

ACCORDO PER L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) E DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

Introduzione

L'accordo Collettivo Nazionale (ACN) dei medici di medicina generale del 23/03/2005 e s.m.i., all'art.4 prevede che gli accordi regionali di cui al D.Lgs. n.502/92 e, s.m.i. definiscono le attività svolte dai medici di medicina generale.

L'art.26 bis dello stesso A.C.N. prevede, che la Regione con la partecipazione delle OO.SS. firmatarie dello stesso A.C.N., individui le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) sulla base di criteri definiti dallo stesso art. 26 bis.

Il Comitato Regionale dei medici di medicina generale, nella seduta del 24/07/2017, con la partecipazione delle OO.SS. di categoria ha approvato il nuovo assetto organizzativo della medicina territoriale prevedendo la istituzione, da parte delle Aziende UU.SS.LL., delle nuove forme organizzative della medicina generale denominate Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) per la quale è prevista la forte e decisa integrazione della continuità assistenziale all'interno di dette nuove forme organizzative.

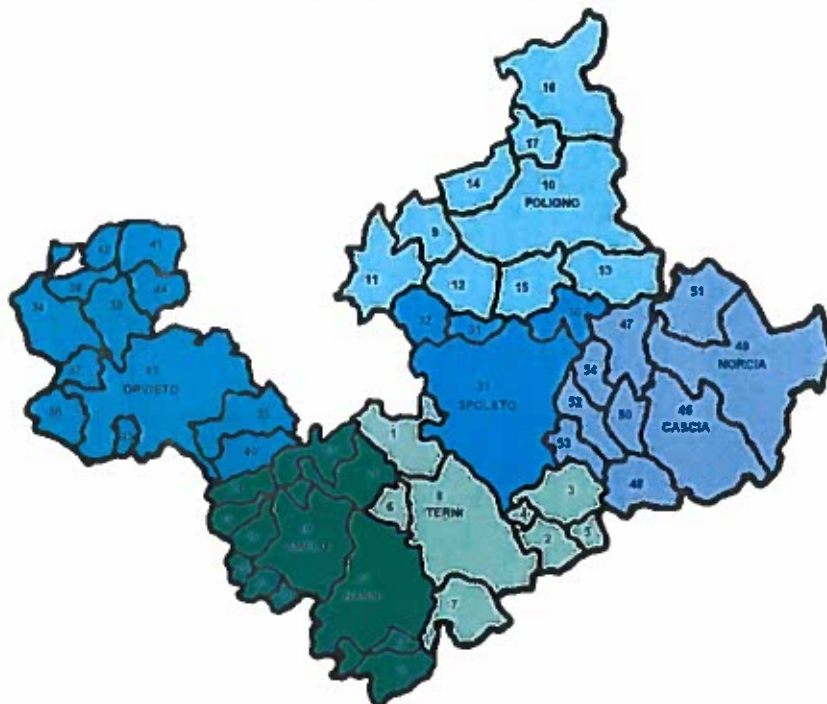
L'Azienda USL Umbria 2 ha elaborato la presente proposta di individuazione delle AFT sulla base delle indicazioni contenute nell'AIR, e sulla quale il comitato per la MG di cui all'art 23 dell'ACN.

L'AFT, dalla data della sua istituzione, può ricomprendere le forme associative di cui all'art. 54, comma 3; i medici che ne fanno parte saranno comunque tenuti al rispetto dei compiti previsti per le forme associative dalla normativa nazionale e regionale vigente e mantengono lo stato giuridico organizzativo.



Territorio e Popolazione

L'Azienda Unita Sanitaria Locale Umbria n.2 opera su un territorio composto da 54 Comuni, con una superficie complessiva di 4.152 Km², con una densità media di 93,02 abitanti per Km². 1



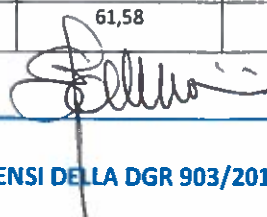
La popolazione complessiva assistita dall'Azienda Umbria n.2 è pari a 384.753 abitanti. (al 1.1.2017)

