



AIR CAMPANIA 2025

PREMESSA

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

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

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

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

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



LA SANITÀ DI INIZIATIVA PER LA PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

- Aree con numero di abitanti inferiore a 7.000.

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

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

B) RISORSE OMOGENEE PER MODELLI DI PARTECIPAZIONE ALLE AAFFTT

Il presente AIR₇ determina un'indennità per i MMG - Assistenza Primaria e/o ruolo unico - relativa alla partecipazione a tutte le attività presso la sede unica di AFT per un corrispettivo di € 6,00/ assistito annuo (cfr. art. 1, comma 1).

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

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

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



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

Rivalutazione della quota art. 47 lettera A comma V;

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

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

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

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

ART 2

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

Organizzazione delle AAFFTT nei diversi modelli.

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

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

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

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

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

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

[Area containing multiple handwritten signatures and initials in black ink.]



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

NORME FINALI

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

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

ART. 3.

NORME PER LA CITTA' DI NAPOLI

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

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

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

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

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



NORME AGGIUNTIVE PER LA CITTA' DI NAPOLI

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

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

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

ART 4

EX ART 38 MASSIMALE

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

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

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

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



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

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

Possono avvalersi:

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

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

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

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

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



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

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

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

Perseguimento di attività Diagnostiche e di prevenzione delle AA FF TT

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

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

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

ART 6

RISORSE ECONOMICHE

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

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



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

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

Compenso mensile del Referente

€ 1000 al mese per 12 mesi.

ART 8

TUTOR DI MEDICINA GENERALE

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

Confermato compenso mensile per il tutor.

ART 9

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

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

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

ADP

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

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

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



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

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

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

ART 11

COMPONENTI UCAD

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

ART 12

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

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

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



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

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

ART. 15

MEDICI IN FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

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

CAPO III

ART 16

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

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

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

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

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



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

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

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

Strumenti per il reclutamento e l'invito

- ☐ Viene utilizzata la Piattaforma Regionale "Sinfonia".

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

Il primo biennio decorre dal 1° gennaio 2026

SCREENING

COLON RETTO

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

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



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

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

Strumenti per il reclutamento e l'invito

- ☐ Viene utilizzata la Piattaforma Regionale "Sinfonia".

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

Il primo biennio decorre dal 1° gennaio 2026

SCREENING

K CERVICE UTERINA

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

*quota per ogni screening effettuato.

ART 19

VACCINAZIONI

Compensi

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

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

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



ART 21

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

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

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

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

CAPO VII

ART. 22

ACCORDO STRALCIO PER LA SANITÀ PENITENZIARIA

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

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

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



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

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

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

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



- gestione autonoma di pazienti tossico-alcolodipendenti, dal punto di vista assistenziale e farmacologico (farmaci sostitutivi oppiacei), in caso di assenza temporanea del personale medico del Ser.D;
- gestione del paziente nel post-operatorio, previo nulla osta d'accettazione del medico Responsabile dell'istituto, con valutazione dei parametri vitali ed eventuale gestione delle medicazioni e dei presidi chirurgici attuati (cateteri, sonde, stomie);
- gestione del paziente con disagio o disturbo psichico, in caso di assenza temporanea dello specialista, mediante osservazione sanitaria e applicazione di specifici protocolli condivisi, fermo restando che al medico deve essere garantita un'assistenza da remoto da parte del Dipartimento Salute Mentale;
- studi di prevenzione delle malattie infettive su tutta la popolazione detenuta mediante effettuazione di esami specifici ed implementazione terapeutica;
- partecipazione attiva alla telemedicina;
- valutazione degli eventi critici mediante Alert Report (Audit);
- prestazioni di prevenzione primaria all'interno del Presidio (vaccinazioni e screening anche al personale dell'amministrazione penitenziaria non residente);
- utilizzo di strumenti informatici e di registrazione di informazioni cliniche ex DGRC n. 18/2021 e 520/2023 e ss.mm.ii.;
- raccolta dati per l'utilizzo ai fini statistici in risposta ai debiti informativi;
- collaborazione nella corretta gestione delle risorse (budget aziendale);
- concorso alle attività di riduzione del rischio suicidario di cui ai vigenti Piani nazionale e regionale, attraverso il colloquio di valutazione del rischio all'ingresso e, periodicamente, registrando le informazioni nella scheda di screening regionale (DGRC n. 134/2018 e ss.mm.ii.) partecipando alle attività anche progettuali realizzate per la specifica finalità;
- informatizzazione della cartella clinica e della documentazione sanitaria in attuazione della DGRC n. 18/2021 e ss.mm.ii., compresa l'implementazione della gestione informatizzata di specifiche attività indicate dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria (in particolare, richiesta e rilascio certificazioni, dati socio-anagrafici d'ingresso, prevenzione promozione e protezione della salute) di cui alla DGRC n. 520/2023 e ss.mm.ii.;
- redazione e rilascio delle certificazioni proprie dell'ambito penitenziario come definite con la DGRC n. 520/2023 e ss.mm.ii., nel rispetto della procedura informatica di cui alla DGRC n. 18/2021 e ss.mm.ii. (tra cui, la certificazione dell'infortunio sul lavoro dei detenuti su modulo INAIL; la certificazione dello stato di malattia del lavoratore detenuto; la relazione sanitaria indirizzata al medico curante per i singoli detenuti in carico al momento della loro scarcerazione o al



