



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

DELEGAZIONE TRATTANTE MEDICINA GENERALE

VERBALE RIUNIONE DEL 04/03/2024

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

VIA ROMA, 223 CAGLIARI SALA RIUNIONI piano quarto - convocaz. ore 16.00

**PARTECIPANTI PRESENTI**

|    |                           |                |
|----|---------------------------|----------------|
| 1  | Prof. Carlo Doria         | Assessore ARIS |
| 2  | Dott.ssa Francesca Piras  | RAS            |
| 3  | dott. Stefano Piras       | RAS            |
| 4  | dott.ssa Claudia Porcu    | RAS            |
| 5  | dott.ssa Maria Pia Cadinu | RAS            |
| 6  | dott. Giuseppe Cogoni     | RAS            |
| 7  | Dott. Giampaolo Marongiu  | ASL            |
| 8  | dott. Massimo Carboni     | ASL            |
| 9  | dott. Umberto Nevisco     | FIMMG          |
| 10 | dott. Giovanni Barroccu   | FIMMG          |
| 11 | dott. Antonello Desole    | FIMMG          |
| 12 | Dott. Domenico Salvago    | SNAMI          |
| 13 | dott. Edoardo De Pau      | SNAMI          |
| 14 | dott.ssa Angioni Loredana | SNAMI          |
| 15 | dott. Luciano Congiu      | SMI            |
| 16 | dott.ssa Simona Luconi    | SMI            |



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

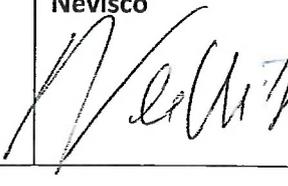
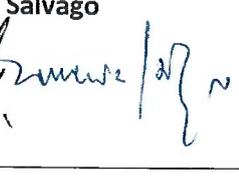
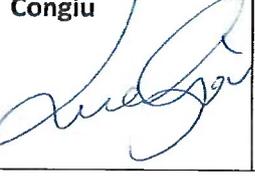
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

|    |                         |      |
|----|-------------------------|------|
| 17 | dott. Piergiorgio Fiori | CISL |
| 18 | Dott. Giovanni Piano    | CISL |

In data odierna le parti hanno condiviso il documento allegato quale piattaforma di base per l'avvio dei lavori propedeutici alla definizione dell'Accordo Integrativo Regionale 2024, correlato all'ACN del 28.04.2022.

Cagliari, 04.03.2024

| L'ASSESSORE   | FIMMG   | SNAMI   | SMI  | CISL MEDICI   |
|---|---|---|--|---|
| On. Prof. Carlo Doria   | Dott. Umberto Nevisco   | Dott. Domenico Salvago  | Dott. Luciano Congiu   | Dott. Piergiorgio Fiori   |
|  |  |  |  |  |

## AIR REGIONE SARDEGNA 2024

### Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale

#### Premessa

Accordo regionale per la Medicina generale in attuazione di quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale del 28 aprile 2022

La programmazione socio-sanitaria. Il percorso di presa in carico del paziente e la cronicità

Le transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali richiedono risposte nuove ai nuovi bisogni di salute, che impongono scenari di assistenza molto diversi rispetto al passato e che necessitano di un sostanziale ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria regionale. Alla luce di questo, la Regione Sardegna intende potenziare la strategicità dei sistemi di assistenza primaria e delle strutture territoriali, per garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute ed assistenza, sviluppando i servizi erogati sul territorio e i sistemi di assistenza primaria, con percorsi di cura e assistenza organizzati all'interno della rete dei servizi anche attraverso la telemedicina.

Le principali direttrici su cui si basa la programmazione socio-sanitaria regionale, e attraverso le quali si sviluppano il "Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024" (PRSS), approvato con la deliberazione di Giunta regionale n. 9/22 del 23.02.2022, ed il successivo "Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del decreto 23 maggio 2022 n. 77", approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 37/24 del 14.12.2022, sono le seguenti:

- implementazione della visione "paziente-centrica" dei servizi socio sanitari;
- riorganizzazione della sanità territoriale e dell'offerta sanitaria proposta all'utente, attraverso lo sviluppo della rete assistenziale basata sulla medicina di prossimità e sulla sanità di iniziativa, che miri a superare le disomogeneità tra le aree territoriali della regione, garantendo a tutti gli assistiti un equo accesso alle prestazioni e ai servizi assistenziali;
- potenziamento del distretto socio-sanitario, punto di riferimento per il cittadino rispetto alla complessità della rete dei servizi;
- potenziamento delle strutture ausiliarie e presidi territoriali del Servizio sanitario regionale, quali le Case della comunità, gli Ospedali di comunità, gli studi dei MMG, promuovendo l'assistenza delle cure domiciliari anche attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie come la domotica, la telemedicina e la digitalizzazione;
- superamento del retaggio di una cultura sanitaria ospedale-centrica, poco orientata all'integrazione dei servizi sulla persona, che qualificava l'ospedale come unico luogo di cura qualificato presente sul territorio.

#### La presa in carico

La presa in carico è diretta alle seguenti fasce di popolazione, differenziate in base ai bisogni di salute:

1. la popolazione sana la quale, pur non manifestando alcun bisogno di salute, è destinataria di interventi di prevenzione e promozione della salute messi in atto dagli attori istituzionali della rete, quali i dipartimenti di prevenzione, le case della comunità, specialmente in relazione alle forme associative dei professionisti delle



cure primarie, i nodi extra sanitari della rete quali la scuola, i comuni, i soggetti del terzo settore. In questo ambito di attività il lavoro della Rete è preventivo e di medio-lungo termine.

2. la popolazione con bisogni prevedibili per la quale, quando il bisogno è correttamente codificato, è possibile non solo programmare gli accessi al sistema sanitario, ma anche anticiparli, realizzando così la transizione dalla medicina di attesa a quella di iniziativa. In questo ambito di lavoro la partecipazione alla rete del SSR si esprime tipicamente attraverso le strutture di base, o di assistenza primaria e quelle di livello specialistico. In questa modalità operativa la rete è proattiva, ha obiettivi di medio-lungo termine e mira alla presa in carico puntuale.

Per quanto riguarda le patologie croniche, il Piano nazionale della cronicità (PNC), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016 e recepito dalla Regione Sardegna con la DGR 36/44 del 31.08.2021, evidenzia che le patologie croniche richiedono un approccio assistenziale diverso dalla gestione dell'acuto, perché necessitano di interventi per periodi di lunga durata e prevedono una forte integrazione tra SSN e servizi sociali: questo comporta la necessità di ricorrere a servizi residenziali e territoriali.

A tal fine uno strumento fondamentale viene identificato nel Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) che deve essere sviluppato in modo tale da prendere in carico il paziente integrando tutti gli attori dell'assistenza: le cure primarie, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, la comunità.

La natura del PDTA, prevalentemente orientata a specifiche patologie, ne evidenzia, tuttavia, alcuni limiti nei pazienti multi-cronici e complessi, su cui le modalità di presa in carico devono necessariamente adattarsi al profilo e al contesto sociale dell'assistito. Sarà pertanto necessaria una valutazione multidimensionale del caso da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVT) distrettuale. La UVT rappresenta infatti l'organismo deputato all'attivazione della rete dei servizi territoriali a seguito della valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni del paziente. Il MMG è un componente di diritto dell'UVT. A seguito della valutazione multidimensionale del caso, l'UVT elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI) che può anche includere uno o più PDTA. Lo strumento di lavoro per i pazienti multi-cronici e complessi in questi casi è pertanto il PAI.

3. la popolazione con bisogni imprevisti, la quale manifesta improvvisamente il proprio bisogno con un accesso al sistema sanitario a seguito di un evento acuto. In questa modalità di attivazione, la rete opera prevalentemente attraverso le Case della comunità e le forme associative dei professionisti delle cure primarie., Solo nei casi ad elevato livello assistenziale, attraverso il Servizio di emergenza urgenza. Per i casi di elevata gravità ed urgenza, l'accesso potrà avvenire tramite il Pronto Soccorso. In quest'ultimo caso il PS effettua la presa in carico inviando il paziente alla struttura specialistica più appropriata, o all'attivazione di un percorso di cura e/o presa in carico da parte dei servizi territoriali al livello più appropriato. L'attivazione della Rete in questa modalità è di natura emergenziale, breve e circoscritta, tesa sostanzialmente a far transitare il paziente verso una delle altre due fasce di popolazione (popolazione sana o quella con bisogni prevedibili).