	COMUNE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	SUPERFICIE (Km ²)	DENSITÀ (per Km ²)
1	Acquasparta	2.283	2.443	4.726	79,58	59,39
2	Arrone	1.332	1.415	2.747	40,98	67,03
3	Ferentillo	949	956	1.905	69,00	27,61
4	Montefranco	635	649	1.284	10,13	126,75
5	Polino	125	117	242	19,46	12,44
6	San Gemini	2.419	2.599	5.018	27,58	181,94
7	Stroncone	2.406	2.472	4.878	71,38	68,34
8	Terni	52.478	58.977	111.455	211,90	525,98
	Distretto di Terni	62.627	69.628	132.255	530,01	249,53
9	Bevagna	2.493	2.575	5.068	56,16	90,24
10	Foligno	27.078	30.086	57.164	263,77	216,72
11	Gualdo Cattaneo	3.042	3.023	6.065	96,79	62,66
12	Montefalco	2.760	2.866	5.626	69,34	81,14
13	Sellano	525	546	1.071	85,54	12,52
14	Spello	4.102	4.477	8.579	61,31	139,93

Handwritten signatures and initials:
 - Top right: A large signature, possibly "C. Bellotti".
 - Middle right: A signature, possibly "P".
 - Bottom right: A signature, possibly "P".
 - Bottom center: A signature, possibly "S. Bellotti".
 - Bottom center: A signature, possibly "D".

¹ (Fonte: dati Istat all' 01/01/2017)

15	Trevi	4.050	4.322	8.372	71,16	117,65
16	Nocera Umbra	2.813	2.963	5.776	157,19	36,75
17	Valtopina	685	713	1.398	40,51	34,51
	Distretto di Foligno	47.548	51.571	99.119	901,77	109,92
18	Alviano	694	772	1.466	23,81	61,57
19	Amelia	5.788	6.104	11.892	132,55	89,72
20	Attigliano	980	1.012	1.992	10,45	190,62
21	Calvi dell'Umbria	878	952	1.830	45,75	40,00
22	Giove	914	989	1.903	15,19	125,28
23	Guardea	894	935	1.829	39,30	46,54
24	Lugnano in Teverina	741	723	1.464	29,68	49,33
25	Montecastrilli	2.486	2.563	5.049	62,43	80,87
26	Narni	9.376	10.167	19.543	197,86	98,77
27	Otricoli	911	953	1.864	27,27	68,35
28	Penna in Teverina	523	571	1.094	9,97	109,73
29	Avigliano Umbro	1.263	1.261	2.524	51,32	49,18
	Distretto di Narni-Amelia	25.448	27.002	52.450	645,58	81,24
30	Campello sul Clitunno	1.184	1.225	2.409	49,82	48,35
31	Castel Ritaldi	1.604	1.681	3.285	22,53	145,81
32	Giano dell'Umbria	1.949	1.927	3.876	44,43	87,24
33	Spoletto	18.379	19.656	38.035	349,63	108,79
	Distretto di Spoleto	23.116	24.489	47.605	466,41	102,07
34	Allerona	857	908	1.765	82,21	21,47
35	Baschi	1.328	1.378	2.706	68,31	39,61
36	Castel Giorgio	990	1.134	2.124	42,35	50,15
37	Castel Viscardo	1.397	1.513	2.910	25,25	115,25
38	Fabro	1.409	1.450	2.859	34,33	83,28
39	Ficulle	827	838	1.665	64,80	25,69
40	Montecchio	818	847	1.665	48,99	33,99
41	Montegabbione	595	602	1.197	51,21	23,37
42	Monteleone di Orvieto	679	758	1.437	23,85	60,25
43	Orvieto	9.662	10.806	20.468	281,16	72,80
44	Parrano	257	272	529	39,89	13,26
45	Porano	936	1.035	1.971	13,54	145,57
	Distretto di Orvieto	19.755	21.541	41.296	775,89	53,22
46	Cascia	1.574	1.607	3.181	181,09	17,57
47	Cerreto di Spoleto	511	555	1.066	74,79	14,25
48	Monteleone di Spoleto	303	283	586	61,58	9,52






49	Norcia	2.469	2.512	4.981	274,34	18,16
50	Poggiodomo	56	56	112	40,01	2,80
51	Preci	360	356	716	82,10	8,72
52	Sant'Anatolia di Narco	301	263	564	47,32	11,92
53	Scheggino	221	228	449	35,17	12,77
54	Vallo di Nera	177	196	373	36,03	10,35
	Distretto della Valnerina	5.972	6.056	12.028	832,43	14,45
	Azienda USL Umbria n. 2	184.466	200.287	384.753	4.152,09	92,66

