

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA

**U.O.C. CURE PRIMARIE
DISTRETTO TIRRENO**



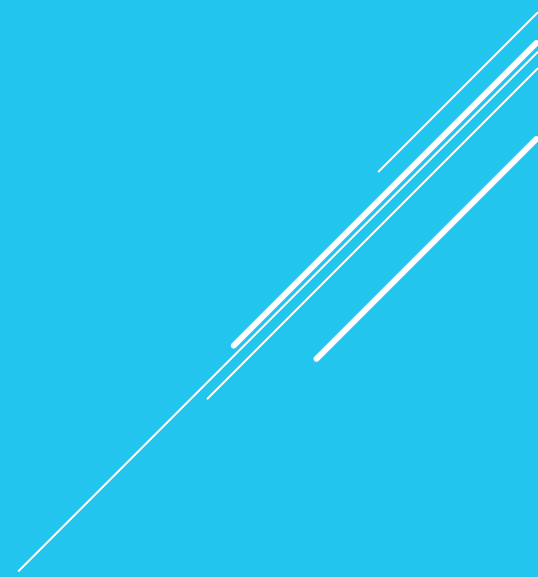
SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AFT –Stato dell'arte ASP

Dr.ssa Clelia RANDISI

DECRETO BALDUZZI



- ▶ Il **decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158** noto anche come **Decreto Balduzzi** dal nome del Ministro della Salute Renato Balduzzi del governo Monti è un atto normativo della Repubblica Italiana.
- ▶ Convertito in Legge 8 novembre 2012, n. 189, ha rappresentato una norma di riforma della sanità in Italia.
- ▶ Il decreto ha riguardato in particolare la riorganizzazione dei servizi sanitari in Italia

Assistenza Sanitaria Territoriale

- ▶ riguarda la **riorganizzazione delle cure primarie** , l'**integrazione** mono-professionale e multi-professionale dei medici di mmg con i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, sviluppo dell'ICT (tecnologie informatiche) e l'integrazione delle cure territoriali con quelle ospedaliere, **deospedalizzazione** dell'assistito, (**dimissioni protette- delibera ASP N°1177 del 27/05/2024**)

AFT

DEFINIZIONE

Il raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (allo stato attuale: medici di Assistenza primaria) con un bacino d'utenza non superiore a 30.000 assistiti.

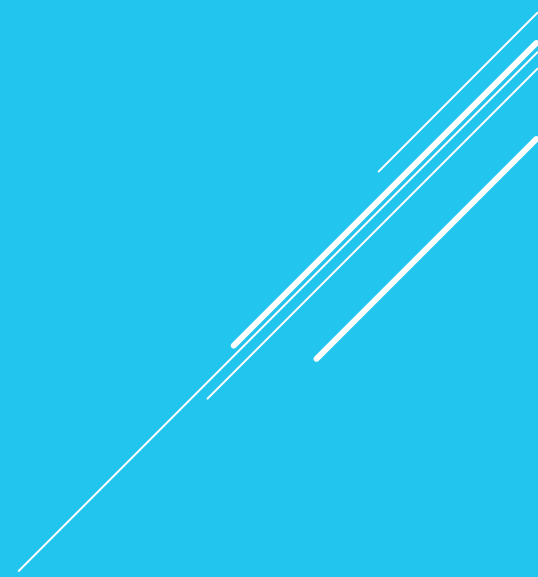
Le AFT comprendono al loro interno singoli medici, associati in forma organizzata e che integrano le proprie attività attraverso la condivisione di un unico strumento informativo di gestione della scheda paziente.

Tale modalità operativa consente ai cittadini di poter accedere ad uno dei medici che compongono l'AFT, in quanto è garantita la gestione condivisa delle informazioni cliniche.

Le AFT potranno assumere tre diverse connotazioni:


AFT in rete

AFT IN SEDE UNICA: Pubblica-Autonomia



AFT in rete

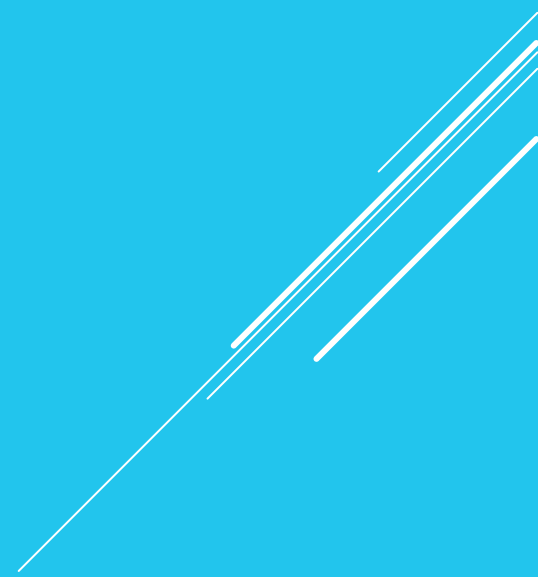
i medici continuano ad operare nei propri studi professionali, condividendo la gestione delle informazioni cliniche dell'assistito, attraverso l'utilizzo di uno strumento informativo unico, e garantendo un'assistenza h 12, mediante l'articolazione del proprio orario di studio in maniera coordinata con i colleghi.