#### La cronicità

La Delib.G.R. n. 36/44 del 31.08.2021 di recepimento del Piano nazionale della cronicità (PNC) ha demandato al Piano regionale dei servizi sanitari la definizione delle linee di indirizzo per l'attuazione dello stesso. Nel citato Piano regionale sono quindi state definite le seguenti indicazioni operative per la gestione delle cronicità:



- promozione della salute, la prevenzione e la diagnosi precoce: il riferimento è rappresentato dal Piano regionale della prevenzione 2020-2025, adottato con la DGR n. 50/46 del 28.12.2021, che prevede interventi di contrasto della cronicità basati sia su strategie di comunità - dirette a creare reti e alleanze con settori extra sanitari (istituzioni scolastiche, datori di lavoro, enti locali, associazionismo) per promuovere ambienti favorevoli alla salute e contrastare i principali fattori di rischio per le MCNT, secondo l'approccio intersettoriale "Salute in tutte le politiche" promosso dall'OMS e dall'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile - sia su strategie dirette all'individuo, principalmente attraverso interventi di counselling breve, finalizzati alla promozione di comportamenti favorevoli alla salute, e di screening organizzato per l'individuazione precoce di condizioni di rischio individuali e l'invio verso un'adeguata presa in carico sistemica;
- modello di cura centrato sulla persona: nel quale le cure primarie integrano, attraverso i PDTA, gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale sia territoriale che ospedaliera, con eliminazione della discontinuità tra i tre livelli di assistenza (primaria, specialistica ambulatoriale e degenza ospedaliera);
- modello integrato ospedale/territorio: attraverso la creazione di reti multispecialistiche dedicate e l'organizzazione delle dimissioni assistite nel territorio, anche attraverso la disponibilità di strutture intermedie, quali gli Ospedali di comunità ed il coordinamento delle Centrali operative territoriali;
- promozione del setting assistenziale domiciliare: con il mantenimento della persona malata al proprio domicilio attraverso l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata anche con la collaborazione tra professionalità sanitarie e sociali nella realizzazione di progetti unitari derivanti dalla valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni del paziente operati dalla UVT e tramite il supporto della telemedicina.

La gestione della cronicità necessita di un sistema di assistenza continuativa multidimensionale, multidisciplinare e multilivello al fine di realizzare progetti di cura personalizzati a lungo termine che permettano la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita.

#### Il progetto di salute

Il DM n. 77/2022 prevede, tra l'altro, il c.d. "progetto di salute", il quale è definito come uno strumento di programmazione, gestione e verifica, che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione.

Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e piani riabilitativi individuali (PRI) anche attraverso la centrale operativa territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del progetto di salute di ciascun individuo.

Il progetto di salute può essere semplice e complesso, di seguito si indicano le specifiche di ciascuna declinazione, contenute nel DM 77/2022:

Progetto semplice:



- piano di autocura: descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale;
- programma terapeutico: prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - diario nutrizionale;
- portfolio dell'offerta: descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia;
- agenda di follow-up: valutazione degli obiettivi e dei risultati;
- piano delle attività di e-health: schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze; attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale; attività di telemonitoraggio di dispositivi in remote; attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari; attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione;
- progetto di assistenza individuale integrata e piano riabilitativo individuale: eventuale definizione del PAI e qualora necessario del PRI multidisciplinare

#### Progetto complesso:

- piano di autocura: valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale;
- programma terapeutico: prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance; diario nutrizionale;
- portfolio dell'offerta socioassistenziale: descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socioassistenziali connessi alla malattia;
- agenda di follow-up: valutazione degli obiettivi e dei risultati;
- piano delle attività di e-health: schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze; attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale; attività di telemonitoraggio di dispositivi in remote; attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari; attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione;
- progetto di assistenza individuale integrato e piano riabilitativo individuale: definizione del PAI e qualora necessario del PRI multidisciplinare;
- budget di salute: valutazione delle risorse impegnate: cliniche - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti.

#### Il nuovo ruolo del distretto socio-sanitario

Il quadro epidemiologico emergente, caratterizzato da un aumento della popolazione anziana e delle patologie croniche e degenerative, impone una rimodulazione della rete dei servizi territoriali attraverso una rivalutazione delle sue componenti sanitaria e socio-sanitaria, attuando logiche di intervento preventive, precoci e di presa in carico globale dell'assistito.

Il distretto ha un ruolo strategico di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari, nonché centro di riferimento per l'accesso ai servizi erogati sul territorio. In quanto articolazione territoriale dell'Azienda socio-sanitaria locale (ASL), il distretto rappresenta un vero riferimento per il cittadino rispetto alla complessità della rete dei servizi, avendo il fondamentale ruolo di facilitatore dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria e di coordinatore dei servizi, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.




Il sistema di assistenza deve essere in grado di garantire la presa in carico e l'avvio del percorso di cura a prescindere dal luogo e dal momento in cui si manifesta il bisogno. A tal fine, si intende promuovere la "Sanità di iniziativa" quale metodologia di risposta ai principali bisogni di salute, favorendo la presa in carico dell'assistito, a livello territoriale, prima che la patologia insorga o si aggravi e garantendo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello assistenziale. Si promuove pertanto un approccio d'intervento proattivo capace di fornire servizi diversi e personalizzati in base al bisogno di cura.

Per trovare risposte ai propri bisogni di cura, l'assistito accede al servizio sanitario regionale attraverso il MMG/PLS, attraverso i servizi territoriali o distrettuali oppure anche attraverso l'ospedale. A prescindere dalla porta d'accesso al sistema, la programmazione dell'assistenza territoriale deve essere ricondotta al distretto, potenziando la sua funzione di facilitatore dei processi di integrazione tra i diversi nodi della rete dei servizi per assicurare una risposta continua e coordinata ai bisogni della popolazione.

#### Assistenza distrettuale socio-sanitaria

Ambiti territoriali e competenze. Legge regionale di riforma sanitaria n. 24/2020

Gli ambiti territoriali delle aziende socio-sanitarie locali (ASL) di cui alla riforma, corrispondono in fase di prima applicazione, a quelli delle Aree socio-sanitarie locali (ASSL) e, all'interno del territorio regionale, le 8 ASL risultano articolate in 24 distretti socio-sanitari.

Come noto, le ASL assicurano i Livelli essenziali di assistenza nel territorio istituendo ed organizzando i distretti e i dipartimenti territoriali, i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, l'Azienda dell'emergenza-urgenza e il sistema integrato dei servizi alla persona.

Il distretto costituisce un'articolazione dell'azienda sanitaria, che in un definito ambito territoriale governa la domanda sanitaria e organizza l'assistenza primaria erogata dai servizi territoriali. Ai sensi dell'art. 37, comma 5, della citata l.r. 24/2020, il distretto assicura:

- a) "il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- b) la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
- c) la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione del PLUS;
- d) l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
- e) la promozione, anche in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti;
- f) la fruizione, attraverso gli sportelli unici di accesso, dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri;
- g) l'attuazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e riabilitativi adottati dall'azienda".

Punto unico di accesso e unità di valutazione territoriale

Il Punto unico d'accesso (PUA), rappresenta il modello d'assistenza basato sulla presa in carico globale del paziente, frutto del passaggio dal concetto del "curare" a quello del "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto sociale di riferimento. Il PUA è il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere informazioni relative ai servizi territoriali socio-sanitari, quali le prestazioni erogate, le modalità ed i tempi di accesso.



A livello regionale, la l.r. 24/2020 prevede che le Case della comunità garantiscano, tra le altre, la funzione di Sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria (SUA), con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP).

All'interno di ciascuna Casa della comunità, il SUA rappresenta il luogo fisico al quale il cittadino può rivolgersi per trovare risposte ai propri bisogni di salute, in maniera più capillare rispetto al PUA che, sebbene continui ad essere un punto di riferimento importante per l'accesso ai servizi socio-sanitari, risulta meno diffuso sul territorio, essendo l'unico a valenza distrettuale.

