicazione del presente accordo sono confermati tutti i Referenti di AFT e restano in carica fino alla scadenza dei tre anni successivi.

Restano confermati i requisiti per lo svolgimento dell'attività di referente delle AA FF TT previsti al Decreto 16/2020. Sono candidabili tutti coloro i quali abbiano un'anzianità di incarico di almeno 5 anni, se presenti, diversamente, tutti i soggetti



componenti della AFT. Resta possibile la sostituzione del referente, previa elezione, nel caso in cui si verificano condizioni che rendono non praticabile il ruolo.

La Regione o le Aziende si riservano di organizzare specifica formazione.

Compenso mensile del Referente

€ 1000 al mese per 12 mesi.

ART 8

TUTOR DI MEDICINA GENERALE

Da concordare in base al modello definito all'interno del collegio docenti e tutor del corso di formazione specifico in medicina generale.

Confermato compenso mensile per il tutor.

ART 9

Cure domiciliari Ex art 12 Decreto 87/2013 149/2014 (Allegato 8 e 9 dell'ACN)

Le cure Domiciliari previste nell'ambito dell'ACN all'Allegato 8 e 9, sono definite in ambito dell'AIR:

- L' ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)
- L' ADI (Assistenza domiciliare integrata)

ADP

L' ADP (Assistenza Domiciliare Programmata) è finalizzata al monitoraggio della aderenza alle terapie in corso ed alla valutazione dello stato generale del paziente che presenta condizioni di necessità di cure croniche a cui si associano difficoltà all'accesso alle cure al di fuori del proprio domicilio.

Tale tipologia di assistenza domiciliare si avvale di strumenti che favoriscono il collegamento in remoto (video consulto), o di device di uso comune che consentono il collegamento a distanza con il paziente tali da consentire il monitoraggio predetto (tele-visita tele-consulto tele- monitoraggio etc.)

Il MMG utilizza piattaforme, regionali o aziendali, o nel caso non disponibili si avvale di strumenti propri in dotazione alle AA FF TT (piattaforme per l'accesso al video consulto).



Dopo sei mesi dall'entrata in vigore del predetto Accordo, qualora la piattaforma Regionale sia disponibile, la ADP viene sostituita dal telemonitoraggio a distanza, con accessi remunerati a € 09,45.

La riduzione della quota prevista per la ADP viene utilizzata per l'incentivazione della ADI (Assistenza domiciliare integrata).

ADI base

L'Assistenza Domiciliare Integrata nella sua forma di ADI base si riferisce alle attività individuate dalla Delibera di Giunta n.382 del 29/06/ 2023.

Il reclutamento del singolo assistito prevede:

compilazione della SVAMA e/o SVAMDI attraverso l'utilizzo di strumenti informatici (quali piattaforme regionali) dal proprio gestionale individuale e si avvale di strumenti e device in possesso del Medico di Medicina Generale.

Remunerazione dell'accesso dell'ADI: € 40,00.

Compilazione della SVAMA/SVAMDI e per la tenuta della cartella comprensiva della SVAMA/SVAMDI: € 80 euro, da remunerare entro il mese successivo all'apertura della cartella.

ASSISTENZA DOMICILIARE NELLE RSA

Nell'ambito della AFT, il Referente, sentiti i Medici appartenenti, individua uno o più MMMMGG che prendono in carico tra le loro scelte, assistiti residenti nelle RSA, pubbliche e non, nel territorio di appartenenza della AFT. Per tali assistiti viene adottato un monitoraggio "protetto" che si avvale delle farmacie territoriali al fine di garantire la dispensazione e l'aderenza terapeutica.

Il Medico di Assistenza Primaria e/o di ruolo unico che ha in carico tali assistiti può attivare le modalità di assistenza domiciliare previste dal presente articolo anche per tali pazienti.

CAPO II

ART 10

In riferimento all'art 13 comma b) dell'ACN viene istituito il referente unico di AFT.



I Referenti di AF T nominano il referente unico di AFT.

Tale referente unico svolge attività di raccordo tra le AAFFTT presenti sul territorio con l'unità operativa complessa di cure primarie dell'ASL di competenza.

Può partecipare su specifiche tematiche, in accordo con il Direttore del Distretto alle riunioni dell'UCAD. In analogia ai referenti di AFT è prevista la remunerazione ai sensi dell'art. 11 lett. m) del decreto 16/20.

ART 11

COMPONENTI UCAD

La composizione dell'UCAD (ex art 25 ACN) resta invariata rispetto alla normativa previgente.

ART 12

Attività Didattica ex art. 27 ACN (come ridefinita all'interno del collegio docenti e tutor del corso di formazione specifico in medicina generale)

La Regione, previa consultazione nell'ambito del Comitato ex art 11, sentito il CDT del CFSMG, definisce la necessità di istituire:

- a) specifici corsi di formazione per i medici di medicina generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor) e regolamentare l'iscrizione degli stessi medici "esperti" in formazione in uno specifico elenco;
- b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, per la realizzazione della formazione continua di cui al precedente articolo, nonché l'attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto formativo specifico. Gli stessi Accordi possono definire criteri di riconoscimento di attestati di idoneità conseguiti in altri corsi di formazione specifica;
- c) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione.



ART 13

INCARICHI DI RUOLO UNICO

Si prevede che l'ambito per il calcolo degli incarichi vacanti coincida con il territorio delle AFT in cui il medico del ruolo unico di assistenza primaria svolge la propria attività individualmente e in integrazione con gli altri medici, partecipando alla realizzazione e al conseguimento degli obiettivi di assistenza e cura della propria AFT.

Entro 90 gg dalla pubblicazione dell'accordo regionale, i Medici titolari di Assistenza Primaria a ciclo a scelta e/o ad attività oraria incaricati a tempo indeterminato, ivi inclusi i medici incaricati ai sensi dell'art. 34 comma 5 lett. e) ed f) ACN, possono richiedere di aderire al ruolo unico esclusivamente nella AFT dove svolgono attività di Assistenza Primaria. Per questi ultima resta fermo l'obbligo di partecipazione alle attività teoriche del CFSMG.

INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI RUOLO UNICO EX ART. 37 ACN

Il conferimento dell'incarico di cui all'art 37 dell'ACN, determina, la partecipazione alle attività di AFT, secondo i modelli di cui all'art 1 ed i relativi compensi.

ART 14

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

La Regione, su specifiche esigenze assistenziali può prevedere lo svolgimento, da parte del medico, di prestazioni aggiuntive retribuite, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali di cui all'Allegato 6 lettera C.

Ad integrazione dell'Allegato 6 dell'ACN, al fine di contrastare il fenomeno dell'antibiotico resistenza e l'uso appropriato del farmaco, i Medici di Medicina Generale nell'ambito delle campagne stagionali (antinfluenzali) o per finalità di diagnostica differenziale nello svolgimento delle attività di prevenzione e cura, possono utilizzare:

Test diagnostici per la ricerca di batteri;

Test diagnostici per la identificazione di virus;

Analizzatori rapidi di PCR;



Tali prestazioni sono finalizzate al miglioramento della diagnosi differenziale nell'ambito:

- della stagione epidemica o di altre condizioni legate ad interventi di sanità pubblica;
- dell'appropriatezza prescrittiva del farmaco e della antibiotico-terapia.

ART. 15

MEDICI IN FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

I medici di Assistenza Primaria titolari di incarico a ciclo a scelta e/o ad attività oraria e a Ruolo Unico, incaricati ai sensi dell'art 34 comma 5, lettera e) ed f), non ancora in possesso del Diploma di Formazione in Medicina Generale, possono acquisire scelte o svolgere attività oraria oltre il limite previsto dall'art. 38, comma 9, con la rinuncia della relativa borsa di studio, fermo restando lo svolgimento delle attività obbligatorie previste nell'ambito della Formazione Specifica in Medicina Generale.

CAPO III

ART 16

PROSEGUIMENTO DELL'ATTIVITA' OLTRE IL COMPIMENTO DEL 70° ANNO DI ETÀ.

I MMGG* che intendano proseguire l'attività convenzionata dopo il compimento del 70° anno di età:

- a) presentano domanda alle Cure Primarie della AA SS LL di riferimento non oltre 6 mesi prima del compimento del 70° anno di età;
- b) ricevono la autorizzazione alla proroga o il diniego dalle AA SS LL entro 90 giorni dalla presentazione della domanda.

L' Azienda può conferire la proroga al MMG* anche alle seguenti condizioni:

- a) individuazione dell'incarico vacante nell'ambito della AFT di appartenenza del MMG in riferimento all'art 32 dell'ACN vigente;
- b) proseguimento fino all'apertura dello studio del nuovo medico avente diritto;



- c) in caso di mancata copertura dell'incarico da parte del medico avente diritto, il MMG prorogato continua l'attività fino alla successiva copertura delle zone carenti con la analoga modalità.

Il MMG che intende fornire la disponibilità alla proroga oltre il 70° anno di età, anche per territori diversi da quello della sua titolarità può inoltrare richiesta alle AA SS LL risultate carenti al termine delle assegnazioni delle carenze e a seguito delle procedure di assegnazione, in subordine a tutti i medici aventi diritto presenti nella graduatoria Formazione in MG o che svolgono la formazione in medicina generale secondo le priorità di partecipazione previste alla normativa vigente.

***Medici di Assistenza Primaria a Ciclo di scelta, Medici di Assistenza primaria ad Attività Oraria e Medici del Ruolo Unico.**

CAPO IV

ART 17

DEFINIZIONE DEL PATIENT SUMMARY E DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Le parti concordano la definizione degli aspetti relativi all'introduzione del FSE e del "patient summary" nell'ambito del Comitato Regionale art 11, adottando modelli stabiliti in specifiche commissioni tecniche.

CAPO V

ART 18

ATTIVITÀ E TIPOLOGIA DEGLI SCREENING

La partecipazione alle attività di screening è obbligatoria.

Colon retto

- Il compito del MMG è la sorveglianza obbligatoria della popolazione target;
- Il MMG riceve le indennità mensilmente per ogni singolo reclutamento, inteso quale chiamata attiva in un modello di medicina di iniziativa o proattiva, la somministrazione del consenso informato, l'attività di counseling, la consegna del KIT o la raccolta del dissenso, l'acquisizione del kit dal cittadino, la registrazione sulla piattaforma Sinfonia, la consegna del kit all'ASL secondo l'organizzazione aziendale preesistente e comunicazione dell'esito;



Le attività di screening vengono perseguite nel biennio di riferimento suddivisi per ogni annualità;

- I singoli MMG sono valutati al termine di ciascun anno nell'arco del biennio secondo il raggiungimento del target reclutato;
- Il MMG riceve mensilmente, per ogni singolo reclutamento, € 10,00 impegnandosi al raggiungimento delle percentuali minime nazionali previste per la partecipazione allo screening.

Il compenso, corrisposto per prestazione eseguita fino alla riconsegna del kit all'Azienda, è riconosciuto mensilmente nella misura di € 7,00 a titolo di acconto e la restante parte a fine anno, quantificata in base al target raggiunto nelle tre fasce distinte: al raggiungimento del 25% con l'incremento di 3 Euro, al superamento del 25% e fino al 50% con l'incremento di 5 Euro e al superamento del 50% con l'incremento di 8 Euro.

Strumenti per il reclutamento e l'invito

- Viene utilizzata la Piattaforma Regionale "Sinfonia".

Ogni controversia o impropria applicazione viene segnalata dai Comitati ex Art 12 Aziendali al Comitato Regionale art. 11.

Il primo biennio decorre dal 1° gennaio 2026

SCREENING

COLON RETTO

Screening colon retto			
Target	1% al 25%	> 25% al 50%	>50%
Compenso*	*€ 10,00	*€ 12,00	*€ 15,00

*quota per ogni screening effettuato fino alla riconsegna del kit all'Azienda.



K della mammella

- Il compito del singolo MMG è il reclutamento, l'invito e prenotazione alla partecipazione allo screening e comunicazione dell'esito;
- I singoli MMG sono valutati al termine di ciascun anno nell'arco del biennio secondo il raggiungimento del target reclutato del 35%;

Il compenso, corrisposto per prestazione eseguita fino alla riconsegna del kit all'Azienda, è riconosciuto mensilmente nella misura di € 7,00 a titolo di acconto e la restante parte a fine anno, quantificata in base al target raggiunto nelle tre fasce distinte: al raggiungimento del 35% con l'incremento di 3 Euro, al superamento del 35% e fino al 60% con l'incremento di 5 Euro e al superamento del 60% con l'incremento di 8 Euro.