AFT IN SEDE UNICA:

PUBBLICA-AUTONOMA

- ▶ i medici, pur continuando ad operare nei propri studi professionali e garantendo la gestione condivisa delle informazioni cliniche dei propri assistiti, operano anche presso una sede unica di riferimento, messa a disposizione dalle ASP o dai medici di assistenza primaria, secondo una specifica turnazione, finalizzata a garantire un'assistenza h 12.



- ▶ è composta dai medici appartenenti al medesimo ambito territoriale. Negli ambiti territoriali più vasti possono essere istituite più AFT, secondo criteri individuati a livello aziendale. In caso di ambiti territoriali non sufficienti a costituire un'AFT, è possibile l'inclusione di medici di ambiti limitrofi.
- ▶ Per ciascuna AFT sarà individuato, tra i medici, un referente con funzioni di raccordo interno tra i medici dell'associazione, di interlocuzione formale con il Distretto .

ATTIVITA'

- ▶ assistere la popolazione in carico ai MMG che ne fanno parte, in ragione di quanto definito dall'ACN per la medicina generale per tempo vigente e nel pieno rispetto delle garanzie di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- ▶ partecipare ed implementare le attività di prevenzione rivolte alla popolazione, con particolare riferimento alla diffusione di corretti stili di vita, vaccinazioni e screening;
- ▶ assicurare il ricorso alla dematerializzazione della ricetta ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e le relative correlazioni al FSE;
- ▶ garantire la partecipazione ai progetti aziendali relativi alla gestione dei pazienti cronici, con particolare riferimento alle attività di cure sanitarie domiciliari.

- ▶ assicurare l'adesione alle iniziative per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso
- ▶ partecipare alle attività di Valutazione Multidimensionale finalizzata alla predisposizione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) integrati sociosanitari;
- ▶ partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale
- ▶ partecipare obbligatoriamente al processo di budgeting distrettuale in ragione del processo operativo di seguito indicato:

Regione-Azienda- Distretto-UCCP-AFT

DCA N.65 DEL 01 MARZO 2018

Several thin, parallel white lines of varying lengths and slopes are positioned in the bottom right corner of the slide, creating a dynamic, abstract graphic element.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

Proposta n. 63 del 28-2-2018

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 33, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 65 del 01 MAR. 2018

OGGETTO: REVOCA DCA 144/2017. APPROVAZIONE NUOVO ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE (A.I.R.) PONTE ANNO 2017 PER LA MEDICINA GENERALE - APPROVAZIONE -

ACCORDO REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE

7 febbraio 2018

ACCORDO PONTE

LINEE GUIDA PER LA COSTITUZIONE DELLE AFT E DELLE UCCP

Fonti normative

- ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG, artt. 26 bis e 26 ter;
- ACN per la disciplina dei rapporti con i PLS, artt. 26 bis e 26 ter;
- ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie artt. 4-5-6-7-8;
- D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189, c.d. decreto Balduzzi;
- Patto della Salute 2014-2016, art. 5;
- Accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012;
- Accordo Stato Regioni 20 febbraio 2014;
- D.P.G.R. n. 18/10 di approvazione del riordino delle reti ospedaliera, dell'emergenza/urgenza e della rete territoriale;

- D.G.R. n. 250/09 di approvazione delle linee progettuali relative agli obiettivi di PSN 2009;
- D.P.G.R. n. 12/01 "Linee guida sul sistema delle cure domiciliari e l'accesso ai servizi territoriali";
- D.G.R. n.255/11 di approvazione delle linee progettuali relative agli obiettivi di PSN 2011;
- DCA n. 14/2015 Approvazione "Programma Operativo 2013-2015", Riequilibrio Ospedale/ Territorio programma 14.5) Riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della L. 182/2012 e conseguenti accordi con MMG/PLS per l'individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo;
- DCA n. 76/15 P.O. 2013-2015. Programma 14.8 – Riequilibrio Ospedale Territorio – Approvazione documento di riorganizzazione della rete Territoriale;
- DCA n. 103/15 P.O. 2013-2015 - Programma 11 - Sanità pubblica: Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) 2014-2018.
- D.P.G.R. n. 24 del 10 Marzo 2014 - Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti 16/CSR del 20 febbraio 2014 recante "Telemedicina — Linee di indirizzo nazionali".

**ATTO DI INDIRIZZO PER LE ASP CALABRESI
PER L'APPLICAZIONE DELL'ACCORDO PONTE PER LA MEDICINA GENERALE
(DCA n°65 del 1 marzo 2018)**

1 - PREMESSA

Così per come espressamente previsto nel DCA n°65/2018 (di approvazione del nuovo *Accordo Integrativo Regionale - A.I.R. - per la Medicina Generale*), l'applicazione dell'accordo è subordinato all'emanazione di un Atto di Indirizzo regionale, necessario per assicurare uniformità applicativa su tutto l'ambito regionale e guidare la fase negoziale di livello aziendale.

Le indicazioni che sono qui di seguito fornite, hanno carattere di indirizzo generale e dovranno trovare applicazione nelle Proposte Operative (P.O.), che di fatto rappresentano una vera e propria Contrattazione integrativa di livello aziendale, che ciascuna ASP provvederà ad elaborare e ad approvare con atto formale del Direttore Generale entro e non oltre 30 giorni dall'approvazione del presente documento.