Il sistema SUA/PUA individua le priorità socio-assistenziali e indirizza gli ingressi al sistema in funzione della complessità assistenziale, offrendo risposte personalizzate e proporzionali all'intensità di cura e indirizzando l'assistito direttamente verso i servizi sanitari appropriati o, nel caso di bisogno complesso, verso la valutazione multidimensionale in unità operative specializzate (UVT), di cui il MMG è un componente di diritto, le quali garantiscono la presa in carico, l'appropriatezza ed il monitoraggio degli esiti degli inserimenti.

Al fine di trovare risposte ai propri bisogni di salute, l'assistito può rivolgersi, anche tramite una segnalazione dal territorio (MMG/PLS), al SUA presente all'interno di una delle Casa della comunità hub e spoke, presenti capillarmente sul territorio, oppure può rivolgersi al PUA, unico a livello distrettuale.

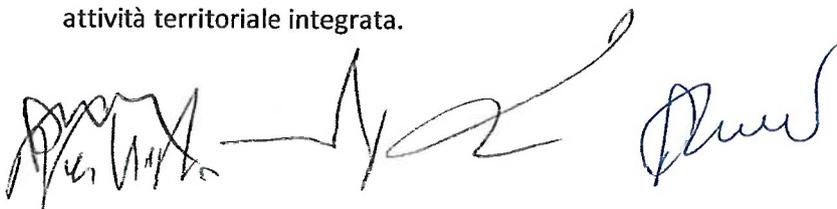
Le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e unità complesse di cure primarie (UCCP)

Le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e unità complesse di cure primarie (UCCP) sono definite nel d.l. n. 158 del 13.09.2012, art. 1, commi 1 e 2. Il decreto ministeriale 23.5.2022, n. 77, inoltre, prevede che "Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali".

Con la deliberazione di Giunta regionale n. 14/14 del 13.04.2023 la Regione Sardegna ha approvato l'"Atto di programmazione per l'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali e modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multi professionali". La programmazione regionale è calibrata, dal punto di vista territoriale, sulla base della ripartizione per ambiti territoriali della medicina generale.

Le AFT e le UCCP erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il servizio sanitario nazionale. Le AFT, essendo aggregazioni monoprofessionali, sono regolate dagli accordi collettivi nazionali di riferimento per i diversi profili professionali del personale convenzionato coinvolto. Rientrano tra i compiti essenziali delle AFT, tra gli altri, l'erogazione a tutti i cittadini che ad esse afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA) e la realizzazione nel territorio della continuità assistenziale. Le Regioni possono integrare compiti, funzioni ed obiettivi delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale.

Le AFT Sono forme organizzative monoprofessionali prive di personalità giuridica, costituite dai medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria. Perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda coerenti con i contenuti dell' ACN attraverso una diffusa e capillare attività territoriale integrata.



Il Comitato aziendale (ACN art.12) definisce l'apposito regolamento che ne disciplina il funzionamento interno.

In relazione alle necessità assistenziali legate alla facilità di accesso ai servizi da parte degli assistiti e alle esigenze organizzative in funzione di obiettivi pre-definiti le, le AFT prevedono una o multisedi, con una di riferimento al fine di poter condividere e perseguire, con i MMG che ne fanno parte, gli obiettivi concordati e loro assegnati.

La sede di riferimento garantisce prioritariamente, attività di coordinamento, condivisione, informazione ed audit in funzione degli obiettivi da raggiungere.

La sede può collocarsi in uno studio appartenente alla AFT prediligendo la sede maggiormente strategica per facilitare l'accesso dei MMG.

Nella sede di riferimento oltre che quella dei singoli studi, i MMG svolgono le attività secondo un modello organizzativo integrato da collaboratori amministrativi ed infermieri.

Il medico di assistenza primaria titolare di incarico nell'ambito territoriale di scelta di riferimento, con più studi dislocati su territori di AFT differenti, opta per la partecipazione alla AFT maggiormente funzionale alla esigenza assistenziale a suo carico.

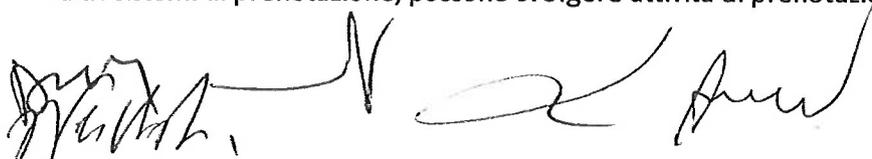
Per potenziare ulteriormente la medicina di prossimità tale organizzazione, nei territori dove non sono già presenti forme associative di medicina di gruppo, si avvale del coordinamento degli studi singoli in sottogruppi di MMG, in funzione delle condizioni orografiche del territorio, secondo le modalità organizzative attuali della medicina di gruppo.

Le AFT concretizzano le attività di cura "perseguendo l'attuazione di attività" di presa in carico e gestione degli assistiti anche attraverso, forme di medicina d'iniziativa nell'ambito di PDTA, o percorsi assistenziali definiti e concordati a livello regionale/aziendale adattati al profilo e al contesto sociale dell'assistito, attività di supporto alle cure quali le prestazioni infermieristiche, di accoglienza della domanda di bisogno di salute anche riferito alle prestazioni socio-sanitarie, riabilitative, di prevenzione, eleggendo uno o più luoghi funzionali all'accesso degli assistiti, favorendone il reclutamento e l'adesione agli obiettivi di cura, privilegiando la prossimità e la vulnerabilità.

Per le funzioni di monitoraggio delle attività, di perseguimento degli obiettivi e/o dei livelli di performance di cui all'art. 29, comma 11, ACN, anche in relazione alle attività di coordinamento e supporto previste per il referente di AFT, i medici componenti della AFT individuano una piattaforma informatico-telematica di AFT adeguata a svolgere le suddette funzioni e quelle di collegamento tra le schede sanitarie degli assistiti per consentire l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici ivi operanti, per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure, nel rispetto della normativa sulla privacy e nella sicurezza sulla gestione dei dati.

La presenza degli altri componenti della organizzazione della AFT, quali collaboratori amministrativi e infermieri, contribuisce a determinare la continuità dell'assistenza di tutta la AFT nel modello fiduciario territoriale, con attività di accoglienza e classificazione delle richieste di intervento, attività infermieristiche e attività di prenotazione e di medicina di iniziativa.

Le AFT, con il supporto di collaboratore di studio con adeguata formazione aziendale all'utilizzo del CUP o di altri sistemi di prenotazione, possono svolgere attività di prenotazione al CUP.



Le attività di prenotazione al CUP, così come il raggiungimento di specifici obiettivi di salute e livelli di performance verranno concordati in ambito regionale e/o aziendale al fine di definirne le modalità operative e le eventuali risorse necessarie.

Le unità complesse di cure primarie (UCCP) rappresentano la forma organizzativa e multiprofessionale che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle aziende sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'azienda sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Operano, inoltre, in continuità con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi. Il citato "Atto di programmazione per l'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali e modalità di partecipazione dei medici", con riferimento alle UCCP dà mandato, in prima applicazione, "alle aziende sanitarie di individuare nelle CdC già previste nel Piano regionale dei servizi sanitari il luogo in cui aggregare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale e assicurare la presa in carico del paziente cronico, tenendo conto delle sperimentazioni di modelli organizzativi eventualmente già presenti. Le UCCP definitive dovranno ricomprendere i MMG, i PLS, gli specialisti/professionisti ambulatoriali ed i professionisti dipendenti sanitari e non sanitari."

I MMG e PLS delle AFT e UCCP collaborano con l'equipe dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA).

#### Le Case della comunità

La citata l.r. 24/2020 ha definito la Casa della salute, declinata in Casa della comunità dalla normativa nazionale, quale struttura ausiliaria territoriale del Servizio sanitario regionale, che raccoglie l'offerta extra-ospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale.