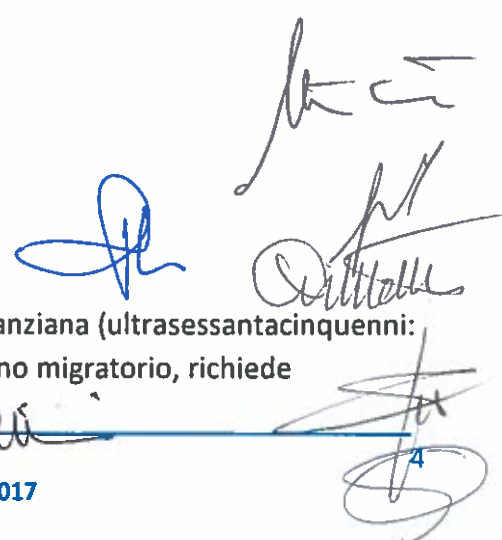
Nelle tabelle seguenti si mostra la composizione della popolazione articolata per distretto territoriale.

Popolazione residente, per fasce di età e per Distretto, al 1/1/2017 (fonte Istat). Azienda USL Umbria n. 2

DISTRETTO	FASCE D'ETÀ (anni)								TOTALE	
	0-14		15-64		65-74		>74		n.	%
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Terni	16.075	12,15%	81.501	61,62%	16.353	12,36%	18.326	13,86%	132.255	34,37%
Foligno	12.737	12,85%	61.077	61,62%	11.725	11,83%	13.580	13,70%	99.119	25,76%
Narni-Amelia	6.128	11,68%	32.133	61,26%	6.591	12,57%	7.598	14,49%	52.450	13,63%
Spoletto	5.815	12,22%	29.077	61,08%	5.926	12,45%	6.787	14,26%	47.605	12,37%
Orvieto	4.559	11,04%	24.928	60,36%	5.338	12,93%	6.471	15,67%	41.296	10,73%
Valnerina	1.387	11,53%	7.658	63,67%	1.340	11,14%	1.643	13,66%	12.028	3,13%
Azienda USL Umbria n. 2	46.701	12,14%	236.374	61,44%	47.273	12,29%	54.405	14,14%	384.753	100,00%

Popolazione residente, per sesso e per Distretto, al 1/1/2017 (fonte Istat). Azienda USL Umbria n. 2

DISTRETTO	MASCHI		FEMMINE		TOTALE
	n.	%	n.	%	
Distretto di Terni	62.627	16,28%	69.628	18,10%	132.255
Distretto di Foligno	47.548	12,36%	51.571	13,40%	99.119
Distretto di Narni-Amelia	25.448	6,61%	27.002	7,02%	52.450
Distretto di Spoleto	23.116	6,01%	24.489	6,36%	47.605
Distretto di Orvieto	19.755	5,13%	21.541	5,60%	41.296
Distretto della Valnerina	5.972	1,55%	6.056	1,57%	12.028
Azienda USL Umbria n. 2	184.466	47,94%	200.287	52,06%	384.753



Per quanto riguarda l'età, ha un peso significativo la popolazione anziana (ultrasessantacinquenni: 26,43%) elemento che, anche se in parte riequilibrato dal fenomeno migratorio, richiede

l'applicazione di misure che promuovano la figura dell'anziano attivo e scongiurino una crescita non sostenibile della richiesta di servizi, nonché il decadere delle condizioni di vita degli stessi anziani.

Di seguito sono riportate alcune variabili socio-demografiche la cui valutazione è fondamentale nei processi di riorganizzazione.

Indici demografici al 1/01/2017 (fonte Istat). Azienda USL Umbria n. 2

DISTRETTO	INDICE DI INVECCHIAMENTO (popolazione ≥ 65 anni / totale popolazione)	INDICE DI VECCHIAIA (popolazione ≥ 65 anni / popolazione 0- 14 anni)	INDICE DI CARICO SOCIALE (pop. 0-14 anni + pop. ≥ 65 anni) / pop. 15-64 anni)	INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE (pop. 0-14 anni / pop. 15-64 anni)	INDICE DI DIPENDENZA SENILE (pop. ≥ 65 anni / pop. 15-64 anni)
Distretto di Terni	26,22%	215,73%	62,27%	19,72%	42,55%
Distretto di Foligno	25,53%	198,67%	62,29%	20,85%	41,43%
Distretto di Narni-Amelia	27,05%	231,54%	63,23%	19,07%	44,16%
Distretto di Spoleto	26,71%	218,62%	63,72%	20,00%	43,72%
Distretto di Orvieto	28,60%	259,03%	65,66%	18,29%	47,37%
Distretto della Valnerina	24,80%	215,07%	57,06%	18,11%	38,95%
AZIENDA USL UMBRIA n. 2	26,43%	217,72%	62,77%	19,76%	43,02%