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

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

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

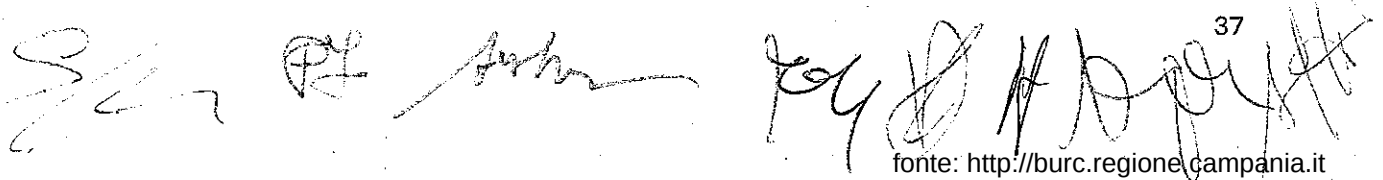
Ferme restando le competenze delle aziende di cui all'art. 71, dell'ACN, il medico Responsabile, accettato formalmente l'incarico, ha il compito di:

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

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

il Responsabile dovrà espressamente accettare l'incarico ed essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;

l'incarico ha una durata minima triennale, con possibilità di rinnovo dopo esito positivo





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

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

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

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

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

ART. 4

INDENNITA' DI PRESTAZIONI MEDICO LEGALI ALLA POLIZIA PENITENZIARIA

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

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

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



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

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

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

Regionale.

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

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

ART. 6

ATTRIBUZIONE DI NUOVI INCARICHI

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



tempo indeterminato.