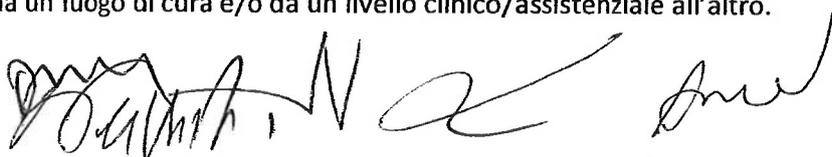
La Casa della comunità (CdC) è una struttura fisica in cui operano i team multidisciplinari e professionali di MMG, PLS, medici specialistici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altri professionisti della salute. Costituisce il punto di riferimento continuativo per la comunità, anche attraverso l'utilizzo di un'infrastruttura informatica e, inoltre, prevede al suo interno un servizio dedicato alla raccolta del bisogno da parte del cittadino (SUA/PUA) per le valutazioni multidimensionali (UVT). I MMG e i PLS possono svolgere le attività ambulatoriali presso le Case della comunità in appositi spazi dedicati, mantenendo comunque la capillarità territoriale dei loro ambulatori.

Al fine di rispondere alle diverse esigenze territoriali e di garantire la capillarità e l'accesso ad un servizio equo sul territorio regionale, la rete assistenziale territoriale prevede che le Case della comunità siano organizzate secondo il modello hub e spoke. Le Case della comunità nelle due accezioni hub e spoke si differenziano per i servizi erogati e costituiscono l'accesso fisico ai servizi di assistenza primaria e di integrazione socio-sanitaria per la comunità di riferimento. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle CdC avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

#### Le Centrali operative territoriali

Elemento cardine dell'organizzazione territoriale è la Centrale operativa territoriale (COT) quale luogo dove si incontrano virtualmente i responsabili dei percorsi/processi assistenziali e dove si raccolgono, classificano e smistano le richieste per indirizzarle verso un'appropriata soluzione.

La COT svolge una funzione di raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a setting assistenziali diversi, supportandoli nella gestione dei processi di transizione da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro.



La COT costituisce pertanto uno strumento organizzativo innovativo e agisce in forte interconnessione con la UVT, in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza (per il tramite del NEA 116117).

La COT offre supporto nella gestione e nell'assistenza delle persone che presentano bisogni sanitari e sociosanitari complessi, garantendo sostegno informativo e logistico e razionalizzando gli interventi grazie ad un più efficace coordinamento e all'implementazione della telemedicina e di tutti gli strumenti informatici e tecnologici necessari. Le COT, infatti, avendo come target specifico soprattutto le persone con cronicità complesse, fragili, non autosufficienti, persone con disabilità, con problemi afferenti alla salute mentale, malattie rare etc., agiscono come supporto alle azioni governate dai MMG e dai PLS per garantire una vera presa in carico e forniscono anche monitoraggio avanzato dei bisogni sanitari, utilizzando informazioni e dati per programmare azioni proattive.

La COT può essere attivata da tutti gli attori del sistema: personale distrettuale e ospedaliero, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale, dai medici specialisti ambulatoriali interni, dagli altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché dal personale delle strutture di ricovero intermedie (Ospedali di comunità), residenziali e semiresidenziali, dai servizi sociali.

#### Ospedali di comunità

L'Ospedale di comunità (OdC), come previsto dalla normativa vigente, svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la fondamentale finalità di evitare i ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei ai bisogni socio-sanitari del paziente e più prossimi al domicilio. L'Ospedale di comunità rappresenta una struttura intermedia tra le Case di comunità e gli ospedali, destinata ai pazienti che necessitano di interventi sanitari a media e bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Sono strutture territoriali a degenza breve, con una durata non superiore ai 30 giorni, rivolte a pazienti con problemi di salute di bassa complessità, che richiedono un'assistenza infermieristica anche notturna e che, per motivi diversi, non possono essere curati al domicilio. Solo in casi eccezionali, e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.

L'Ospedale di comunità opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari ed è necessario prevedere procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale, valorizzando soprattutto la funzione di coordinamento e raccordo delle COT.

#### Unità di continuità assistenziale

L'Unità di continuità assistenziale, nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

Il DM 23.05.2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale) definisce l'Unità di continuità assistenziale (UCA), quale "un'équipe che afferisce al Distretto ed è composta da un medico ed un infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con i MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire



del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale." L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

#### Strumenti a supporto della rete socio-sanitaria territoriale

##### Telemedicina

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. Viene utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Se inclusa in una rete di cure coordinate, la telemedicina contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio sanitario nazionale.

I servizi di telemedicina possono essere svolti in favore di qualsiasi paziente. L'attivazione di un "percorso di telemedicina" potrà avvenire:

- 1) dal setting territoriale: tutti gli attori dell'assistenza territoriale (MMG, PLS, specialista ambulatoriale, ognuno per le proprie competenze) possono individuare e proporre il paziente per il quale l'utilizzo di strumenti di telemedicina sia adeguato e utile, quale supporto nell'assistenza, e possono farlo in modo diretto oppure, qualora necessario, previa valutazione in sede di Unità di valutazione multidimensionale territoriale (UVT), anche avvalendosi della Centrale operativa dell'ADI, e della COT.
- 2) dal setting di ricovero: è il personale della struttura, il medico, in raccordo con il case manager della procedura di dimissione che ravvedono la possibilità di prosecuzione delle cure attraverso interventi domiciliari anche supportati da servizi di telemedicina, in questo caso segnala, attraverso il Punto di accesso unitario dei servizi sanitari (PASS), le proprie indicazioni e proposte al momento della richiesta di presa in carico di dimissione "protetta" alla COT, che provvede all'organizzazione ed attivazione dei servizi e professionisti preposti alla valutazione, ove non già attivati dalla struttura di ricovero, e, in caso positivo, alla successiva garanzia della presa in carico.

Le prestazioni di telemedicina riportate nel decreto 21 settembre 2022 "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina. Requisiti funzionali e livelli di servizio" e declinate a livello regionale nelle "Linee di indirizzo per la definizione del modello regionale per la telemedicina", approvate con deliberazione della Giunta regionale n. 21/25 del 22.06.2023, sono di seguito riportate.

##### Televisita

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver. Tuttavia la televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata il mezzo per condurre la relazione medico-paziente esclusivamente a distanza, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza, il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza.

Il medico è titolato a decidere in che misura l'esame obiettivo a distanza possa essere sufficiente nel caso specifico o se il completamento dello stesso debba essere svolto in presenza. La tele visita si conclude sempre con un referto (ad eccezione dei casi in cui la tele visita sia effettuata dal MMG/PLS) che deve essere inviato al FSE.

#### Teleconsulto

Il teleconsulto è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Può essere utilizzato per la condivisione delle scelte diagnostiche, degli orientamenti prognostici e del trattamento.

Il telemonitoraggio è un'attività sanitaria non necessariamente medica, ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, acui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. È un'attività su richiesta ma sempre programmata e non può essere utilizzata per surrogare le attività di soccorso.

#### Teleassistenza

È un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può, all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini. Lo scopo è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento del paziente.

Le attività di teleassistenza si integrano con il piano di cura, il PAI, Progetto personalizzato e tutti gli altri strumenti, in accordo con la persona assistita, ove possibile, e con la famiglia, oltre che con i referenti o responsabili del caso nel settore socio-sanitario.

#### Telemonitoraggio

Modalità operativa della telemedicina che permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti da applicare).

Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona.

#### Telecontrollo

Modalità operativa della telemedicina che consente il controllo a distanza del paziente. A differenza del telemonitoraggio, prevede delle misurazioni di parametri ad orari o al bisogno del paziente. Il telecontrollo si affianca idealmente al telemonitoraggio: vanno personalizzati sulle esigenze del singolo malato in funzione del quadro clinico complessivo; entrambi devono consentire l'integrazione dei dati, sia derivati da sensori,

sia rilevati dal personale sanitario o segnalati dal paziente o dai caregiver, al fine di renderli disponibili al momento dell'esecuzione di tutti gli atti medici, in presenza o da remoto.

#### Fascicolo sanitario elettronico

Nella riorganizzazione della sanità del territorio, con un modello basato sul distretto, centrato sulla presa in carico, il Fascicolo sanitario (FSE) rappresenta una base informativa affidabile e fondamentale per garantire l'assistenza sanitaria efficace, efficiente e anche più economica. Il (FSE) è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente.