**ATTO DI INDIRIZZO PER LE ASP CALABRESI
PER L'APPLICAZIONE DELL'ACCORDO PONTE PER LA MEDICINA GENERALE
(DCA n°65 del 1 marzo 2018)**

- precedente assetto organizzativo della medicina generale (preesistenza di UCCP/forme associative complesse quali medicine di gruppo, forme miste, medicina in rete)
- differenziazione tra zone urbane e zone rurali (rarefazione della popolazione)
- ambiti di scelta preesistenti

Le AFT in sede pubblica dovranno essere allocate in strutture aziendali già operanti (poliambulatorio, casa della salute) al fine di evitare ulteriori spese.

Le AFT dovranno avere un'estensione intra - distrettuale non essendo possibile l'attivazione di UCCP, e quindi di AFT ad esse correlate, che coinvolgano contemporaneamente più distretti.

DCA N.161 DEL 02 AGOSTO 2018



REGIONE CALABRIA

Proposta di D.C.A. n. 160 del 02.08.2018
Registro proposte del Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

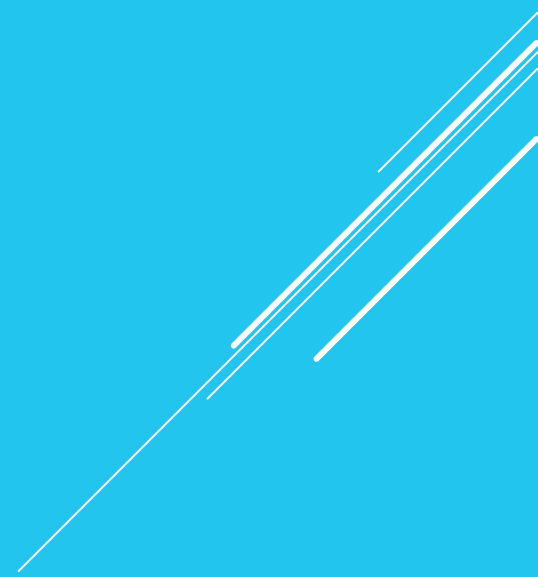
DCA n. 161 del 02 / 08 / 2018

OGGETTO: APPROVAZIONE ATTO DI INDIRIZZO PER LE ASP DELLA REGIONE CALABRIA PER L'APPLICAZIONE DEL NUOVO ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE (AIR) PONTE ANNO 2017 PER LA MEDICINA GENERALE

Il Dirigente Generale

Donato Bruno

L'ASP di Cosenza, in esecuzione al DCA n.161 del 2 Agosto 2018 (che ha integrato e modificato il precedente DAC n.65 del 1 Marzo 2018) con Delibera n.686 del 8 Agosto 2019 ha istituito le UCCP e le AFT.



**DELIBERA N.207 DEL 24 MARZO
2021**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Deliberazione n° 207 del 24/MAR.2021

OGGETTO: attività AFT/UCCP anno 2021


Il Commissario Straordinario dott. Dott. Vincenzo Carlo La Regina, nominato con DCA n.5 del 08/01/2021 del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legge n. 150 del 10/11/2020 convertito nella Legge n. 181 del 30/12/2020, adotta la seguente deliberazione in merito all'argomento indicato in oggetto, assistito dal Direttore Sanitario Dott. Martino Rizzo e dal Direttore Amministrativo Avv. Maurizio Nunzio Cesare Friolo.

STRUTTURA PROPONENTE : Comitato Aziendale MMG

Il Responsabile del procedimento
Dott.ssa Clelia Randisi

Il Presidente delegato Comitato Aziendale
Dott.ssa Angela Riccetti


DISTRETTO COSENZA/SAVUTO:6

- ▶ **1UCCP PUBBLICA** con sede a **Rogliano**
 - ▶ **3 AFT AUTONOME** a **Cosenza**
 - ▶ **1AFT AUTONOMA** a **S. Giovanni in Fiore**
 - ▶ **1 AFT AUTONOMA** a **Celico**
- 


DISTRETTO MEDIA VALLE CRATI:5

- ▶ **AFT AUTONOMA** con sede a **Montalto Uffugo**
 - ▶ **AFT AUTONOMA** a **Rende Ovest**
 - ▶ **AFT AUTONOMA** a **Rende Est**
 - ▶ **AFT AUTONOMA** a **Castrolibero**
 - ▶ **AFT AUTONOMA** ad **Acri**
- 

DISTRETTO IONIO NORD:4

- **2 AFT AUTONOME** con sede a Corigliano
 - ▶ **AFT AUTONOMA** : con sede a Cassano
 - ▶ **AFT IN RETE** : nell'alto Ionio , che a breve, si trasformerà in pubblica, con sede Trebisacce
- 


DISTRETTO IONIO SUD:2

- ▶ **AFT AUTONOMA:** con sede a **Rossano**
 - ▶ **AFT IN RETE :** con sede a **Crosia**
- 

DISTRETTO ESARO POLLINO:2

- ▶ **AFT AUTONOMA:** con sede a **Castrovillari**
- ▶ **AFT AUTONOMA:** con sede a **San Marco Argentano**

DISTRETTO TIRRENO:4

- ▶ **AFT PUBBLICA** con sede a **Scalea**
 - ▶ **AFT PUBBLICA :** con sede ad **Amantea**
 - ▶ **2 AFT AUTONOME:** con sede a **Paola**
- 