Strumenti per il reclutamento e l'invito

- Viene utilizzata la Piattaforma Regionale "Sinfonia";

Ogni controversia o impropria applicazione viene segnalata dai Comitati ex Art 12 Aziendali al Comitato Regionale art. 11.

Il primo biennio decorre dal 1° gennaio 2026

SCREENING

K MAMMELLA

Screening mammella			
Target	1% al 35%	>35% al 60%	> 60%
Compenso*	€ 10,00	€ 12,00	€ 15,00

*quota per ogni screening effettuato.

K service uterina

- Il compito del singolo MMG è l'invito al reclutamento, invito e prenotazione allo screening e comunicazione dell'esito;



- I singoli MMG sono valutati al termine di ciascun anno nell'arco del biennio secondo il raggiungimento del target reclutato del 35%;

Il compenso, corrisposto per prestazione eseguita fino alla riconsegna del kit all'Azienda, è riconosciuto mensilmente nella misura di € 7,00 a titolo di acconto e la restante parte a fine anno, quantificata in base al target raggiunto nelle tre fasce distinte: al raggiungimento del 30% con l'incremento di 3 Euro, al superamento del 30% e fino al 60% con l'incremento di 5 Euro e al superamento del 60% con l'incremento di 8 Euro.

Strumenti per il reclutamento e l'invito

- Viene utilizzata la Piattaforma Regionale "Sinfonia".

Ogni controversia o impropria applicazione viene segnalata dai Comitati ex Art 12 aziendali al Comitato Regionale art. 11.

Il primo biennio decorre dal 1° gennaio 2026

SCREENING

K CERVICE UTERINA

Screening cervice uterina			
Target	1% al 30%	> 30% al 60%	>60%
Compenso*	€ 10,00	€ 12,00	€ 15,00

*quota per ogni screening effettuato.

ART 19

VACCINAZIONI

Compensi

Popolazione ultra 65 enne	Uguale o minore del 60%	> 60 % al 75%	Oltre il 75%
	€ 7,00	€ 10,00	€ 13,00

Popolazione fino a 64 anni	€ 7,00
----------------------------	--------

Per tutti gli altri vaccini previsti nei LEA	€ 7,00
--	--------



CAPO VI

ART 20

DELLA ATTIVITA' ORARIA DEL MEDICO DI RUOLO UNICO DI CUI ALL'ART. 47, COMMA 2, LETTERA E) ACN.

Il Medico del Ruolo unico di Assistenza Primaria svolge l'attività nella sede unica della AFT spoke di prossimità e presso CdC hub/spoke aziendali.

Attività assistenziale a prestazione oraria presso le CdC

L'attività oraria svolta dai medici del ruolo unico presso le CdC è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale ed è rivolta alla popolazione di riferimento nei modi definiti dall'ACN per garantire l'integrazione organizzativa e professionale e agevolare l'accesso dei cittadini alle cure.

L'Azienda assegna ai medici del ruolo unico le sedi di attività a prestazione oraria e predispone, su base distrettuale, i turni di servizio, in collaborazione con i referenti di AFT, sentiti i medici interessati. I turni di servizio sono assegnati sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati.

Entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, le AASSLL definiscono il fabbisogno delle seguenti attività organizzate secondo la geomorfologia del territorio e densità abitativa:

- a) Sede della CdC Hub e spoke aziendale;
- b) Organizzazione della rete delle AA FF TT/spoke di prossimità;
- c) Presidi di Continuità Assistenziale.

COMPENSI

Per le attività di quota oraria di cui al comma a) sono corrisposti i compensi di cui all'art 47 lettera e) comma 3 lettera c) dell'ACN vigente.

Tali articoli si integrano con il testo del Decreto n. 149/2014 e DCA n. 16/2020 al cui testo si rimanda.



ART 21

APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE di cui all'art 32 ACN IN AMBITO REGIONALE.

La definizione del rapporto ottimale di cui all'art 32 deve rispondere a criteri coerenti con il modello organizzativo adottato ed esistente in ambito regionale, con il decreto 87/2013 e successivo 16/2020, la definizione del calcolo è stata individuata al Capo III art 1.

Tale modalità nei predetti decreti, descritta al Capo III art 1 comma 3 e 4, ha determinato la stabilità del fondo regionale e della consecutiva evoluzione dei modelli associativi esistenti, che si identificano con lo sviluppo delle AA FF TT prevista all'art 1 del decreto 16/2020.

Pertanto, il rapporto ottimale per la definizione degli incarichi vacanti di ruolo unico di Assistenza Primaria, in Regione Campania, si identifica nell' iscrizione di un medico di ruolo unico ogni 1300 abitanti.

CAPO VII

ART. 22

ACCORDO STRALCIO PER LA SANITÀ PENITENZIARIA

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE, EX INTESA CONFERENZA STATO-REGIONI REP. N. 51/CSR DEL 4 APRILE 2022 – ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE INERENTE AL CAPO IV – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, approvato in Conferenza Stato-Regioni rep. n. 51/CSR del 4 aprile 2022 e successivo ACN del 04/04/2024, al capo IV – Assistenza negli Istituti Penitenziari regola 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, a seguito del trasferimento delle funzioni sanitarie ai sensi dell'articolo 2, comma 283, lettera a) della L. 24 dicembre 2007, n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008, rinviando agli Accordi Integrativi Regionali lo sviluppo delle modalità operative ed organizzative nel rispetto delle linee programmatiche definite a livello nazionale.

Nella definizione del campo di applicazione, i suddetti AACNN, all'art. 70, richiamano Il D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, come modificato ed integrato dal D.Lgs.



22 dicembre 2000, n.433, che ha introdotto il riordino della medicina penitenziaria ed assegnato al Servizio Sanitario Nazionale il compito di assicurare alle persone detenute o internate livelli di prestazioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e riabilitazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini in stato di libertà, sulla base degli obiettivi generali, di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale e regionale.