Tutte le informazioni e i documenti che costituiscono il FSE sono resi interoperabili per consentire la sua consultazione e il suo popolamento in tutto il territorio nazionale e non solo nella regione di residenza dell'assistito. Inoltre, l'accesso al FSE da parte dei professionisti sanitari, in special modo in situazioni di emergenza, consente di conoscere tutto ciò che è necessario per intervenire con prontezza e garanzia del risultato.

#### Sistema informativo delle cure primarie

Coerentemente con gli obiettivi dell'Asse VII del POR FESR 2014-2020, la DGR n. 17/14 del 04.04.2017 ha programmato il finanziamento nell'ambito dell'Azione 9.3.8 di un sistema informativo delle cure primarie (SICP), a supporto di un percorso di assistenza sanitaria innovativa, ponendo in essere tutti gli interventi necessari per avviare una sperimentazione per l'integrazione tra i MMG/PLS, specialisti ambulatoriali, le strutture territoriali ed ospedaliere. Il sistema informativo delle cure primarie deve essere introdotto nel sistema informativo sanitario regionale in maniera strettamente integrata con il fascicolo sanitario elettronico, con la rete dei medici di medicina generale, la ricetta dematerializzata, con i sistemi ospedalieri, territoriali, sociosanitari, con il CUP e con l'anagrafica degli assistiti.

La cartella clinica territoriale informatizzata deve permettere l'integrazione tra i diversi nodi della rete compresi quelli ospedalieri, integrazione intesa come un sistema capace di elaborare un piano diagnostico ed assistenziale unitario grazie al supporto della rete che attraverso un unico punto di accesso indirizzi il paziente lungo un percorso delineato e coerente con la diagnosi. L'integrazione e il coordinamento dovranno permettere l'unitarietà del processo di fruizione da parte del paziente al fine di offrire un servizio con un numero minimo di passaggi, di spostamenti e di operatori coinvolti.

#### Centrale operativa 116117

Il Numero europeo armonizzato (NEA) 116117 è il numero unico in Italia e in Europa per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari e concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità. È un importante strumento di comunicazione rivolto a tutti i cittadini, italiani e stranieri, gratuito e senza obbligo di registrazione preventiva. È un numero a chiamata rapida e non necessita di prefisso, disponibile h24 per 7 giorni a settimana e può essere raggiunto da qualsiasi telefono fisso o mobile o apparecchio pubblico. Il servizio offerto dall'attivazione del NEA 116117 permetterà ai cittadini di ricordare un unico numero per avere risposta ai diversi bisogni di salute.

#### **ART. 1 - MASSIMALE E SUE LIMITAZIONI (ART. 38 ACN 28/04/2022)**

Eventuali deroghe al massimale previsto ai sensi dell'art. 38, comma 1 saranno possibili su proposta dell'Azienda, sentito il Comitato aziendale, per un tempo determinato, non superiore comunque a sei mesi e

consentite in relazione a particolari situazioni locali ai sensi dell'art. 48, comma 3, punto 5 della legge n. 733 del 23.12.1978 e ss.mm.ii..

L'innalzamento del massimale fino al limite massimo di 1800 scelte, ai sensi dell'art. 38, comma 2 dell'ACN vigente, può essere previsto dall'Azienda per i medici che operano nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria, con personale di segreteria e infermieri ed eventualmente altro personale sanitario, per assicurare la continuità dell'assistenza, oppure, su base volontaria, esclusivamente in Ambiti territoriali e/o Comuni individuati dalla Regione anche su eventuale indicazione della Azienda sanitaria nei quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza.

#### **ART. 2 - RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE (ART. 32 ACN 28/04/2022)**

In accordo con quanto all'articolo 32 comma 2 dell'ACN del 28.04.2022 il rapporto ottimale, in attesa del completamento organico, negli ambiti territoriali con popolazione superiore a 16000, è elevato del 20%.

#### **ART. 3 PROGETTAZIONE DELLE AFT INTEGRATE A QUOTA ORARIA**

- 1) Ai sensi dell'art. 44, comma 2 e comma 9 e dell'allegato 6, lett. c) dell'ACN vigente, nelle more del completamento organico, sperimentalmente per un periodo di diciotto mesi i medici di assistenza primaria a quota oraria di AFT confinanti, appartenenti allo stesso ambito o all'interno dello stesso distretto, alternandosi nell'orario continuativo di assistenza, **attivano** un servizio di continuità assistenziale H24 7gg/7gg identificando una sede operativa centrale che, per ragioni geomorfologiche viarie e tempo dipendenti territoriali, non deve avere distanza superiore ai 12 chilometri di raggio rispetto alle singole AFT interessate.

Tali sedi, nell'espletamento del loro servizio integrato con quello dei medici di assistenza primaria a ciclo di scelta, sono supportate dall'utilizzo della telemedicina, teleconsulto e tele-assistenza, servizi garantiti e organizzati mediante corsi di formazione specifici. Nella fase sperimentale i servizi informativi di telemedicina, teleconsulto e tele-assistenza verranno forniti gratuitamente da due hub da definirsi con apposito provvedimento della Giunta regionale.

L'organizzazione e attivazione dei servizi informatici sarà a cura delle ASL coordinate da ARES e dalle direzioni generali dei due hub regionali.

L'elenco delle discipline inerenti i servizi offerti dagli hub di telemedicina, teleconsulto e tele-assistenza è riportato nell'allegato 1.

Il nuovo servizio di assistenza primaria integrata a quota oraria, verrà supportato ed integrato dalla presenza di personale infermieristico in turno con il personale medico e da personale amministrativo solo nelle ore diurne. Il personale infermieristico e amministrativo verrà fornito e retribuito dalle rispettive ASL.

Nelle more della completa realizzazione funzionale delle AFT, secondo i criteri sopra enunciati, continuano ad operare tutti i punti guardia preesistenti secondo l'attuale orario vigente purchè non vadano a sovrapporsi a quelli individuati ai sensi del presente articolo.

- 2) Le attività previste dal presente articolo, oltre al riconoscimento economico per le attività integrative, avranno garantito il mantenimento delle risorse economiche impegnate e il rispetto del monte ore già utilizzate e retribuite. Il trattamento economico per l'attività integrata ha un riconoscimento di 9,60 euro per ogni ora prestata nei punti individuati ai sensi del presente articolo.

L'attivazione delle successive sedi di assistenza primaria H24 integrata a quota oraria avverrà in tre fasi temporali distinte (fase 1, fase 2, fase 3) di sei mesi ciascuna.

L'attivazione delle varie fasi successive è preceduta da una validazione dei percorsi e dei risultati ottenuti effettuata da parte del Comitato regionale.

Le sedi da attivare nelle fasi 2 e 3 saranno definite dal suddetto Comitato che avrà il compito di validare i percorsi e i risultati ottenuti.

Come riconoscimento dell'aumento dell'impegno profuso e del complesso delle attività da sviluppare nel contesto descritto, la remunerazione dell'attività erogata dal medico presso le strutture territoriali di cui al presente articolo è pari, oltre ai menzionati euro 9,60 orari, a euro 23,65 per ogni ora di attività, così costituita: quota oraria prevista per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo orario di euro 23,65 (23,39 + 0,26 - articolo 47, comma 3 dell'ACN vigente).

Tale compenso è da corrispondersi a fronte delle attività svolte dal medico in servizio presso tali strutture, nonché le ulteriori attività come di seguito descritte:

- erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria per urgenze a media complessità a tutta la popolazione di ogni fascia di età, in relazione alle patologie più comuni elencate nell'allegato 2 al presente Accordo;
- utilizzo della strumentazione diagnostica di I livello;
- utilizzo degli applicativi di registrazione dell'attività erogata e degli applicativi di telemedicina, teleconsulto e teleassistenza e condivisione, ove possibile, dei dati con i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta del territorio;
- integrazione con la rete degli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta per la copertura h24, in considerazione del percorso di riorganizzazione dell'emergenza-urgenza regionale nonché come previsto all'art. 44, comma 3, lett. c del vigente ACN per la medicina generale.