L'Indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. Rispetto all'anno precedente (valore 213,55%) si può notare un lieve aumento (217,72%), a significare che a parità di numero di giovani la popolazione degli anziani sta aumentando; da far notare che valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai molto giovani. Il valore nazionale al 1 gennaio 2017 è 165,3%.

L'indice di carico sociale o dipendenza strutturale (o totale) calcola quanti individui ci sono in età non attiva ogni 100 in età attiva, fornendo indirettamente una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione. Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50 per cento indicano una situazione di squilibrio generazionale. L'indice totale corrisponde alla somma degli indici di dipendenza giovanile e senile. Rispetto all'anno precedente (62,35%) il valore si è poco discostato (62,77%); il valore nazionale al 1 gennaio 2017 è 55,8% (con un indice di dipendenza senile 34,8%).



Art 1. L'Aggregazione Funzionale Territoriale - Definizione

Le AFT di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012 n. 189, sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.

I componenti delle AFT condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

I medici di Medicina Generale - Assistenza primaria di seguito qualificati MMG, ed i Medici di Continuità Assistenziale di seguito qualificati CA partecipano obbligatoriamente all'AFT (art. 26bis ACN in vigore).

I medici che compongono le AFT eleggono tra loro un Coordinatore. L'Azienda Sanitaria USL Umbria 2 recepisce tale nomina con Delibera del Direttore Generale.

Art 2. Finalità

L'AFT persegue le seguenti finalità:

- Gestione delle cronicità (in accordo a quanto previsto nel Piano Regionale per la Cronicità) anche attraverso PDTA e percorsi di medicina di iniziativa;
- Diminuzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso;
- Diminuzione dei ricoveri impropri e dei re-ricoveri;
- Reale integrazione tra Medicina Generale, Continuità Assistenziale e Servizi Territoriali

Art. 3. Funzioni

L'AFT persegue le finalità di cui al precedente Articolo attraverso l'esercizio delle seguenti funzioni:

- a) tutelare la salute della popolazione di riferimento.
- b) assicurare, a tutta la popolazione in carico ai MMG che compongono l'AFT, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), inclusa l'assistenza ai turisti con il pagamento della relativa quota prevista per la visita;
- c) partecipare all'implementazione di attività di prevenzione e promozione della salute, ivi comprese le campagne vaccinali (vengono confermati, salvo diverso Accordo Regionale, i termini dell'accordo 2016 per le campagne antiinfluenzale e anti-pneumococcica - chiamata attiva per la coorte dei 65 anni) secondo le direttive del Piano Nazionale Vaccini, coordinandosi con i Dipartimenti di prevenzione, i Distretti e altri servizi previsti a livello regionale, favorendo l'engagement della persona con cronicità e la promozione di corretti stili di vita che coinvolgano tutta la popolazione;
- d) aderire ai programmi di sanità d'iniziativa organizzati a livello di Distretto, Azienda USL e Regione;
- e) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico della persona, in particolare i pazienti fragili ed in dimissione protetta;
- f) attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- g) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);

- h) promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e della medicina di genere;
- i) contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based e slow medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance;
- j) applicazione dei PDTA definiti a livello regionale aziendale e distrettuale per pazienti affetti da patologie croniche;
- k) promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di peer review e Audit;
- l) promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse alla luce dei principi di efficienza e di efficacia;
- m) garantire, al fine della continuità delle cure, l'integrazione con le strutture ospedaliere e di raccordo con il sistema di emergenza urgenza;
- n) offrire, ove possibile, diagnostica di primo livello, utilizzando le professionalità dei medici che fanno parte dell'AFT. Tali prestazioni dovranno essere regolamentate da specifici accordi aziendali;
- o) aderire ai programmi regionali di telemedicina (teleassistenza, tele-monitoraggio);
- p) raccordo e integrazione con i professionisti del sistema sanitario (territoriali e ospedalieri).