ACCORDO AZIENDALE PER LA MEDICINA GENERALE 2021

**AI SENSI DEL DCA N.161 DEL 02
AGOSTO 2018 E DCA N.65 DEL 01
MARZO 2018**

ACCORDO AZIENDALE PER LA MEDICINA GENERALE

ART. 1 MODALITA' DI COSTITUZIONE DELLE AFT

1.1 A.F.T. a sede unica e autonoma

a) I medici di medicina generale che intendano costituire un' Aggregazione Funzionale Territoriale, a sede unica ed in modo autonomo, dopo essere stati invitati dal Distretto di appartenenza a dare il proprio consenso per partecipare ad una aggregazione funzionale, presentano istanza alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria di riferimento.

b) Nella domanda, firmata da tutti i componenti, dovrà essere indicata:

- la sede dell'AFT
- il coordinatore
- i medici che la costituiscono, e il numero degli assistiti al momento della costituzione.
- gli orari di studio, con rotazione, all'interno delle AFT, che saranno garantiti dai singoli Medici.

c) Le ore di lavoro che ogni singolo MMG garantirà all'interno della AFT, con il proprio turno, sono da considerarsi sostitutivi e comprensivi all'interno di quell'orario congruo previsto dall'ACN, che tiene conto anche dell'attività nel proprio singolo studio.

curatori e dirigenti

d) La costituzione è libera e deve comprendere medici dello stesso ambito territoriale (per eventuali deroghe si rinvia alle linee guida previste nell'AIR).

Tutti i medici dell'ambito devono avere l'opportunità di partecipare alle forme associative, pertanto, saranno obbligatoriamente inseriti, laddove lo richiedessero, sia i medici esclusi, sia i medici che acquisiranno negli anni successivi, le zone carenti di medicina generale.

Nello specifico, e in attesa di nuove disposizioni negli accordi collettivi nazionali, al medico neo-inserito nella medicina generale, sarà contestualmente assegnata la zona carente e l'inserimento della AFT territorialmente competente, in sostituzione del medico che ha cessato l'attività.

1.2 AFT e UCCP a sede unica e pubblica

a) Il direttore del distretto, che dispone di locali idonei alla costituzione di AFT in sede unica e a gestione pubblica, invita tutti i medici di medicina generale di quell'ambito, a partecipare all'associazione.

b) Ciascun medico invitato ha 15 gg di tempo per comunicare la propria adesione, trascorso il quale, viene ufficialmente costituita la AFT a sede unica e pubblica, con tutti i MMG che, volontariamente, hanno aderito alla proposta.

03/12/2011

c) Tra i medici che hanno aderito, si elegge il coordinatore.

d) Le ore di lavoro che ogni singolo MMG garantirà all'interno della AFT a sede unica e pubblica, con il proprio turno, sono da considerarsi sostitutivi e comprensivi all'interno di quell'orario congruo previsto dall'ACN, che tiene conto anche dell'attività nel proprio singolo studio.

1.3 Aggregazione Funzionale Territoriale in rete

a) I medici di medicina generale che intendano costituire un' Aggregazione Funzionale Territoriale in rete, dopo essere stati invitati dal Distretto di appartenenza a dare il proprio consenso per partecipare ad una aggregazione funzionale, presentano istanza alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria di riferimento.

b) Nella domanda, firmata da tutti i componenti, dovrà essere indicato:

- il nome del coordinatore
- la sede di riferimento / rappresentanza, che, salvo diversi accordi, sarà lo studio medico del coordinatore, con funzioni solo di sede per riunioni e audit del gruppo e non per attività sanitaria
- gli orari di studio dei singoli medici aderenti all'aggregazione con le rotazioni e fasce orarie previste per garantire l'assistenza h12.

c) Le ore di lavoro che ogni singolo MMG garantirà all'interno della AFT, con il proprio turno, sono da considerarsi sostitutivi e comprensivi all'interno di quell'orario congruo previsto dall'ACN, che tiene conto anche dell'attività nel proprio singolo studio.

**ART 10 RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI IN APPLICAZIONE ART. 59
LETTERA B COMMA 15 ACN E ULTERIORI OBIETTIVI PREVISTI DAL DCA N 65 DEL
03/03/2018**

- a) L'Azienda Sanitaria si impegna ad organizzare i servizi informatici e ogni altro supporto utile alla raccolta dei dati per la definizione di parametri oggettivi indispensabili per la valutazione degli obiettivi previsti dall'accordo. Per quanto riguarda i report relativi all'andamento prescrittivo farmaceutico, devono essere estrapolate e non conteggiate, le prescrizioni indotte, i farmaci soggetti a piani terapeutici, e vanno individuati indicatori correttivi per i pazienti con patologie croniche, pazienti oncologici e pazienti con età superiore ai 70 anni.

Diventa quindi indispensabile la costituzione di un tavolo tecnico regionale di esperti (informatici, statistici/epidemiologi, farmacologi ed esperti del Servizio Farmaceutico Regionale, MMG, Specialisti Ambulatoriali e Medici Ospedalieri, Responsabili/esperti delle Società Scientifiche, etc.) che, secondo le proprie competenze, produrranno degli indici di calcolo per effettuare le opportune correzioni relative alle patologie croniche ed oncologiche dei pazienti, da inviare alle varie Commissioni per l'Appropriatezza prescrittiva per la verifica/valutazione delle prescrizioni e della spesa di ogni singolo MMG.