Il personale medico in servizio presso gli altri punti di continuità assistenziale pre-esistenti al presente Accordo Integrativo Regionale, percepiranno euro 23,65 per ogni ora di attività prevista per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo orario (23,39 + 0,26 - articolo 47, comma 3 dell'ACN vigente) più l'indennità oraria di euro 4,10 a fronte dell'erogazione di prestazioni sanitarie per urgenze a bassa complessità a tutta la popolazione di ogni fascia di età, in relazione alle patologie più comuni elencate nell'allegato 3 al presente accordo.

Al personale di cui al presente articolo, non spetteranno le indennità di rimborso chilometrico e l'indennità aggiuntiva di cui all'art. 11, lett. a) dell'AIR del 28.04.2010.

Le attività svolte saranno oggetto di autocertificazione da parte del professionista e di puntuale controllo da parte delle Aziende sanitarie di competenza. Le Aziende sanitarie assicurano l'attuazione del presente istituto tramite la garanzia dei requisiti tecnici, strutturali e organizzativi necessari e, in particolare, la messa a disposizione di idonea struttura dotata di un sistema informatico in grado di assolvere le funzioni di registrazione delle prestazioni e alimentazione dei flussi, prescrizione di farmaci e accertamenti urgenti, accesso al fascicolo sanitario elettronico, certificazioni e, a regime, condivisione dei dati con i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta del territorio.



In base alla tipologia di prestazioni concordate devono essere presenti le adeguate strumentazioni tecnico-sanitarie (es. eco di base, ecg con tele-refertazione, strumentario per piccola chirurgia, punto analisi decentrato, ecc.).

#### FASE 1

##### ASL 1 – Sassari

###### Sedi H24:

- Bono (afferenza 10.449 assistibili) 1 medico in turno
- Pozzomaggiore (afferenza 12.791 ab.) 1 medico in turno

##### ASL 2 - Gallura

###### Sedi H24:

- Arzachena (afferenza 23.813 assistibili) 1 medico in turno
- Olbia (afferenza 62.896 assistibili) 2 medici in turno

##### ASL 3 - Nuoro

###### Sedi H24:

- Macomer (afferenza 20.187 assistibili) 1 medico in turno
- Posada (afferenza 18.554 assistibili) 1 medico in turno
- Tonara (afferenza 9.191 assistibili) 1 medico in turno

##### ASL 4 - Ogliastra

###### Sedi H24:

- Tortolì (afferenza 17.894 assistibili) 1 medico in turno

##### ASL 5 – Oristano

###### Sedi H24:

- Terralba (afferenza 30.162 assistibili) 1 medico in turno
- Oristano (afferenza 49.796 assistibili) 2 medici in turno

##### ASL 6 – Medio Campidano

###### Sedi H24:

- Guspini (afferenza 51.382 assistibili) 1 medico in turno

##### ASL 7 – Sulcis- Iglesiente

###### Sedi H24:

- Iglesias (afferenza 41.694 assistibili) 2 medici in turno

##### ASL 8 - Cagliari

###### Sedi H24:

- Castiadas (afferenza 18.431 assistibili) 1 medico in turno
- Decimomannu (afferenza 62.702 assistibili) 1 medico in turno



## ART.4 DOMICILIARITÀ

### Premessa

Le cure domiciliari rappresentano uno degli impegni principali e qualificanti dell'attività assistenziale del MMG e precipuamente dei medici del ruolo unico di Assistenza primaria.

Le cure domiciliari - quali percorsi assistenziali costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita - sono dedicate alle persone, stabilmente o temporaneamente, non autosufficienti in condizioni di fragilità, di fatto con incapacità di usufruire autonomamente delle prestazioni ambulatoriali, aventi patologie in atto o esiti delle stesse.

Le cure domiciliari integrandosi e completandosi con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, sono erogate al domicilio del paziente previo consenso (in corso di UVT) e sotto la responsabilità clinica del medico di medicina generale.

Il MMG, oltre che per le cure domiciliari, deve essere convocato ogni qualvolta l'UVT valuti un suo assistito e/o necessiti delle schede di valutazione di sua competenza.

Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Il Distretto comunica ai medici di medicina generale quali attività assistenziali predispose per le cure domiciliari di base, integrate, palliative

### I. Cure domiciliari di livello base

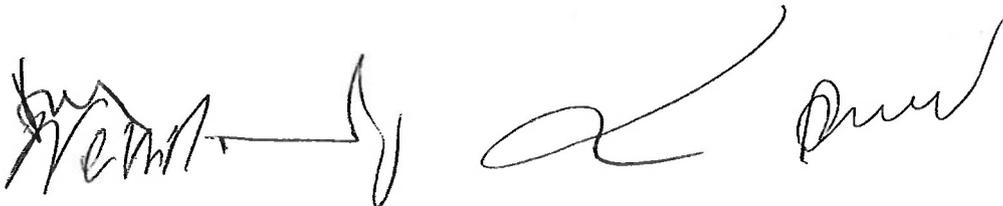
Le cure domiciliari di livello base sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuto nel tempo in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità (bisogno semplice), inoltre sono caratterizzate da un «coefficiente di intensità assistenziale» (CIA) inferiore a 0,14;

Il MMG attiva le cure domiciliari di base e formula le relative richieste telematicamente utilizzando la piattaforma SISAR nelle more della realizzazione dell'interoperabilità col suo gestionale, eventuali dinieghi di attivazione da parte del Distretto devono essere motivate per iscritto e comunicate al medico di medicina generale. Il MMG rendiconta di norma telematicamente l'attività svolta.

L'operatività telematica sarà oggetto di costante monitoraggio e confronto da parte della Regione con le OO.SS. al fine di assicurarne il costante miglioramento attraverso modifiche condivise.

Le cure domiciliari di base comprendono la visita del MMG, il teleconsulto, l'utilizzo della telemedicina, la consulenza del medico specialista, il prelievo ematico, l'esecuzione di altre indagini di laboratorio routinarie, la terapia iniettiva intramuscolare o sottocutanea, la prescrizione di ausili o protesi, l'istruzione all'utilizzo di ausili per la deambulazione, l'educazione del care giver alla corretta mobilizzazione /corretta postura e all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente, l'educazione del care giver all'attività di nursing, l'educazione del care giver alla gestione di enterostomie, deviazioni urinarie, l'educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee, la sostituzione periodica di catetere vescicale, la pratica della FKT.

Attraverso il PI viene indicata la data di avvio e durata delle cure domiciliari di base



La retribuzione comprende

- attivazione: euro 50,00
- accessi: euro 22,00
- eventuali rinnovi e/o proroghe: euro 30,00

## II. Cure domiciliari integrate (ADI)

Le cure domiciliari integrate di I-II- III livello sono costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari complessi

A. cure domiciliari integrate (ADI) di I<sup>a</sup> livello: sono costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale.

B. cure domiciliari integrate (ADI) di II<sup>a</sup> livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico - infermieristico - assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici nonché dei preparati per nutrizione artificiale.

C. cure domiciliari integrate (ADI) di III<sup>a</sup> livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

L'accesso alle cure domiciliari integrate avviene tramite il Punto unico di accesso (PUA), previa valutazione da parte della Unità di valutazione territoriale (UVT) e redazione del Piano assistenziale individuale multiprofessionale.

Il medico del ruolo unico di assistenza primaria, per quanto di sua competenza, tiene aggiornato il diario clinico dei pazienti in cure domiciliari integrate.

Il medico di medicina generale è componente di diritto della UVT, assume la responsabilità clinica dei processi di cura valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia, in tale veste partecipa alla valutazione multidimensionale dell'assistito e alla redazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

I MMG richiedono telematicamente l'attivazione delle cure domiciliari integrate utilizzando la piattaforma SISAR, nelle more della realizzazione dell'interoperabilità coi loro gestionali. Eventuali dinieghi di attivazione da parte del Distretto devono essere motivati per iscritto e comunicate al medico di medicina generale. I



MMG redigono telematicamente le schede di valutazione di loro competenza e tutte le richieste necessarie (farmaci, materiale ecc...) e partecipano in sincrono o meno alla seduta di UVT, che puo' essere anche telematica, per concorrere alla formulazione del PAI multi professionale. Rendicontano di norma telematicamente l'attività svolta.