Art. 4. Criteri di costituzione delle AFT

La proposta di attivazione delle AFT è stata redatta tenendo conto:

- a) dell'attuale organizzazione dell'Assistenza Primaria e della Continuità Assistenziale che si riporta in tabella successiva.

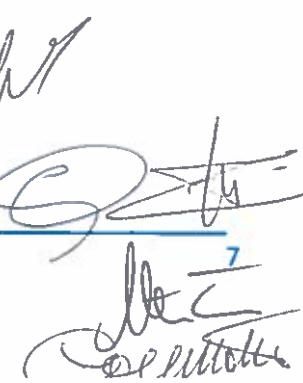
Attuale organizzazione dell'AP e della CA

	FOLIGNO	SPOLETO	VALNERINA	TERNI	NARNI AMELIA	ORVIETO	TOTALE
NUMERO MMG	81	36	10	105	37	32	301
NUMERO NAP	6	3	1	7	2	2	21
NUMERO MEDICINE DI GRUPPO	13	5	0	12	7	3	40
NUMERO MEDICINE DI RETE	4	1	2	3	2	1	13
NUMERO MEDICI CA	33	9	12	28	18	20	120
PUNTI CA	7	1	5	5	5	4	27
POPOLAZIONE ASSISTITA MMG	85.179	39.412	10.641	115.759	45.519	35.798	332.308
POPOLAZIONE RESIDENTE *	99.119	47.605	12.028	132.255	52.450	41.296	384.753

*=sono conteggiati anche i residenti in età pediatrica

b) dei seguenti criteri:

- orografia del territorio,
- distribuzione dei Centri di Salute e dei PES,
- distribuzione dei punti di CA e del numero di Medici titolari di CA,
- ambito di scelta dei MMG,
- attuali criteri di aggregazione nelle forme associative gruppo e rete,
- popolazione assistita di norma non superiore ai 30.000 abitanti,



- numero di medici di norma non inferiore a 20 comprensivo dei Medici di CA,
- distribuzione territoriale degli assistiti per singolo MMG,
- popolazione assistita dalla singola AFT e dal singolo MMG (possibile collocazione del MMG in altra AFT rispetto al Nucleo di Assistenza Primaria originario),
- titolari di CA con doppio incarico ed eventuali loro spostamenti,
- redistribuzione dei Medici di CA.

Art. 5. Orario dei Medici di Continuità Assistenziale

L'orario dei Medici titolari di solo rapporto di CA può essere incrementato fino a 38 ore settimanali al fine di:

- garantire l'apertura dell'ambulatorio dell'AFT;
- partecipare a percorsi di Medicina di Iniziativa;
- migliorare l'assistenza dei pazienti ricoverati in strutture di cure intermedie, dei pazienti cronici, di dimissione complessa, fasi terminali della vita

Art. 6. Modalità di funzionamento

Ogni AFT, dal momento della sua piena operatività, dovrà garantire un'attività ambulatoriale h12 dal lunedì al venerdì (8.00-20.00) e h 6 il sabato e i prefestivi (8.00-14.00) con la possibilità di operare anche su due sedi per la stessa AFT.

Il funzionamento interno della AFT verrà disciplinato da un apposito regolamento che verrà definito a livello aziendale sentito il Comitato, in base ad uno schema tipo stabilito a livello regionale (AIR art.2.4)

L'AFT sarà coordinata da un Coordinatore eletto dai componenti l'AFT (AIR art. 2.2) secondo le regole stabilite dall'AIR (2.6). La nomina del Coordinatore sarà deliberata dal Direttore Generale.

Il Coordinatore delle AFT e il Direttore del Distretto dovranno proporre un piano annuale di organizzazione che verrà deliberato dalla Direzione Aziendale, sentito il Comitato Aziendale. (AIR art.2.4)

I MMG, costituiti in forma associativa, garantiscono l'attività ambulatoriale dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 12.00 e dalle ore 16.00 alle 20.00, organizzando l'orario dei propri ambulatori in maniera omogenea e condivisa.