DETERMINAZIONE N.207 DEL 24 MARZO 2021



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Determinazione n° 623 del 30 NOV. 2021

OGGETTO: istituzione AFT Pubbliche Distretto Sanitario Tirreno.

Il Direttore dell'U.O.C. Distretto Sanitario Tirreno Dott.ssa Angela Riccetti, nominata con delibera d'incarico n.182 del 13/02/2018 e in forza della delega conferita ai Direttori/Responsabili-circolare prot. n.25499 del 11/03/2020, adotta la seguente determinazione in merito all'argomento indicato in oggetto.

STRUTTURA PROPONENTE : UOC DISTRETTO SANITARIO TIRRENO

Il Responsabile del procedimento

Dott.ssa Clelia Randisi

Il Direttore del Distretto Sanitario Tirreno

Dott.ssa Angela Riccetti

Premesso

Che il DCA del 01.03.2018 AIR ponte ha riorganizzato l'Assistenza Primaria in AFT e UCCP;

Che il DCA n.161 del 02.08.2018 ha dato le linee guida per l'applicazione dell'AIR;

Che il DCA n.174 dl 06.12.2019 ha preso atto delle delibere delle aziende sanitarie provinciali di Cosenza, Crotone, Vibo Valentia, di individuazione delle UCCP e AFT;

Che questa ASP, previo accordo sindacale ha già deciso il numero delle AFT con atto deliberativo n.686 del 8 Agosto 2019 e n. 879 del 23 Ottobre 2019;

Che con delibera n.646 del 3 Agosto 2020, l'ASP di Cosenza ha riorganizzato la rete territoriale dell'Azienda approvando l'istituzione delle AFT ed UCCP;

Che con il DCA n.9 del 14/01/2021, la Regione Calabria ha preso atto della Riorganizzazione della Rete Territoriale approvata dall'ASP di Cosenza con delibera n.646 del 3 Agosto 2020;

Che con delibera n. 207 del 24/03/2021 l'ASP di Cosenza ha autorizzato l'apertura delle AFT a sede unica autonoma, delle AFT in rete, delle AFT e UCCP pubbliche;

Che con determina n.375 del 7/7/2021 , il Distretto Sanitario Tirreno ha preso atto della delibera n. 207 del 24/03/2021 istituendo due AFT in rete: Amantea e Tirreno e due AFT autonome: "Paola Centro" e "Mercurio";

Che con prot. n. 0143350 del 26/11/2021 è pervenuta la richiesta di attivazione dell' AFT pubbliche di Scalea con sede nel Poliambulatorio di Scalea;

Che con nota prot. n.0137380 del 16/11/2021 è pervenuta la richiesta di attivazione di un'altra AFT Pubblica ubicata nel Poliambulatorio di Amantea;

Che in particolare, le due AFT Pubbliche risulteranno costituite nel seguente modo:

Dal 01/12/2021 AFT pubblica- Scalea sita presso il Poliambulatorio in Via Covello:

Coordinatore: Dott. Antonio A.D. Capano

MMG afferenti : Rosetta Filpo, Egidio Presta, Guglielmo De Luca, Pietro Fortunato, Domenico Iantorno, Maurizio D'Alessandro, Saporiti Vincenzo, Trocino Carmine, Giuseppina Silvestri, Angelo Riccardi, Imperio Antonio, Peppino Bellusci, Sirianni Giuseppe, Antonella E.M. Cauti, Maurizio Ciano, Vincenzo Ciaccio, Anna Malvarosa, Anna Russo, Virgilio Forestieri, Andrea Aragona, Romeo Forestieri, Pasquale Viceconte, Felice Ruggiero.

Dal 01/12/2021 AFT pubblica "Amantea" sita presso il Poliambulatorio di Amantea in via S. Maria :

Coordinatore: Dott. Sergio Porto

MMG afferenti: Sergio Porto, Alessandra Muoio, Tommaso Cartolano, Maria Cavaliere, Maria Giuditta Bova, Giovanni Nicastro, Vincenzo Cristiano, Andrea Ianni Palarchio, Emilio Ruggiero, Elio Filice, Francesco Schiariti, Antonio Prestia.

Che, pertanto, le due AFT in rete, precedentemente autorizzate, **cesseranno la loro attività** , in quanto la maggior parte dei Medici è transitato nelle AFT pubbliche, di conseguenza , il requisito minimo di Medici, previsto per le AFT in rete, secondo il DCA 65 del 1 Marzo 2018 è venuto meno;

Che gli obiettivi individuati ed i compensi per tale tipo di attività sono scritti in delibera n.207 del 24 Marzo 2021 e nella delibera n.32 del 21/01/2021: Bilancio Preventivo Economico anno 2021- Bilancio Pluriennale di previsione 2021/2023- Piano delle Attività anno 2021- Adozione;

Tanto premesso

Il Direttore del Distretto Sanitario Tirreno

Dato atto dell'istruttoria compiuta e dell'attestazione di regolarità dell'atto da parte del Dirigente Medico Dott.ssa Clelia Randisi, designata in qualità di responsabile del procedimento, ai sensi e per effetti della Legge n.241/90 e s.m.