Ai sensi del D.lgs. 22 giugno 1999, n. 230 e ss.mm.ii., i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni sanitarie 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 aziendali. La richiamata disciplina normativa ha disposto, altresì, il trasferimento di funzioni sanitarie anche per alcuni specifici e definiti ambiti, diversi dagli Istituti Penitenziari, tra cui, in particolare, 1) il “le comunità terapeutiche, sia per i tossicodipendenti che per i minori affetti da disturbi psichici” inseriti in esecuzione di misure penali disposte dall’Autorità Giudiziaria (DPCM 01.04.2008), le Strutture Residenziali per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza OPG/CCC (c.d. REMS) e, più recentemente, tutte le comunità di accoglienza dei minori in esecuzione penale “sottoposti a provvedimento dell’Autorità Giudiziaria” per “una iniziale valutazione medica generale delle condizioni e dei bisogni psicofisici entro 24 ore dall’ingresso nella specifica struttura”, anche “nei casi di ingresso diretto del minorenne proveniente dalla libertà, nelle Comunità o nei CPA che non possano usufruire del Presidio sanitario” penitenziario (ex Accordo n. 15/CU/2025).

Le finalità e gli obiettivi del presente Accordo Integrativo Regionale (AIR) sono quelli di implementare tali livelli assistenziali adeguandoli agli standard delle strutture territoriali campane, di assicurare le risposte assistenziali dovute e recentemente ricomprese nell’area

della sanità penitenziaria 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, quando richiesto.

ART. 1

IL MEDICO OPERANTE NEL PRESIDIO SANITARIO DEI PENITENZIARI DELLA CAMPANIA.

L'attività assistenziale presso gli Istituti penitenziari è assicurata dal servizio medico di base secondo il modello organizzativo di cui all'Accordo n. 3/CU del 22 gennaio 2015 della Conferenza Unificata sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali", definito dalla Regione con



la DGRC n. 716/2016 e ss.mm.ii. tra cui le DGRC n. 520/2023, 221/2024 e 701/2024. Il suddetto modello organizzativo tiene conto anche dei rapporti di lavoro trasferiti dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale.

I Medici operanti ai sensi del presente articolo prestano attività assistenziale a tutta la popolazione detenuta e internata, e garantiscono le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi e terapia previste dai Livelli Essenziali di Assistenza, espletando, in particolare, i seguenti compiti, ai sensi dell'art. 71, dell'ACN vigente:

- erogano le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura;
- prescrivono le prestazioni diagnostiche e terapeutiche comprese nei L.E.A. necessarie e clinicamente appropriate alla tutela della salute delle persone ristrette negli Istituti Penitenziari, comprese le consulenze specialistiche,
- redigono e aggiornano la cartella clinica individuale anche con modalità informatizzate, nel rispetto delle obbligazioni nazionali e regionali (tra cui la DGRC n. 18/2021 e e ss.mm.ii.);
- assicurano la presenza con orari predeterminati nell'ambito del modello organizzativo aziendale;
- assicurano il raccordo con le altre figure professionali presenti all'interno del presidio per una corretta gestione clinica del paziente detenuto;
- effettuano visite periodiche nell'ambito delle attività di Medicina d'iniziativa e aderiscono alle campagne vaccinali e di educazione sanitaria;
- garantiscono la continuità dell'assistenza.
- redigono e rilasciano le certificazioni proprie dell'ambito penitenziario, come definite con la DGRC n. 520/2023 e s.m.i. (tra cui, la certificazione dell'infortunio sul lavoro dei detenuti su modulo INAIL; la certificazione dello stato di malattia del lavoratore detenuto; la relazione sanitaria indirizzata al medico curante per i singoli detenuti in carico al momento della loro scarcerazione o al medico dell'Istituto di destinazione in caso trasferimento; l'eventuale refertazione all'autorità giudiziaria; la certificazione della sostenibilità delle sanzioni disciplinari dopo la deliberazione del Consiglio di disciplina ovvero il formale provvedimento motivato del Direttore dell'istituto penitenziario, necessaria per l'esecuzione del provvedimento disciplinare ex art 39 L. 354/10751; le certificazioni dell'idoneità dei detenuti alla traduzione e il relativo nulla osta).

¹ La Legge n. 354/1975, come modificata con il D.Lgs. 123/2018 ha escluso la partecipazione del personale sanitario al Consiglio di Disciplina; pertanto, le sanzioni sono deliberate da personale esclusivamente penitenziario e, nel solo caso della sanzione dell'esclusione dalle attività in comune, l'esecuzione è subordinata ad una successiva certificazione di sostenibilità rilasciata dal sanitario.



I Medici di cui al presente articolo svolgono altresì i seguenti compiti specifici:

- effettuano la valutazione medica dei nuovi ingressi nelle strutture afferenti all'area della sanità penitenziaria nelle prime 24 ore;
- inviano all'Autorità Giudiziaria le segnalazioni d'obbligo in caso di lesioni rilevate nel corso delle visite, esplicitando la compatibilità delle stesse con la dichiarazione del detenuto;
- dispongono l'isolamento sanitario in caso di malattia contagiosa e particolare sorveglianza;
- eseguono le visite periodiche ai detenuti in isolamento per qualsiasi motivo (giudiziario, disciplinare e sanitario) e in particolari condizioni di rischio (per es., quali lo sciopero della fame e/o della sete e/o delle terapie, il rischio suicidario ecc.).

ART. 2

COMPITI E TRATTAMENTO ECONOMICO DEI MEDICI OPERANTI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DELLA CAMPANIA E STRUTTURE E SERVIZI ASSIMILATI.

L'ACN 08/04/2024, all'art. 71, commi 2 e 3, identifica i compiti che i Medici in convenzionamento con il SSN, operanti negli istituti penitenziari, sono tenuti ad espletare nello svolgimento della propria attività.

Gli Accordi regionali regolamentano le attività di cui al capo IV dell'ACN, in relazione ai compiti di cui all'articolo 71 dello stesso Accordo e alla complessità della struttura penitenziaria, nell'ambito delle risorse determinate a livello regionale.