I MMG, non costituiti in forma associativa, garantiscono l'orario aggiuntivo previsto dal successivo comma all'interno del proprio ambulatorio e, ai fini della realizzazione delle finalità del presente Accordo, integrano la propria attività con quella della sede della AFT e quella in forma associativa individuata dal Coordinatore della AFT.

Per le finalità di cui al primo comma, ciascun Medico assicura un'ora aggiuntiva a settimana di attività ambulatoriale che viene remunerata come previsto al punto 2.4 dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) di cui alla DGR n.903 del 28.7.2017.

I Medici di CA garantiscono l'attività ambulatoriale presso ciascuna sede di AFT nelle giornate di sabato e prefestive dalle ore 8.00 alle ore 14.00.

L'attività ambulatoriale dalle ore 12.00 alle ore 16.00 dal lunedì al venerdì nella sede della AFT è garantita, su base volontaria, a rotazione, dai Medici della AFT secondo il seguente ordine di priorità definito nell'AIR di cui alla DGR n.903 del 28.7.2017:

1. medici titolari del solo rapporto di CA (anche attraverso incremento orario fino a 38 ore settimanali)
2. medici MMG con scelte inferiori a 800
3. medici con doppio incarico (AP e CA)



4. medici MMG con scelte superiori a 800 e fino al limite di compatibilità oraria previste dall'ACN.

Nel caso di insufficiente disponibilità espressa su base volontaria, il Coordinatore della AFT, di concerto con il Direttore del Distretto, organizza la funzione necessaria nel rispetto delle priorità sopra citate.

Il compenso economico per ogni ora di servizio, nel caso in cui si debbano incaricare i medici di cui ai precedenti punti 1,2,3 e 4, è quello previsto per i medici a rapporto orario (compenso base).

Nelle restanti fasce orarie l'attività assistenziale viene assicurata dal servizio di Continuità Assistenziale.

L'AFT garantisce l'Assistenza Ambulatoriale, domiciliare e residenziale, a favore di tutta la popolazione in carico ai MMG che la compongono, con modalità organizzative definite dal Coordinatore della AFT di concerto con il Direttore del Distretto.

L'AFT sarà dotata di un sistema informativo/informatico con collegamento in rete, connesso al sistema aziendale e regionale.

Le comunicazioni tra Azienda sanitaria e MMG avvengono attraverso modalità informatizzate e l'impiego di posta elettronica aziendale ed eventuali ulteriori strumenti di comunicazione (es. messaggistica istantanea).

La continuità dell'assistenza è garantita anche mediante l'utilizzo della ricetta dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale dell'assistito, da trasmettere al fascicolo sanitario elettronico (FSE), con le modalità previste dal Progetto sanità elettronica di cui all'AIR approvato con DGR n. 404 del 15.04.2014 e ai successivi aggiornamenti.

Art. 7. Individuazione delle AFT

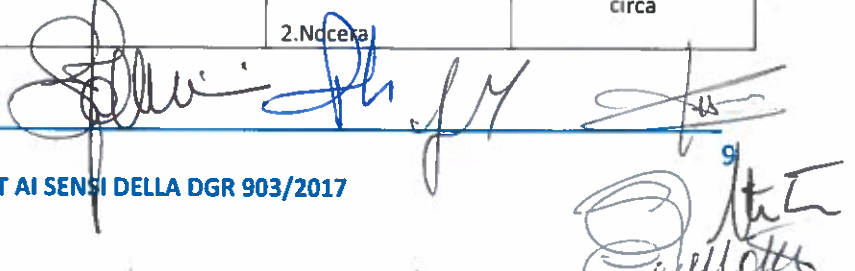
In base alla popolazione sarebbero sufficienti in ambito aziendale 13 AFT.

L'Azienda USL Umbria 2 tenendo in considerazione l'orogeografia del territorio con realtà territoriali montane, la densità abitativa, la demografia della popolazione individua la necessità di 16 AFT, così come previsto al punto 2.1 dell'AIR.

Tale numero consente di garantire la completa copertura assistenziale, anche nelle aree più disagiate del territorio regionale.

L'applicazione di quanto definito nelle precedenti disposizioni determina l'individuazione delle AFT di al seguente schema riepilogativo fino al numero massimo di 16.