DETERMINA

Di intendere le premesse integralmente ripetute e confermate;

Di confermare le attivazioni, a decorrere dal primo Dicembre, delle due AFT Pubbliche: Scalea-Amantea, così costituite:

AFT pubblica- Scalea sita presso il Poliambulatorio in Via Covello:

Coordinatore: Dott. Antonio A.D. Capano;

MMG afferenti : Rosetta Filpo, Egidio Presta, Guglielmo De Luca, Pietro Fortunato, Domenico Iantorno, Maurizio D'Alessandro, Saporiti Vincenzo, Trocino Carmine, Giuseppina Silvestri, Angelo Riccardi, Imperio Antonio, Peppino Bellusci, Sirianni Giuseppe, Antonella E.M. Cauti, Maurizio Ciancio, Vincenzo Ciaccio, Anna Malvarosa, Anna Russo, Virgilio Forestieri, Andrea Aragona, Romeo Forestieri, Pasquale Viceconte, Felice Ruggiero.

AFT pubblica "Amantea" sita presso il Poliambulatorio di Amantea in via S. Maria :

Coordinatore: Dott. Sergio Porto

MMG afferenti: Sergio Porto, Alessandra Muoio, Tommaso Cartolano, Maria Cavaliere, Maria Giuditta Bova, Giovanni Nicastro, Vincenzo Cristiano, Andrea Ianni Palarchio, Emilio Ruggiero, Elio Filice, Francesco Schiariti, Antonio Prestia.

Di autorizzare l'Ufficio Delibere a pubblicare il presente atto, sull'albo pretorio on-line dell'ASP di Cosenza;

Di precisare che il presente provvedimento, non è soggetto a controllo, ed è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.13 della L.R. n.11/2004;

Il Direttore U.O.C. Distretto Sanitario Tirreno
Dott.ssa Angela Ricciardi



REGOLAMENTO INTERNO DELLA AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT) ASP CS

(Approvato con delibera del Direttore Generale N.2391 del 30/09/2025)

ART. 1 COSTITUZIONE DELLE AFT

- a) I medici di medicina generale che intendano costituire un'Aggregazione Funzionale Territoriale, a sede unica ed in modo autonomo, presentano istanza alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria di riferimento;
- b) La costituzione è libera e deve comprendere medici dello stesso ambito territoriale (per eventuali deroghe si rinvia alle linee guida previste nell'AIR);
- c) Tutti i medici dell'ambito devono partecipare alle forme associative, **pertanto, saranno obbligatoriamente inseriti nella AFT di riferimento, come stabilito dall' ACN e AIR vigenti**. In caso di più AFT presenti nello stesso ambito, il Medico potrà esprimere la preferenza e, comunque, dovrà essere garantito un equilibrio numerico nella composizione delle varie AFT.
Tali opportunità e relative decisioni saranno deliberate nel Comitato Aziendale;
- d) **Al medico neo-inserito nella medicina generale**, sarà contestualmente assegnata la zona carente e l'inserimento della AFT territorialmente competente, in sostituzione del medico che ha cessato l'attività;
- e) Il MMG che chiede di far parte di una AFT invierà la domanda al referente della AFT del proprio ambito, il quale, accolta la richiesta, trasmetterà una copia al Direttore di Distretto e delle Cure Primarie.
L'istanza, per "presa visione", sarà inviata, dal Referente della medicina di base, all'Ufficio del Personale Convenzionato dell'Azienda, al fine di iscrivere quel Medico, tra coloro che hanno diritto agli incentivi previsti per la partecipazione alla AFT.
- f) Tra i MMG, che hanno aderito alla AFT, viene eletto il Referente

Art. 2 COMPITI DELLE AFT

- a) I compiti essenziali di ogni MMG nella AFT sono quelli previsti dall'art. 29 dell'ACN vigente
- b) Tra gli obiettivi che l'Azienda intende raggiungere, tramite un accordo aziendale, ci sono quelli delle vaccinazioni, degli screening oncologici, della presa in carico delle patologie croniche (tramite PDTA), secondo forme e metodi organizzativi innovativi, condivisi con la MG e a cui ogni MMG della AFT è tenuto a conformarsi.
- c) Al fine di omogeneizzare comportamenti, condividere protocolli e metodi, cartelle cliniche dei pazienti, garantire i flussi dei dati generali e degli obiettivi affidati alle AFT medesime, anche in riferimento agli accordi aziendali, **i Medici facenti parte delle AFT della provincia di Cosenza, hanno scelto di utilizzare una piattaforma digitale comune, NET-Medica Italia srl;**
- d) Gli standard strumentali e logistici delle AFT sono quelli previsti dagli art. 6 e 7 dell'AIR vigente

Art. 3 ORARIO DI LAVORO

a) Le ore di lavoro che ogni singolo MMG garantirà all'interno della AFT, con il proprio turno, sono da considerarsi aggiuntivi non solo a quell'orario congruo e minimo previsto dall'ACN, nel proprio singolo studio, ma anche a tutta l'attività svolta da ogni MMG (domiciliarità; back-office; gestione email; progetti di prevenzione oncologica: vaccinazioni; PDTA; formazione e aggiornamento; etc.), che dovrà essere opportunamente “pesata” anche nell'ottica del ruolo unico.

b) Il MMG che opera nella AFT, durante il suo turno di lavoro, svolgerà la sua funzione nei confronti di tutti gli assistiti in carico ai MMG che compongono la AFT, assicurando la sua assistenza per casi e ricettazioni indifferibili, non rinviabili, codici bianchi e quant'altro previsto dagli accordi aziendali.