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

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

NORMA FINALE

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

NORME FINALI

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

03/10/2025

45/45

FIMMG

DOTT LUIGI SPARANO



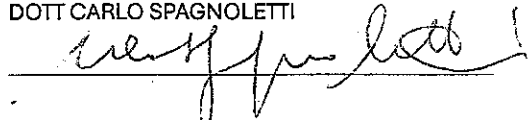
CISL MEDICI

DOTT PASQUALE MARIO SPERANZA



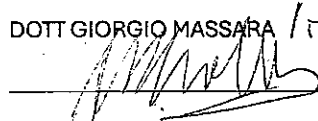
FMT

DOTT CARLO SPAGNOLETTI



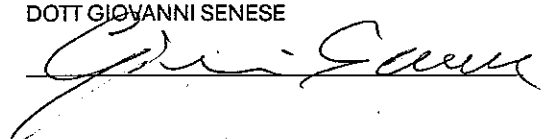
SNAMI

DOTT GIORGIO MASSARA / DOTT. ANTONIO IEROLA

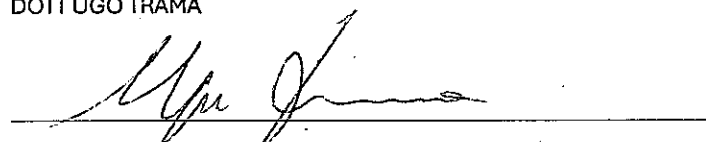
 07/10/2025

SMI

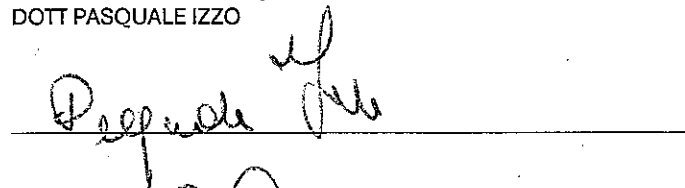
DOTT GIOVANNI SENESE



DOTT UGO TRAMA



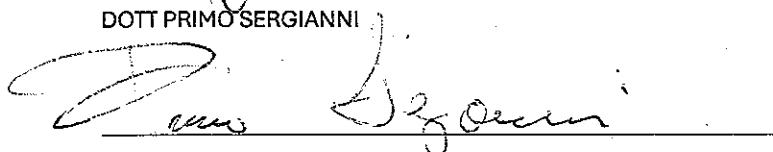
DOTT PASQUALE IZZO



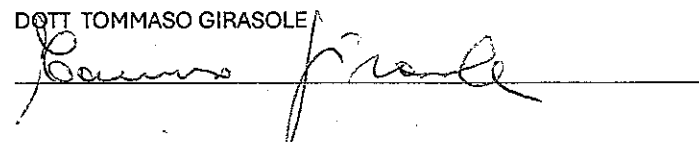
DOTT BIANCA CORDIONE



DOTT PRIMO SERGIANNI



DOTT TOMMASO GIRASOLE



ALLEGATO 1

SCHEDA ORARIA di SEDE UNICA

ASL _____

AFT MEDICINA GENERALE _____ DSB _____

Referente _____

Orario della sede unica

- Sede di Aree con numero superiore di 25.000 abitanti
(minimo 4/5 medici in sede e partecipazione degli altri medici appartenenti alla AFT)
- Sede di Aree con numero inferiore a 25.000 abitanti
(minimo 2/3 medici in sede e partecipazione degli altri medici appartenenti alla AFT)
- Sede di Aree con numero fino a 7000 abitanti
(la somma oraria degli studi presenti nella AFT determina la copertura oraria di almeno 10 ore tra le 8 e le 20)

ora	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì
08-09	Nominativo del Medico presente nella sede di AFT	Nominativo del Medico presente nella sede di AFT	Nominativo del Medico presente nella sede di AFT	Nominativo del Medico presente nella sede di AFT	Nominativo del Medico presente nella sede di AFT
09-10					
10-11					
11-12					
12-13					
13-14					
14-15					
15-16					
16-17					
17-18					
18-19					



18-19					
19-20					

Sono riportate le settimane di un mese

ORARIO DELLA RETE DEGLI STUDI APPARTENENTI ALLA AFT

ora	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì
08-09	Medici della AFT presenti con il proprio orario di studio	Medici della AFT presenti con il proprio orario di studio	Medici della AFT presenti con il proprio orario di studio	Medici della AFT presenti con il proprio orario di studio	Medici della AFT presenti con il proprio orario di studio
09-10	"	"	"	"	"
10-11	"	"	"	"	"
11-12	"	"	"	"	"
12-13	"	"	"	"	"
13-14	"	"	"	"	"
14-15	"	"	"	"	"
15-16	"	"	"	"	"
16-17	"	"	"	"	"
17-18	"	"	"	"	"
18-19	"	"	"	"	"
19-20	"	"	"	"	"

È riportata la settimana tipo composta dall'apertura oraria dei singoli medici nei propri studi

Sono definiti in ambito del Comitato art 12 altri modelli di organizzazione con condizioni specifiche legate a difficoltà di nel cui territorio sono presenti, frazioni e/o contrade a popolazione sparsa e viabilità disagiata

Il Referente di AFT



Ambiti territoriali di Assistenza Primaria
Divisi per aree territoriali

ASL AVELLINO		
DISTRETTO SANITARIO	AMBITO	COMUNE
Distretto Sanitario n. 4 Avellino <u>Medico di prossimità singolo.</u> <u>in aree a bassa densità</u> <u>abitativa</u>	1	Altavilla Irpina Capriglia Irpina Cervinara Chianche Grottolella Montefredane Petraro Irpino Petrastornina Prata di Principato Ultra Pratola Serra Roccabascerana Rotondi San Martino Valle Caudina Torreioni Tufo
Distretto Sanitario n. 6 Baiano	2	Avella Baiano Domicella Lauro Marzano di Nola Moschiano Mugnano del Cardinale Pago del Vallo di Lauro Quadrelle Quindici Sirignano Sperone Taurano
Distretto Sanitario n. 3 Sant'Angelo dei Lombardi	3	Bagnoli Irpino Cassano Irpino Castelfranci Guardia Lombardi Montella Morra De Sanctis Nusco Rocca San Felice Sant'Angelo dei Lombardi Forella dei Lombardi Villamaina