Al fine di garantire un miglior inquadramento clinico del paziente, di ottimizzare l'adesione alla terapia, sviluppare il processo di adattamento e di uscita dal percorso penitenziario e prevenire situazioni critiche in relazione sia allo status di detenuto che derivanti da concomitanti patologie, con il presente AIR si concorda sullo svolgimento, oltre ai compiti previsti dall'art. 71 del vigente ACN, delle seguenti attività aggiuntive (qualora la struttura dell'area della sanità penitenziaria sia in possesso delle attrezzature dedicate e sempre nei limiti propri delle attività di livello territoriale):

- gestione delle più comuni urgenze in ambito locale ed in collaborazione con i DEA (Dipartimento Emergenza Urgenza) di zona anche con utilizzo di apparecchiature come point of care, ECG in rete, nella fase di stabilizzazione e di primo soccorso dopo l'attivazione del Servizio di Emergenza Urgenza territoriale;
- suture di ferite non complicate;
- eventuale lavanda gastrica post ingestione di sostanze;



- gestione autonoma di pazienti tossico-alcoldipendenti, dal punto di vista assistenziale e farmacologico (farmaci sostitutivi oppiacei), in caso di assenza temporanea del personale medico del Ser.D;
- gestione del paziente nel post-operatorio, previo nulla osta d'accettazione del medico Responsabile dell'istituto, con valutazione dei parametri vitali ed eventuale gestione delle medicazioni e dei presidi chirurgici attuati (cateteri, sonde, stomie);
- gestione del paziente con disagio o disturbo psichico, in caso di assenza temporanea dello specialista, mediante osservazione sanitaria e applicazione di specifici protocolli condivisi, fermo restando che al medico deve essere garantita un'assistenza da remoto da parte del Dipartimento Salute Mentale;
- studi di prevenzione delle malattie infettive su tutta la popolazione detenuta mediante effettuazione di esami specifici ed implementazione terapeutica;
- partecipazione attiva alla telemedicina;
- valutazione degli eventi critici mediante Alert Report (Audit);

- prestazioni di prevenzione primaria all'interno del Presidio (vaccinazioni e screening anche al personale dell'amministrazione penitenziaria non residente);
- utilizzo di strumenti informatici e di registrazione di informazioni cliniche ex DGRC n. 18/2021 e 520/2023 e ss.mm.ii.;
- raccolta dati per l'utilizzo ai fini statistici in risposta ai debiti informativi;
- collaborazione nella corretta gestione delle risorse (budget aziendale);
- concorso alle attività di riduzione del rischio suicidario di cui ai vigenti Piani nazionale e regionale, attraverso il colloquio di valutazione del rischio all'ingresso e, periodicamente, registrando le informazioni nella scheda di screening regionale (DGRC n. 134/2018 e ss.mm.ii.) partecipando alle attività anche progettuali realizzate per la specifica finalità;
- informatizzazione della cartella clinica e della documentazione sanitaria in attuazione della DGRC n. 18/2021 e ss.mm.ii., compresa l'implementazione della gestione informatizzata di specifiche attività indicate dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria (in particolare, richiesta e rilascio certificazioni, dati socio-anagrafici d'ingresso, prevenzione promozione e protezione della salute) di cui alla DGRC n. 520/2023 e ss.mm.ii.;
- redazione e rilascio delle certificazioni proprie dell'ambito penitenziario come definite con la DGRC n. 520/2023 e ss.mm.ii., nel rispetto della procedura informatica di cui alla DGRC n. 18/2021 e ss.mm.ii. (tra cui, la certificazione dell'infortunio sul lavoro dei detenuti su modulo INAIL; la certificazione dello stato di malattia del lavoratore detenuto; la relazione sanitaria indirizzata al medico curante per i singoli detenuti in carico al momento della loro scarcerazione o al



medico dell'Istituto di destinazione in caso trasferimento; l'eventuale refertazione all'autorità giudiziaria; la certificazione della sostenibilità delle sanzioni disciplinari dopo la deliberazione del Consiglio di disciplina ovvero il formale provvedimento motivato del Direttore dell'istituto penitenziario, necessaria per l'esecuzione del provvedimento disciplinare ex art 39 L. 354/1075 ; le certificazioni dell'idoneità dei detenuti alla traduzione e il relativo nulla osta);

- la visita medica necessaria per “una iniziale valutazione medica generale delle condizioni e dei bisogni psicofisici entro 24 ore dall'ingresso nella specifica struttura”, anche “nei casi di ingresso diretto del minorenne proveniente dalla libertà nelle Comunità o nei CPA che non possano usufruire del Presidio sanitario” penitenziario (ex Accordo n. 15/CU/2025) a cura del Presidio di ex Continuità Assistenziale distrettuale più prossimo alla struttura di accoglienza del minore ex DGRC n. 267/2025.

A far data dalla pubblicazione del presente AIR, per lo svolgimento delle attività previste ai sensi dell'art. 71 ACN/2024, riportati nell'art. 1 del presente AIR e per le attività sopra elencate, ai Medici di Assistenza penitenziaria, è corrisposto un compenso orario omnicomprensivo di euro 32,50, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico della Azienda, così suddiviso:

- € 24,25 quota oraria, al netto degli oneri previdenziali di 10.375% a carico delle Aziende, di cui all'art. 75, comma 1 dell'ACN/2019-2021;

-Indennità aggiuntiva omnicomprensiva di cui all'articolo 75, comma 3 ACN vigente, legata alle situazioni lavorative ed ai compiti di istituto di € 1000,00 mese.

Il suddetto trattamento economico, pari al compenso sopra specificato, è riconosciuto ai Medici titolari di incarico ai sensi degli artt. 72 e 74 dell'ACN 2019-2021 e ai Medici operanti negli istituti penitenziari ai sensi del D.P.C.M. 1° aprile 2008 alla data di entrata in vigore del presente AIR, riassorbendo inoltre eventuali accordi aziendali anticipatori del presente Accordo.