Il MMG non può abbandonare in nessun caso il proprio posto di lavoro durante il turno e, quindi, non può soddisfare eventuali richieste di visite domiciliari, che restano a carico del MMG proprio dell'assistito.

ART 4 FUNZIONI DEL REFERENTE DI AFT E DURATA

- a) Il REFERENTE sarà eletto, con scrutinio segreto, tra tutti i MMG componenti l'AFT di riferimento. Il referente dovrà indicare un suo sostituto;
- b) Il referente dovrà garantire le funzioni e i compiti assegnati per la durata prevista dell'incarico;
- c) Il risultato dell'elezione ed il nome del referente deve essere comunicato al Direttore Generale dell'ASP di riferimento;
- d) In caso di decadenza per sfiducia espressa dalla maggioranza dei componenti della AFT, o pensionamento e/o dimissioni, i medici della AFT dovranno nominare un nuovo referente entro i 30 giorni successivi;
- e) **L'incarico di REFERENTE dura 3 anni, rinnovabile, sempre dopo nuova votazione, per altri 3 anni.** Dopo tale periodo, e successivamente ogni qual volta se ne dovesse ravvisare la necessità, nel caso in cui nessun altro medico dell'AFT sia disponibile ad assumere il ruolo di referente, l'incarico può essere rinnovato e riattribuito al referente uscente, ovviamente dopo nuova votazione;
- f) Oltre a quanto previsto dall'art. 5 dell'AIR vigente e dall'Acn, il referente deve organizzare i turni per l'apertura h/12 degli studi in modo continuativo; redigere gli orari dei turni dei medici componenti l'aggregazione e comunicarli al distretto;
- g) Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti e previsto dall'AIR vigente, che rimanda a quanto previsto nell'AIR DCA n. 65/2018;
- h) L'Azienda Sanitaria, considerando che sia l'ACN (art. 30 comma 6) che l'AIR (art. 5), vigenti, permettono di assegnare al referente, tramite questo regolamento, ulteriori compiti e funzioni, da concordare con successivo contratto aziendale, ritiene che tali compiti possano essere assegnati e svolti, dallo stesso, al fine della governance clinica in relazione agli screening oncologici e alle vaccinazioni e ad altre attività o progetti innovativi;

ART 5 MOTIVI DI SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ DI AFT AL MMG

- a) Fatto salvo quanto previsto negli accordi collettivi nazionali e integrativi regionali, **è motivo di sospensione** del pagamento dell'indennità di AFT al medico (quota MMG + quota STRUTTURA), il mancato rispetto degli orari di lavoro, **e, per i soli medici in sede autonoma, l'omesso versamento della quota di indennità di struttura, nell'intero valore indicato sul cedolino dello stipendio mensile;**
- b) Prima di ogni eventuale sospensione del pagamento dell'indennità, il referente invierà al MMG inadempiente, opportuna comunicazione della inadempienza verificata;
- c) Il Referente , verificati i casi di ripetuta inosservanza delle norme, ne dà comunicazione al Direttore Generale e al Direttore di Distretto, richiedendo la sospensione dell'indennità clinica di AFT del/i MMG interessati e motivandola con relazione scritta;
- d) La sospensione temporale dal pagamento, che potrà variare da un periodo da 1 a 4 settimane, va rapportata alla gravità del comportamento del MMG, dalla reiterazione del comportamento, dalla presenza di precedenti sanzioni;
- e) Il Direttore generale, sentito il parere del Comitato Aziendale, delibera la sospensione dell'indennità suddetta al/i medico/i. L'indennità di struttura sarà comunque accantonata e versata al MMG al termine della sospensione, per consentirne il successivo versamento nella sua totalità alla AFT , consentendo il recupero delle somme necessarie per la corretta e corrente gestione della stessa;
- f) Il medico a cui viene sospesa l'indennità, perde esclusivamente l'incentivo economico previsto dall'accordo integrativo regionale per il tipo di aggregazione funzionale cui fa parte. Restano pertanto attivi i pagamenti degli altri incentivi regionali che percepisce, in base all'AIR precedente e che il vigente AIR ha confermati. Deve comunque continuare a prestare la propria opera nella AFT, onorando i turni di lavoro assegnatogli. **La reiterata assenza dal lavoro nella AFT è motivo di decadenza dalla Convenzione.**

ART 6 **QUOTE DI INDENNITÀ DI STRUTTURA PER MMG NELL'AFT AUTONOMA**

a)Ogni medico aderente alla AFT versa interamente la quota relativa alle spese di gestione della sede comune (**indennità di struttura**), che viene erogata in proporzione al numero dei pazienti, sulla base dei dati mensili riportati sui cedolini di pagamento dello stipendio, per la voce specifica. Al MMG **il gestore della struttura (cooperativa; società di servizio; etc.) emetterà apposita fattura come partecipazione alla spesa della gestione della AFT.** Tale fatturazione, su richiesta del Distretto, vale come rendicontazione della indennità di struttura che può essere esibita dal singolo medico;

b)Al fine di consentire la regolare gestione della struttura (spese per il personale, utenze, affitti, strumentazione, e tutto ciò che si rendesse necessario per il mantenimento della stessa), l'Ufficio del Personale dell'ASP invia al referente di AFT, ogni mese, un report mensile delle quote di indennità di studio versate dall' Azienda ad ogni singolo MMG aderente alla AFT di riferimento