ASL AVELLINO		
DISTRETTO SANITARIO	AMBITO	COMUNE
Distretto Sanitario n. 5 Atripalda <u>Medico di prossimità singolo,</u> <u>in aree a bassa</u> <u>densità abitativa</u>	9	Candida Lapio Manocalzati Montefalcione Montefusco Montemiletto Pietraderusi San Mango sul Calore San Potito Ultra Santa Paolina Torre Le Nocelle Venticano
		Bonito Fontanarosa Frigento Gesualdo Grottaminarda Luogosano Mirabella Eclano Paternopoli Sant'Angelo all'Esca Sturno Taurasi
Distretto Sanitario n. 1 Ariano Irpino <u>Medico di prossimità singolo,</u> <u>in aree a bassa</u> <u>densità abitativa</u>	11	Ariano Irpino** Casalbore Greci Melito Irpino Montaguto Montecalvo Irpino Savignano Irpino
	12	Carife Castel Baronia Flumeri San Nicola Baronia San Sossio Baronia Scampitella Trevico Vallata Vallesaccarda Villanova del Barbone Zungoli

ASL BENEVENTO		
DISTRETTO SANITARIO	AMBITO	COMUNE
Distretto Sanitario n. 10 Teleso Terme	Teleso Terme	Teleso Terme Amorosi Castelvenere Cerreto Sannita Cusano Mutri Dugenta Faicchio Guardia Sanframondi Limatola Melizzano Paupisi Pietraroja Puglianello San Lorenzello San Lorenzo Maggiore San Lupo San Salvatore Telesino Solopaca
Distretto Sanitario n. 11 Alto Sannio Fortore	San Giorgio La Molara	Castelfranco in Miscano Ginestra Degli Schiavoni Montefalcone di Val Fortore San Giorgio la Molara Molinara
	San Bartolomeo in Galdo	Foiano di Val Fortore Baselice Castelvotere in Val Fortore San Bartolomeo in Galdo
	Morcone	Morcone Sassinoro Santa Croce del Sannio Circello
	San Marco dei Cavoti	Reino Colle Sannita Castelpagano San Marco dei Cavoti
	Pontelandolfo	Campolattaro Casalduni Fragneto Monforte Fragneto l'Abate Pontelandolfo

ASL CASERTA		
DISTRETTO SANITARIO	AMBITO	COMUNI
Distretto Sanitario n. 15 Piedimonte	4	Liberi Castel di Sasso Formicola Piana di Monte Verna Pontelatone
	5	Caiazzo Alvignano Castel Campagnano Ruviano
	6	Pietramelara Riardo Roccaromana
Distretto Sanitario n. 16 Marcianise	1	Capodrise**
	2	Macerata Campania**
	3	Marcianise*
	4	Portico di Caserta
	5	Recale
	6	San Marco Evangelista
Distretto Sanitario n. 17 Aversa	1	Aversa*
Distretto Sanitario n. 18 Succivo	1	Carinaro
	2	Casaluce
	3	Cesa
	4	Gricignano di Aversa**
	5	Orta di Atella**
	6	Sant'Arpino**
	7	Succivo
	8	Teverola**
Distretto Sanitario n. 19 Lusciano	1	Frignano Villa di Briano
	2	Lusciano**
	3	Parete**
	4	San Marcellino**
	5	Trentola-Ducenta**
Distretto Sanitario n. 20 Casal di Principe	1	Casal di Principe**
	2	Casapesenna
	3	San Cipriano D'Aversa**
	4	Villa Literno**
Distretto Sanitario n. 21 Santa Maria Capua Vetere	1	Casapulla
	2	Curti
	3	Grazzanise Santa Maria la Fossa
	4	Santa Maria Capua Vetere
	5	San Tammaro San Pietro