ART. 3

IL RESPONSABILE DEL PRESIDIO SANITARIO PENITENZIARIO

Ai sensi dell'Accordo Rep. Atti n. 3 sancito dalla Conferenza Unificata il 22.01.2015, il "Servizio sanitario penitenziario" opera sotto la responsabilità di un medico in servizio all'interno della struttura che coordina gli interventi delle professionalità sanitarie coinvolte, ivi incluse quelle specialistiche, ospedaliere (sempre extra-penitenziarie), delle sezioni sanitarie specializzate o dedicate e quelle dei servizi territoriali per la presa in carico del disagio psichico o delle patologie da dipendenza. Entro 30 giorni dalla pubblicazione delle zone carenti di medicina penitenziaria, il



Direttore Generale dell'A.S.L. sede di istituti Penitenziari, su proposta del Responsabile del Coordinamento della sanità penitenziaria e del Direttore di Cure Primarie individua in ogni Istituto un Medico Responsabile.

Fatti salvi gli incarichi formali in essere – che sono confermati e regolamentati dalle previsioni del presente Accordo fino alla loro scadenza ovvero a quella massima prevista nel presente AIR - i nuovi incarichi di Responsabile saranno attribuiti, prioritariamente, previa presentazione di specifica istanza, a seguito di pubblicazione di bando aziendale, al medico titolare di incarico a tempo indeterminato con unico rapporto per la medicina penitenziaria, secondo il criterio della maggiore anzianità di servizio nell'ambito della stessa medicina penitenziaria.

Gli aspiranti all'incarico dovranno possedere una buona conoscenza dei mezzi informatici e telematici.

Ferme restando le competenze delle aziende di cui all'art. 71, dell'ACN, il medico Responsabile, accettato formalmente l'incarico, ha il compito di:

- a. mantenere i rapporti tecnico-organizzativi con i livelli di responsabilità superiore dei servizi sanitari penitenziari definiti nell'Atto aziendale della A.S.L. nel cui ambito insiste l'Istituto penitenziario (in particolare, Direttore del Coordinamento aziendale di Sanità Penitenziaria e Direttore del Distretto Sanitario) e nella regolamentazione regionale (Coordinamento regionale della rete di sanità penitenziaria, Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria) per ciò che attiene la logistica e gli atti propedeutici al buon funzionamento dell'attività dell'area sanitaria;
- b. mantenere i rapporti organizzativi con gli altri medici dell'équipe, fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali;
- c. proporre, sentiti i medici interessati, i turni di ciascun istituto penitenziario secondo criteri di equità distributiva ed in ragione del monte orario individuale e dell'incarico con invio all'azienda per la pianificazione delle attività;
- d. proporre ai livelli di responsabilità superiore dei servizi sanitari penitenziari azioni utili al miglioramento del servizio;
- e. trasferire a tutto il nuovo personale del Presidio sanitario le conoscenze sulla organizzazione del servizio, sulle linee guida concordate con l'azienda e condividere i contenuti dei progetti aziendali.

La procedura di designazione da parte dell'Azienda del Responsabile tra i Medici di cui al Capo IV dell'ACN/2019-2021 per la Medicina Generale, dovrà tener conto dei seguenti criteri:

il Responsabile dovrà espressamente accettare l'incarico ed essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
l'incarico ha una durata minima triennale, con possibilità di rinnovo dopo esito positivo



della valutazione da parte del Responsabile del Coordinamento della sanità penitenziaria e del Direttore di Cure Primarie.

Il Responsabile svolge, in particolare, ai sensi del citato art. 71 comma 7 dell'ACN, i seguenti compiti:

garantisce la sua presenza tutti i giorni feriali articolandola, in proporzione alle ore assegnate con l'incarico, di regola nella fascia oraria 8 – 18 e comunque secondo quanto stabilito in funzione della tipologia del presidio e le esigenze di servizio definite dall'Azienda di competenza;

coordina gli interventi di tutte le professionalità sanitarie coinvolte e garantisce regolare svolgimento delle attività previste dal modello organizzativo, predisponendo la programmazione dei turni mensili del personale medico;

definisce i bisogni assistenziali dei detenuti;

sovrintende alla corretta compilazione, dei diari clinici da parte di tutti gli operatori preposti e alla corretta tenuta di tutta la documentazione afferente, anche attraverso l'utilizzo dei sistemi informativi regionali e nazionali;

è responsabile della gestione dei locali sanitari, della gestione di strumentazione ed arredi;

relaziona all'Autorità Giudiziaria e/o al Direttore del carcere lo stato di salute del detenuto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, come attuato con DGRC n. 422/2019 e n. 82/2020 e ss.mm.ii.;

individua annualmente altro medico che, in sua assenza ovvero impedimento, svolge tutte le funzioni di competenza del responsabile che comunque sono sempre garantite dal medico al momento presente in servizio nel presidio;

mantiene costanti rapporti con la direzione penitenziaria e le sue articolazioni funzionali, in accordo con il Responsabile/Direttore delle strutture sovraordinate, come definite nell'Atto Aziendale della ASL, anche in ragione dell'alta complessità della gestione clinico-assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute ed internate.

In Campania sono presenti 18 istituti penitenziari, di tipologia molto diversificata (Case Circondariali, Case di Reclusione, Centri Penitenziari, Casa di Lavoro, Istituti per Minorenni, Centri di Prima Accoglienza) che accolgono detenuti di entrambi i sessi e internati di sesso maschile; la tipologia di servizio sanitario è consequenzialmente complessa, con Servizi Medici di Base (SMB), Servizi Medici Multi-Professionali Integrati (SMMPI) e Sezioni sanitarie specializzate intra-penitenziarie (SAI, ATSM ecc) che configurano una rete regionale di sanità penitenziaria autonoma ed autosufficiente, centralmente coordinata a livello regionale, in piena conformità alle disposizioni nazionali recate dall'Accordo n. 3/CU/2015. In ciascun Istituto Penitenziario è attivo un Presidio sanitario con un Responsabile Medico.

Al Responsabile è corrisposta un'indennità di coordinamento di Presidio, secondo lo



schema seguente, calcolata in base al numero dei detenuti (capienza ministeriale regolamentare).

Tipologia strutture	Indennità mensile
Istituti con n. detenuti inferiore a 150	€ 100,00
Istituti con n. detenuti da 151 a 300	€ 150,00
Istituti con n. detenuti da 301 a 500	€ 200,00
Istituti con n. detenuti da 501 a 1000	€ 300,00
Istituti con n. detenuti superiore a 1000	€ 400,00

La remunerazione destinata alla funzione di Responsabile è finanziata attraverso la quota di cui all'art. 71 comma 8 dell'ACN 2019-2021.