La validità del PAI deve essere definita temporalmente e rinnovato alla scadenza, in corso di validità si procede se necessario a eventuali variazioni.

La retribuzione comprende:

- nuove attivazioni: euro 100,00
- eventuale rinnovo: euro 60,00
- accessi: euro 22,00

### III. Cure palliative domiciliari

Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

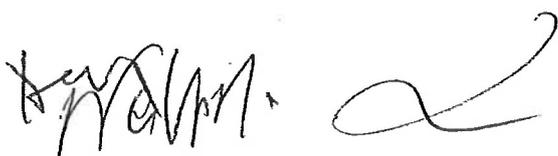
Le cure sono erogate dalle Unità di cure palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 (DPCM LEA e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 (DPCM LEA), nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

- livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera f) della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;
- livello specialistico: è integrato da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale.

Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). La validità del PAI deve essere definita temporalmente e rinnovato alla scadenza, in corso di validità si procede se necessario ad eventuali variazioni.

La retribuzione comprende:

- nuove attivazioni: euro 100,00
- eventuale rinnovo: euro 60,00



Assistenza di tipo semplice: euro 18,00 ad accesso  
Assistenza di tipo complesso: euro 27,00 ad accesso

## Art. 5

Articolo 47, comma 2, lettera B (Quota variabile), numero I

La quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico pari ad euro 3,08 per assistito ed incrementata di euro 1.66 secondo la decorrenza di cui all'articolo 5, comma 1, tabella A1 dello stesso ACN, viene corrisposta ai medici di assistenza primaria del ruolo unico a ciclo di scelta in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione alle seguenti azioni.

### 1. Azione: supporto ai programmi di prevenzione regionale

Obiettivo:

Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato

- tumore della mammella (rivolto alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni),
- tumore della cervice uterina (rivolto alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni)
- tumore del colon retto (rivolto alla popolazione maschile e femminile di età compresa tra i 50 e i 69 anni).

Indicatore:

Numero di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua) \*100

Target: tasso di adesione degli assistibili afferenti all'AFT:

- screening cervicale: tasso di adesione reale  $\geq 30\%$  in tutte le ASL;
- screening coloretale: tasso di adesione reale  $\geq 15\%$  in tutte le ASL;
- screening mammografico:  $\geq 25\%$  in tutte le ASL

Lo standard di adesione reale previsto dal sistema di monitoraggio LEA è pari al 50% per lo screening cervicale e coloretale, e al 60% per lo screening mammografico. Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati nel 2019 (anno pre-pandemia Covid 19) e considerata la regressione delle attività del 2020 causata dalla pandemia, si propone di riportare l'adesione reale in tutte le AFT, come minimo, al livello medio regionale per ciascuno screening registrato nel 2019. Adesione reale al 2019: screening cervicale 29,4%; screening coloretale 14,9%; screening mammografico 25,1%.

L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).

### 2. Azione: medicina di iniziativa: Scompeso cardiaco

Obiettivo:

incrementare la percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco monitorati con esami strumentali

Indicatore:

percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi

Target:

incremento  $> 20\%$  rispetto a valore di partenza o almeno 50% dei pazienti afferenti alla AFT

### 3. Percentuale di anziani over 65 in cure domiciliari

Obiettivo:

incrementare la percentuale di anziani trattati in cure domiciliari di base rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni ed oltre)

Indicatore:

- numeratore: numero di casi anziani (età  $\geq$  65 anni) che ricevono le cure domiciliari di base nell'anno di riferimento;
- denominatore: popolazione residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento, con età superiore o uguale a 65 anni.

Target: incremento  $>$  20% rispetto a valore di partenza o almeno 50% dei pazienti afferenti alla AFT

Articolo 47, comma 2, lettera C (Quota per servizi)

In ragione del coinvolgimento dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta nella M6C1 I1.2.1 del PNRR – Salute, al fine di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni è confermata una quota pari a 22,00 € per accesso.

Articolo 47, comma 2, lettera D (Quota del fondo aziendale dei fattori produttivi)

Il fondo aziendale per i fattori produttivi è costituito dalle indennità e gli incentivi del fondo di cui all'art. 46 dell'ACN 23.03.2005 e ss.mm.ii. per lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'attività dei medici a ciclo di scelta, ad eccezione della quota di cui alla lettera B, punto I dell'art. 47, comma 2 dell'ACN del 2022.

Costituiscono tale fondo i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario, come determinati dall'art. 59, lett. B dell'ACN del 2005, già erogati ai medici alla data di costituzione del fondo stesso. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda.

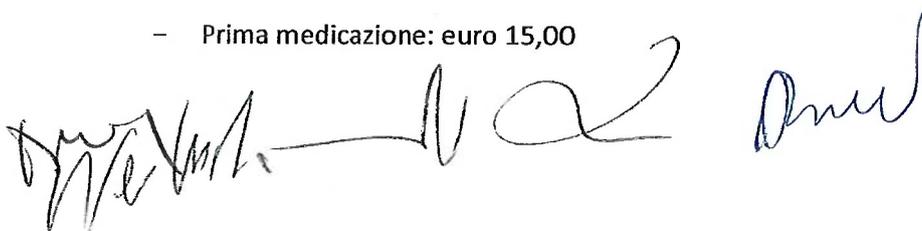
Il fondo, utilizzato prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che già percepiscono i predetti incentivi e indennità, è incrementato delle risorse utili al riconoscimento delle indennità e degli incentivi relativi all'impiego di collaboratore di studio, di personale infermieristico o altro professionista sanitario ai medici a ciclo di scelta che ancora non ne usufruiscono.

Le predette indennità e incentivi sono erogate sulla base di specifici obiettivi organizzativi individuati nel contesto di progetti aziendali da attuarsi nell'ambito della AFT di riferimento, secondo linee di indirizzo regionali da definire in sede di Comitato regionale.

#### ART. 6 RAFFORZAMENTO PRESTAZIONI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE

Le PIP eseguibili dai MMG sono quelle elencate nell'ACN. Le parti convengono che, ai fini di ridurre gli accessi ai pronto soccorso per prestazioni eseguibili dai medici del ruolo unico della medicina generale a ciclo di scelta, sulle seguenti modifiche del nomenclatore tariffario dell'ACN:

- Prima medicazione: euro 15,00



- Sutura di ferita superficiale: euro 10,00
- Cateterismo uretrale nell'uomo: euro 12,00
- Cateterismo uretrale nella donna: euro 5,00
- Fleboclisi (unica eseguibile in urgenza): euro 15,00
- Successive medicazioni: euro 7,50
- Rimozione punti di sutura e medicazione: euro 15,00
- Iniezione gammaglobulina o Vaccinazione antitetanica: euro 7,00
- Rimozione tappo di cerume: euro 10,00
- Iniezione di sostanze chemioterapiche: euro 10,00
- Incisione e drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo comprensivo della prima medicazione: euro 25,00
- Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo comprensivo di prima medicazione: euro 30,00
- Occasionale rilevazione dei valori glicemici su prelievo capillare: euro 2,50
- Occasionale esame urine senza sedimento (combur test): euro 2,50

#### **ART. 7 IL REFERENTE DI AFT**

##### Premessa

Il ruolo del referente di AFT è disciplinato dall'art. 30 dell'ACN del 2022; le parti definiscono come segue gli aspetti demandati agli Accordi integrativi regionali.

##### I. Durata dell'incarico

Dal momento dell'elezione del referente di AFT e del suo sostituto, che avviene secondo modalità definite nel comitato aziendale, la durata del mandato è di un anno. Entro 30 giorni dalla scadenza del mandato vengono quindi indette nuove elezioni.

##### II. Remunerazione

Il referente di AFT riceve una retribuzione mensile pari a euro 400,00.

#### **ART. 8 IL REFERENTE DI UCCP**

##### Premessa

Il ruolo del referente di UCCP è disciplinato dall'art. 10 dell'ACN del 2022; le parti definiscono come segue gli aspetti demandati agli Accordi integrativi regionali.

Si conviene che il numero dei referenti di UCCP sul territorio regionale siano pari a n. 77, corrispondente ad un terzo delle UCCP istituite.