ART 7 SOSTITUZIONI E ASSENZE

a) Il medico componente dell'aggregazione che dovesse trovarsi nell'impossibilità di svolgere la sua attività lavorativa nella sede della AFT, ne darà immediata comunicazione scritta, anche per posta elettronica, al Coordinatore;

b) Potrà essere sostituito da un medico dell'aggregazione e/o da un medico di sua fiducia che ne possieda i requisiti, che lo stesso MMG impossibilitato dovrà, obbligatoriamente, aver cura di individuare e segnalare al Referente;

c) Per quanto non espressamente precisato, si rimanda all'art. 36 dell'ACN vigente (Sostituzioni), specificando che, comunque, l'eventuale comunicazione al Distretto per chiedere un Medico sostituto, deve essere fatta dallo stesso medico impossibilitato a svolgere il proprio turno.

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 2417 del 07/10/2025

Struttura Proponente DIREZIONE DISTRETTO
TIRRENO

OGGETTO: AFT-ASSEGNAZIONE OBIETTIVI ANNO 2025



Allegato A

1) RIDUZIONE CODICI BIANCHI

2) VACCINAZIONI

L'Azienda Sanitaria, per assicurare che la copertura vaccinale, specie quella antinfluenzale, sia la più alta possibile, ma anche al fine di facilitare le altre vaccinazioni raccomandate (antipneumococcica, anti-zoster),

Inserimento, da parte del MMG, durante la registrazione della vaccinazione sul sistema GIAVA

3) ATTIVITA' SCREENING TUMORI

per il pap test; 6,29% per la mammella; 0,88% per il colon-retto.

4) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Il MMG attiva l'ADI per il proprio paziente e, insieme all'UVM, compila la SVAMA, per la valutazione sanitaria e collabora all'elaborazione del PAI

5) SERVIZIO MEDICO INTEGRATO

Per abbattere le liste di attesa, per completamento diagnostico, i pazienti in possesso dell'esenzione ticket per patologia, reddito e/o invalidità, potranno eseguire gli esami strumentali sotto descritti, in modo gratuito, come i pazienti reclutati nei PDTA concordati come obiettivi

6) GESTIONE PATOLOGIE CRONICHE (PDTA BPCO/ PDTA DIABETE MELLITO)

ART. 11 CODICI BIANCHI

Al fine di evitare inopportune contestazioni, si rende necessario riportare la definizione di Codice Bianco, unico codice di gravità di pertinenza delle AFT e UCCP.

Secondo il Ministero della Salute esso deve essere assegnato al paziente non critico, e non esprime una urgenza. Devono essere soddisfatti tutti i seguenti criteri: non vi è alcuna alterazione dei parametri vitali; non è presente alcuna sintomatologia critica o a rischio di aggravamento; la sintomatologia è presente da qualche giorno o è cronica.

Esempi:

- ferita superficiale di minima entità
- febbricola da vari giorni
- tonsilliti e faringiti
- dolori articolari non traumatici
- dolori articolari traumatici con trauma che risale a diversi giorni prima
- congiuntiviti
- otalgie
- odontalgie
- dispepsie
- dermatiti croniche
- abrasioni cutanee non estese
- puntura d'insetto oltre le 3 ore non associata ad altri sintomi se non il prurito nella sede di inoculo
- calo ponderale
- palpitazioni soggettive in assenza di alterazioni del polso e della pressione

Area obiettivi	Descrizione obiettivi	Azioni correlate	Misura	Peso %	Indicatori	intervallo
Piano nazionale cronicità	Adesione PDTA diabete	Identificazione paz. a rischio+ richiamo attivo paz. già identificati per adesione al PDTA	N° pazienti arruolati	10	Riduzione T.O. dopo attivazione PDTA (AIR specialisti o accordi aziendali con AFT per la gestione delle patologie croniche secondo le azioni correlate a livello di AFT)	Da valutare
	Adesione PDTA BPCO	La creazione del registro di patologia presuppone la certezza della diagnosi e, quindi, l'attivazione del PDTA.		10		
Piano nazionale vaccini	Vaccinazione antinfluenzale	Identificazione paz. a rischio	n.° pazienti vaccinati	10	n.° pazienti a rischio vaccinati	Da stabilire
	Richiami vaccinazioni	DPT		10		
	Vaccinazione Herpes Zooster			10		
Accessi al pronto soccorso	Riduzioni accessi inappropriati in Pronto Soccorso (Codici Bianchi)	Attivazione Ambulatorio Codici Bianchi nelle AFT	N° codici Bianchi intercettati	20	N° di accessi in Pronto Soccorso di Codici Bianchi	Riduzione del 20%
screening	Colon -retto	Distribuzione kit sangue occulto	n.° di pazienti arruolati	30	n.° di pazienti arruolati	% da raggiungere da stabilire nei vari anni, dopo aver avuto il dato di partenza
	Cervice uterina	Reclutamento popolazione target	n.° di pazienti arruolati		n.° di pazienti arruolati	% da raggiungere da stabilire nei vari anni, dopo aver avuto il dato di partenza
	Carcinoma mammario	Campagne di sensibilizzazione	n.° di pazienti arruolati		n.° di pazienti arruolati	% da raggiungere da stabilire nei vari anni, dopo aver avuto il dato di partenza



FINE