Il Direttore Generale dell'Azienda, su proposta del Coordinatore della sanità penitenziaria e del Direttore della UOC Cure Primarie, conferisce la funzione, valuta

annualmente i risultati raggiunti e può procedere alla sostituzione del Responsabile anche prima della scadenza, qualora dalla relazione periodica avanzata dal Coordinatore della sanità penitenziaria o dal Direttore delle Cure Primarie, si evinca una insufficiente gestione tecnico funzionale ed organizzativa o gravi inosservanze afferenti alla sicurezza penitenziaria.

ART. 4

INDENNITA' DI PRESTAZIONI MEDICO LEGALI ALLA POLIZIA PENITENZIARIA

Per i Responsabili del Presidio Sanitario – ovvero altro personale medico individuato

dall'ASL - al fine di adempiere alle prestazioni medico legali nei confronti della Polizia Penitenziaria di cui all'Accordo Rep. Atti n. 51/CU del 29.10.2009 e della DGRC n. 520/2023, è previsto un compenso secondo un tariffario onnicomprensivo come in tabella sotto riportato.

Ai sensi dell'articolo 2, comma 4 dell'Accordo C.U. 22/01/2015, al di fuori del primo soccorso nelle more dell'intervento dei servizi territoriali di emergenza-urgenza, nei confronti degli appartenenti al corpo di Polizia penitenziaria sono garantite dall'Azienda sanitaria, attraverso personale individuato, esclusivamente le prestazioni sanitarie di cui all'Accordo Rep. Atti n. 51/CU del 29.10.2009 e che di seguito si elencano:



- a. richiesta alla Commissione medica ospedaliera territorialmente competente di accertamento delle condizioni di idoneità al servizio;
 - b. partecipazione alla Commissione medico ospedaliera in qualità di componente, nei casi indicati dall'art. 6, comma 3 del DPR 461/2001, in rappresentanza dell'Amministrazione della Giustizia;
 - c. certificazioni relative a periodi di assenza dal servizio per temporanea inabilità causata da uno stato di malattia o convalescenza conseguente a causa di servizio.
- Per lo svolgimento delle suddette attività, al medico formalmente individuato è riconosciuta un'indennità omnicomprensiva calcolata in base al numero degli agenti di polizia penitenziaria, come evidenziato nella seguente tabella.

Tipologia strutture	Indennità mensile
Istituto con n. agenti superiore a 600	€ 400,00
Istituti con n. agenti da 401 a 600 e/o C.M.O.	€ 300,00
Istituti con n. agenti da 201 a 400	€ 250,00
Istituti con n. agenti inferiore a 200	€ 200,00

ART. 5

NORMA TRANSITORIA INQUADRAMENTO GIURIDICO DEI MEDICI EX SIAS (SERVIZIO INTEGRATIVO ASSISTENZA SANITARIA) ovvero operanti nei servizi dell'area della sanità penitenziaria.

Il D.P.C.M. 1 aprile 2008, recante norme circa il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e strumentali in materia di sanità penitenziaria, ha stabilito che il personale sanitario del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e del Dipartimento della Giustizia Minorile, venisse trasferito al SSN in modo differenziato in base al rapporto di lavoro in essere alla data del 15 marzo 2008.

La Regione Campania, con Decreti Commissariali n. 28/2012 e n. 26/2013 ha avviato un processo di riconduzione dai rapporti di lavoro convenzionali trasferiti ex DPCM 01.04.2008 in tipologie contrattuali conformi alla normativa vigente in ambito del SSN, in ultimo modificato e integrato con il Decreto Commissariale n. 9/2015. Per quanto pertinente con l'Accordo in parola, si rileva la residuale possibile permanenza nei Presidi sanitari penitenziari di medici con rapporto di lavoro convenzionale ex "SIAS" ed "Incaricati provvisori" del Ministero della Giustizia, le cui funzioni, ai sensi del predetto DCA n. 9/2015, devono essere garantite dalle AASSLL con il ricorso a personale dipendente ovvero ad incarichi di Continuità Assistenziale.

Pertanto, quale norma transitoria, in fase di prima applicazione del presente accordo integrativo regionale - attuando il modello contrattuale individuato dall'Accordo



Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 2019-2021 e le richiamate disposizioni regionali - dall'entrata in vigore del presente AIR, il personale medico ex "SIAS" ed ex "Incaricato provvisorio" in servizio e titolare di incarico di assistenza primaria "a ciclo di scelta" potrà mantenere i due incarichi con un numero di ore riparametrato al numero di assistiti, in ottemperanza al D.L. 21-6-2022 n.73 "Misure urgenti in materia di semplificazioni fiscali e di rilascio del nulla osta al lavoro, Tesoreria dello Stato e ulteriori disposizioni finanziarie e sociali". (GU 21 giugno 2022, n.143) come di seguito specificato:

- a. 38 ore/settimanali di incarico nell'Istituto Penitenziario, con obbligo di opzione per uno dei due incarichi entro 6 mesi dalla data della comunicazione da parte dell'Azienda;
- b. 24 ore/settimanali di incarico nell'Istituto Penitenziario, fino a 1000 assistiti;
- c. 18 ore/settimanali di incarico nell'Istituto Penitenziario, fino a raggiungimento del massimale;

Ai Medici ex "SIAS" o ex "Incaricati Provvisori" titolari al momento dell'entrata in vigore dell'ACN 2019-2021, di un incarico convenzionale negli istituti penitenziari, ai sensi della Legge 740 e s.m.i., senza soluzione di continuità, fino ad esaurimento, si applica il trattamento economico individuato ai sensi nel presente Accordo Integrativo

Regionale.

Si ribadiscono le Norme Finali e le Norme Transitorie dell'ACN 2019-2021, per quanto specificamente ivi previsto per medici operanti nei servizi sanitari penitenziari.