ASL NAPOLI 2 NORD		
DISTRETTO SANITARIO	AMBITO	COMUNI
Distretto Sanitario n. 35	Ambito	Bacoli**
	Ambito	Monte di Procida**
	Ambito	Pozzuoli*
Distretto Sanitario n. 36	Ambito	Barano d'Ischia Serrara Fontana
	Ambito	Casamicciola Terme Lacco Ameno
	Ambito	Forio**
	Ambito	Ischia**
	Ambito	Procida**
Distretto Sanitario n. 37	Ambito	Giugliano in Campania*
Distretto Sanitario n. 38	Ambito	Marano di Napoli*
	Ambito	Quarto*
Distretto Sanitario n. 39	Ambito	Calvizzano**
	Ambito	Qualiano**
	Ambito	Villaricca*
Distretto Sanitario n. 40	Ambito	Melito di Napoli*
	Ambito	Mugnano di Napoli*
Distretto Sanitario n. 41	Ambito	Casandrino**
	Ambito	Frattamaggiore*
	Ambito	Frattaminore**
	Ambito	Grumo Nevano**
	Ambito	Sant'Antimo*
Distretto Sanitario n. 42	Ambito	Arzano*
	Ambito	Casavatore**
Distretto Sanitario n. 43	Ambito	Casoria*
Distretto Sanitario n. 44	Ambito	Afragola*
Distretto Sanitario n. 45	Ambito	Caivano*
	Ambito	Cardito**
	Ambito	Crispano**
Distretto Sanitario n. 46	Ambito	Acerra**
Distretto Sanitario n. 47	Ambito	Casalnuovo di Napoli*

ASL NAPOLI 3 SUD		
DISTRETTO SANITARIO	AMBITO	COMUNI
Distretto Sanitario n. 58	Ambito	Pompei**
	Ambito	Gragnano**
	Ambito	Sant'Antonio Abate**
	Ambito	Santa Maria la Carità**
	Ambito	Agerola
	Ambito	Pimonte
	Ambito	Casola di Napoli Lettere
Distretto Sanitario n. 59	Ambito	Sorrento**
	Ambito	Massa Lubrense**
	Ambito	Meta**
	Ambito	Piano di Sorrento**
	Ambito	Sant'Agnello
	Ambito	Vico Equense**

ASL SALERNO		
DISTRETTO SANITARIO	AMBITO	COMUNE
Distretto Sanitario n. 65 Battipaglia	Battipaglia	Battipaglia*
	Bellizzi	Bellizzi**
	Olevano sul Tusciano	Olevano sul Tusciano
Distretto Sanitario n. 66 Salerno	Salerno +1	Salerno* Pellezzano*
Distretto Sanitario n. 67 Mercato San Severino	Mercato San Severino +5	Mercato San Severino** Baronissi** Bracigliano Calvanico** Fisciano** Siano
Distretto Sanitario n. 68 Giffoni Valle Piana	Giffoni Valle Piana +1	Giffoni Valle Piana** Giffoni Sci Casali
	Montecorvino Pugliano	Montecorvino Pugliano**
	Montecorvino Rovella +1	Montecorvino Rovella** Acerno
	Pontecagnano Faiano	Pontecagnano Faiano**
	San Cipriano Picentino +2	San Cipriano Picentino Castiglione del Genovesi San Mango Piemonte
Distretto Sanitario n. 69 Capaccio- Roccamare	Castelcivita +5	Castelcivita Aquara Controne Corleto Monforte Ottati Sant'Angelo a Fasanelle
	Capaccio Paestum +4	Capaccio Paestum** Albanella Giungano Monteforte Cilento Trentinara
	Roccamare +2	Roccamare Castel San Lorenzo Felitto
	Laurino +5	Laurino Bellosguardo Piaggine Roscigno Sacco Valle dell'Angelo

ASL SALERNO		
DISTRETTO SANITARIO	AMBITO	COMUNE
Distretto Sanitario n. 71 Sapri	Sapri +13	Sapri Alfano Casaletto Spartano Caselle in Pittari Ispani Morigerati Roccagloriosa Rofrano San Giovanni a Piro Santa Marina Torraca Torre Orsaia Tortorella Vibonati
	Camerota +2	Camerota Celle di Bulgheria Centola
Distretto Sanitario n. 72 Sala Consilina	Sala Consilina +18	Sala Consilina** Atena Lucana Auletta Buonabitacolo Caggiano Casalbuono Monte San Giacomo Montesano sulla Marcellana Padula Pertosa Petina Polla Salvitelle San Pietro al Tanagro San Rufo Sant'Arsenio Sanza Sassano Teggiano