##### I. Durata dell'incarico

Dal momento dell'elezione del referente di UCCP, se MMG, e del suo sostituto, che avviene secondo modalità definite nel comitato aziendale, la durata del mandato è di un anno. Entro 30 giorni dalla scadenza del mandato vengono quindi indette nuove elezioni.

##### II. Remunerazione

Il referente di UCCP riceve una retribuzione mensile pari a euro 500,00.

#### **Norme finali**

##### Norma finale 1

Le organizzazioni sindacali firmatarie dell'AIR e la Regione Sardegna si impegnano ad integrare l'AIR stesso attraverso degli stralci laddove sia necessario per migliorare l'attuale assetto organizzativo delle cure primarie od integrare gli aspetti dell'Accordo Collettivo Nazionale che non siano stati normati nel presente Accordo.

#### Norma finale 2

Le organizzazioni sindacali firmatarie dell'AIR e la Regione Sardegna si impegnano a studiare la possibilità che si possano effettuare prescrizioni SSN da parte degli aventi diritto per sei mesi o altro lungo periodo per le terapie croniche e consolidate.

#### Norma finale 3

Le organizzazioni sindacali firmatarie dell'AIR e la Regione Sardegna si impegnano a normare il funzionamento delle AFT, il ruolo e le mansioni dei medici del ruolo unico a quota di scelta e quota oraria.

#### Norma finale 4

Le organizzazioni sindacali firmatarie dell'AIR e la Regione Sardegna si impegnano a cercare le modalità per estendere la possibilità della dematerializzazione, oltre le prescrizioni dei farmaci, anche quelle delle prestazioni diagnostiche abolendo completamente il cartaceo.

#### Norma finale 5

Le organizzazioni sindacali firmatarie dell'AIR e la Regione Sardegna si impegnano a cercare le modalità perchè gli esami e gli accertamenti diagnostici richiesti ai pazienti possano direttamente essere archiviati nelle cartelle cliniche degli stessi nei loro gestionali di studio.

#### Norma finale 6

Il medico specialista ospedaliero e lo specialista ambulatoriale interno, anche in sede di dimissione del paziente, effettua la prescrizione dei farmaci e degli eventuali approfondimenti diagnostici tramite prescrizione dematerializzata, senza demandare tale atto, al medesimo spettante, al medico di medicina generale.

La certificazione della malattia, altresì, deve essere rilasciata da qualsiasi medico abilitato alla professione nei confronti del paziente che ha visitato ed a cui ha assegnato una prognosi.

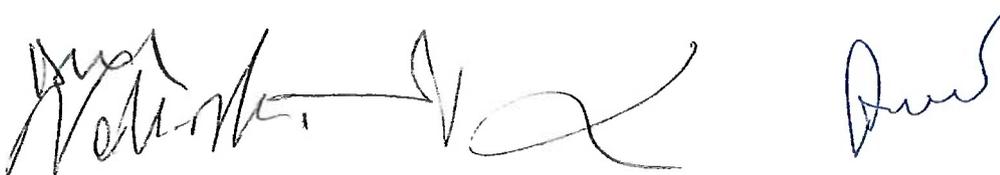
#### Norma finale 7

Si rimanda ad eventuale ed ulteriore AIR per la definizione della regolamentazione delle Cure domiciliari integrate, ciò nelle more della piena messa a regime e funzionalità della piattaforma informatica all'uopo dedicata.

#### Norma finale 8

Eventuali economie possono essere riallocate, nei limiti previsti dall'ACN vigente, previo accordo con le organizzazioni sindacali.

#### Norma finale 9



Le parti si impegnano ad istituire un tavolo permanente di semplificazione e deburocratizzazione con le organizzazioni sindacali.

#### Norma finale 10

Con riferimento alla medicina dell'emergenza sanitaria territoriale, e alla sanità penitenziaria, fino a successiva stipula di accordo integrativo dedicato, sono fatti salvi gli istituti contenuti nell'AIR di cui alla DGR n. 19/9 del 12.05.2010.

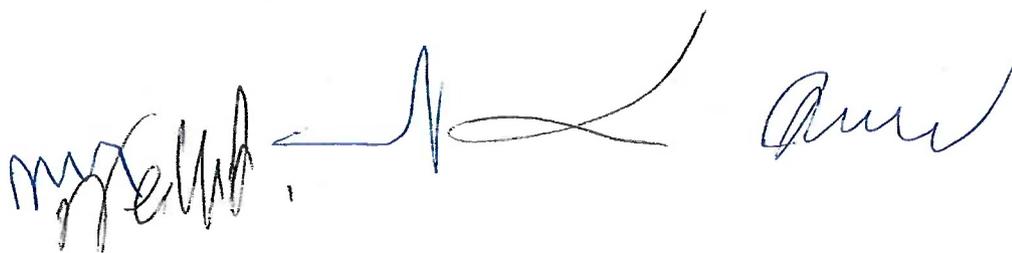
Cagliari, 04.03.2024

Handwritten signatures and initials in black ink. On the left, there is a signature that appears to be 'M. ...'. To its right is a large checkmark. Further right is another signature, and on the far right is a set of initials 'P. ...'.

## ALLEGATO 1

### ELENCO DISCIPLINE PER CONSULENZE TELEMEDICINA:

- Cardiologia
- Pneumologia
- Medicina Interna
- Malattie Infettive
- Oncologia
- Ematologia
- Ortopedia
- Neurologia
- Ginecologia
- Pediatria
- Otorinolaringoiatria
- Chirurgia generale
- Urologia
- Dermatologia
- Gastroenterologia
- Oculistica
- Psichiatria
- Nefrologia

Handwritten signature and a stylized graphic element resembling a pulse line.

## ALLEGATO 2

**DISTURBI CLINICI** che possono essere classificati a media complessità in funzione di due criteri:

1. **Disturbo clinico ingravescente**
2. **Dolore scarsamente rispondente agli analgesici ad uso domiciliare.**

- **lesioni o dolori agli arti**
- **eritemi**
- **punture da insetti**
- **lievi traumatismi**
- **ferite superficiali**
- **irritazioni cutanee**
- **dolori articolari o muscolari**
- **coliche**
- **sintomi influenzali**
- **tumefazioni**
- **richiesta di counselling su terapie e prescrizioni**
- **medicazioni e altre prestazioni infermieristiche**
- **disturbi cardiologici (aritmie, dolore toracico, lipotimie, disturbi pressori)**
- **disturbi neurologici (cefalea, diplopia, disturbi del linguaggio, disturbi della locomozione, paresi)**
- **Dolore addominale di lieve entità con sintomi gastroenterici, nausea e vomito e sindromi gastroenteriche minori, diarrea acuta non ematica**
- **Febbre >38°**
- **Acutizzazione di stati ansiosi**
- **Disturbi anorettali (es. pazienti con problematiche emorroidarie, ragadi, etc..)**
- **Vertigini di lieve entità**
- **Paziente con sintomatologia da calcolosi urinaria nota**
- **Lombalgia ingravescente con segni radicolari arti inferiori**
- **Infezioni del tratto urinario inferiore/difficoltà alla minzione,**
- **Medicazioni e rimozioni punti (turisti/studenti fuori sede/no MMG o PLS)**
- **Variazione parametri glicemici**



### ALLEGATO 3

**DISTURBI CLINICI** che possono essere classificati a bassa complessità in funzione di tre criteri:

1. **paziente non critico;**
2. **patologia non urgente e differibile;**
3. **presenza di percorsi sanitari alternativi (medici di famiglia, pediatri di libera scelta);**

**Elenco dei DISTURBI CLINICI** che rispondono ai criteri sopra descritti:

- **disturbi dermatologici (eritema solare, punture di insetto, verruche, infezioni cutanee localizzate, prurito)**
- **mal di gola**
- **tosse**
- **raffreddore**
- **rinite allergica**
- **diarrea**
- **disturbi dell'orecchio lievi (otalgia, acufeni, vertigine)**
- **congiuntiviti**
- **dolori articolari**
- **gingiviti, stomatiti**
- **dolore dentario**
- **ipertensione arteriosa non complicata**
- **bruciori urinari**
- **febbre (< 38 C)**
- **linfadenopatie**
- **rachialgia (cervicale, dorsale e lombare) senza segni neurologici periferici/piramidali**