Atteso che la disciplina di riforma della medicina penitenziaria di cui al D.Lgs. n. 230/1999 ed al DPCM 01.04.2008 ha interessato ambiti assistenziali solo prevalentemente identificabili con i Presidi sanitari interni agli istituti Penitenziari, integrando anche servizi diversi quali le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentive (attivate ex art. 3-ter L. n. 9/2012 e s.m.i. in conseguenza della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziaria) ed i Servizi rivolti ai minori di area penale (equipe multidisciplinari territoriali, comunità ecc.), le previsioni del presente AIR trovano applicazione anche per i medici operanti nei predetti ambiti con incarichi conferiti ai sensi dell'art. 72 e 74 dell'ACN 2019-2021.

ART. 6 ATTRIBUZIONE DI NUOVI INCARICHI

La regione Campania ha definito fin dal 2019 specifici standard di personale medico di assistenza penitenziaria negli Istituti penitenziari della Regione, comprensivi del personale medico di assistenza penitenziaria di cui all'ACN 2019-2021, a partire dalla DGRC n. 593/2020, come definiti dall'Osservatorio Permanente Regionale per la Sanità Penitenziaria e, in ultimo, aggiornati come da prot. PG/2025/0119708 del 07-03.2025.



Pertanto, le Aziende valutano il fabbisogno di Medici e del numero di ore relative all'incarico da assegnare per Istituto Penitenziario (24/38 h settimanali) in relazione ai criteri indicati nelle vigenti normative regionali di riferimento e verificano la possibilità di assegnare ore disponibili ai Medici con incarico a tempo indeterminato, per realizzare il completamento orario, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti, con le stesse misure utilizzate per l'assegnazione degli incarichi dell'attività oraria di cui all'ACN vigente.

In caso di pubblicazione, deve essere indicato un incarico di almeno 24 ore settimanali sino a 38.

Il fabbisogno orario utilizzato per la pubblicazione delle ore, dovrà essere decurtato dell'orario garantito dai Medici ex SIAS in servizio – cui viene comunque applicato quanto previsto dal presente AIR – e dal numero di ore previste dagli standard eventualmente coperto con il ricorso a rapporti di lavoro instaurati ai sensi del CCNL della dirigenza sanitaria.

La procedura di conferimento degli incarichi vacanti si svolge secondo i termini e i criteri previsti all'art. 72 del ACN 08/04/2024 Medici di Medicina Generale.

In fase di prima attuazione dell'art. 72, si prevede che la pubblicazione degli incarichi vacanti sia effettuata entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente AIR.

Per l'attribuzione dell'incarico sarà considerato titolo prioritario l'esperienza lavorativa espletata all'interno degli Istituti Penitenziari ovvero nei servizi afferenti all'area della sanità penitenziaria, come in precedenza specificato. Il medico incaricato potrà espletare l'incarico di medico penitenziario esclusivamente presso gli Istituti ed i Servizi sanitari Penitenziari della stessa azienda sanitaria.

In applicazione a quanto disposto dall'art. 59 della Legge 740/70, i nuovi incarichi saranno regolamentati esclusivamente dal presente AIR.

ART. 7

SOSTITUZIONI, INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E PROVVISORI

Ai sensi dell'art. 74/ACN il medico impossibilitato ad effettuare il turno assegnato deve darne comunicazione al Responsabile/Referente di cui all'articolo 71, comma 6 per la necessaria sostituzione ovvero, comunque, al livello di responsabilità superiore dello specifico servizio di sanità penitenziaria definito nell'Atto Aziendale della ASL.

L'Azienda sanitaria locale, in attesa del conferimento degli incarichi a tempo indeterminato di cui all'articolo 71, può conferire incarichi provvisori, secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, per un periodo non superiore a dodici mesi, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda, in Regione e da ultimo fuori Regione.

L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a



tempo indeterminato.

Per sopravvenute esigenze di servizio o di altro genere, le Aziende possono conferire incarichi a tempo determinato della durata massima di sei mesi, secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6 interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa.

Per lo svolgimento degli incarichi di sostituzione e degli incarichi provvisori al medico di assistenza penitenziaria spetta il trattamento economico individuato ai sensi dell'ACN e del presente AIR.

NORMA FINALE

La parte economica del presente AIR verrà automaticamente e dinamicamente adeguata alle eventuali variazioni previste dai successivi AA.CC.NN. fino alla stipula del nuovo AIR.

NORME FINALI

1. Alla data di pubblicazione dell'accordo sono confermati tutti gli istituti economici e normativi previsti al decreto 149/2014 e successivo 16/2020 non modificati nel presente accordo.
2. Sono confermati gli organismi normativi e le relative risorse di cui al Capo II e III del decreto 149/2014.
3. Sono confermate le indennità di cui al capo IV del decreto 149/2014 e successive integrazioni già acquisite nel decreto 16/2020.
4. Gli effetti normativi ed economici del presente Accordo, se non diversamente specificato, decorrono dalla data di pubblicazione sul BURC; il presente Accordo è valido fino all'entrata in vigore del successivo AIR.
5. Le parti concordano che, in caso di norme legislative nazionali o regionali che ne modifichino l'applicabilità, si proceda alla riapertura del tavolo di trattativa per consentire le opportune modifiche e/o integrazioni entro il termine massimo di 90 giorni.
6. I medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e/o a quota oraria, non ancora aderenti al ruolo unico dell'Assistenza Primaria possono optare, nel corso dell'anno, a domanda, per la scelta verso per il Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria di cui all'art 31 dell'ACN vigente.
7. Il medico di Assistenza Primaria incaricato entro il 31/12/2024 che non opta per il ruolo unico, svolge l'attività nel proprio studio professionale, pur aderendo al modello organizzativo ed ai compiti di cui all'articolo 1.



8. Le parti concordano che la partecipazione dei MMG di ciclo di scelta e/o ruolo unico all'utilizzo di attività diagnostiche ed alla integrazione con con le farmacie territoriali, viene rinviata a specifici accordi in ambito regionale.
9. In ambito UCAD, i Referenti di AFT presentano la scheda oraria della sede unica di AFT della che comprende le modalità di partecipazione dei singoli medici ad essa afferente
10. Le parti concordano che la Regione si riserva di modificare l'ambito territoriale di scelta della ASL Na 1 Centro in coerenza con lo sviluppo dei modelli organizzativi del presente AIR.