N.	DISTRETTO	DENOMINAZIONE	SEDE	PUNTO DI C.A.	UTENTI (compresa la popolazione pediatrica)
1	FOLIGNO	AFT FO 1 - FOLIGNO CENTRO-SPELLO Sede FOLIGNO Centro Sede SPELLO	EX ONPI Sede iniziale (operativa h24 con tutte le funzioni) Sede successiva da reperire a mezzo bando Sede Spello – Sede Cd5	1.Foligno - attualmente sede anche di Centrale Operativa distrettuale 2.Foligno - Colfiorito Loc. Casermette adiacente 118 3.Spello	28.000 circa
2	FOLIGNO	AFT FO 2 - FOLIGNO NORD- NOCERA Sede FOLIGNO stessa sede AFT FO 1 Sede NOCERA (operatività Foligno/Nocera)	Foligno vedi AFT FO1 Nocera sede del PES proprietà USL	1.Foligno - attualmente sede anche di Centrale Operativa distrettuale 2.Nocera	28.000 circa



3	FOLIGNO	AFT FO3 – FOLIGNO SUD-TREVI Sede FOLIGNO (S. Eraclio)- Sede TREVI	Foligno sede PES Trevi sede Casa della Salute	1.Foligno - attualmente sede anche di Centrale Operativa distrettuale 2.Trevi	28.000 circa
4	FOLIGNO	AFT FO 4 – BEVAGNA-MONTEFALCO-GUALDO CATTANEO Bevagna Montefalco Gualdo Cattaneo	Sede iniziale PES Gualdo Cattaneo (Sede Finale Montefalco di proprietà USL)	1.Bevagna 2. Gualdo Cattaneo	16.000 circa
5	SPOLETO	AFT SPO 1 – SPOLETO 1 Sede SPOLETO	Via Manna deve accogliere AFT SPO 1 e 2	Spoleto (unica sede)	27.000 circa
6	SPOLETO	AFT SPO 2 – SPOLETO 2 Sede SPOLETO	Via Manna deve accogliere AFT SPO 1 e 2		20.000 circa
7	VALNERINA	AFT VAL – VALNERINA Sedi Provvisorie Norcia Cascia	Norcia (Moduli Ospedale) Cascia (Centro di salute)	1.Norcia 2.Cascia 3.Cerreto/Sellano 4.Monteleone 5.Piedipaterno (solo fine settimana)	12.028
8	TERNI	AFT TR 1 – TERNI 1 Sede TERNI	Periferia Nord PES Colleluna Proprietà ASL	Terni 3 punti	30.000 circa
9	TERNI	AFT TR 2 – TERNI 2 Sede TERNI	Centro Via Bramante Proprietà ASL		30.000 circa
10	TERNI	AFT TR 3 – TERNI 3 Sede TERNI	Periferia Sud Geriatrico Proprietà ASL		30.000 circa
11	TERNI	AFT TR 4 - TERNI SUD - ARRONE Sede TERNI Sede ARRONE	Terni Sede PES Tacito Arrone Sede PES	1. Arrone 2. Terni	20.000 circa
12	TERNI	AFT TR 5 -- TERNI NORD – ACQUASPARTA Sede TERNI Sede ACQUASPARTA	Terni Sede PES Colleluna Acquasparta Sede PES	1. Acquasparta 2. Terni	20.000 circa
13	NARNI AMELIA	AFT N-A 1 - NARNI Sede Centrale Narni (operativa anche su Montecastrilli)	Narni Sede Iniziale PES di Narni (Sede definitiva Casa della salute)	1. Narni 2. Otricoli	25.000 circa
14	NARNI AMELIA	AFT N-A 2 - AMELIA Sede provvisoria	Amelia Associazione Medici Studio 7 Via delle rimembranze (Sede definitiva Casa della salute)	1. Amelia 2. Lugnano 3. Montecastrilli	27.000 circa
15	ORVIETO	AFT ORV 1 - ORVIETO Sede Centrale	Orvieto Via Postierla Sede PES Proprietà ASL	1. Orvieto 2. Montecchio 3. Monterubaglio	27.000 circa
16	ORVETO	AFT ORV 2 - FABRO Sede Secondaria	Fabro Sede PES Proprietà ASL	Fabro	14.000 circa

Art. 8. Operatività delle AFT

La data di istituzione delle AFT è fissata per il 1.1.2018 con successivo graduale avviato dell'operatività al compimento delle azioni descritte nei punti precedenti.

Art. 9 Le Centrali Operative Territoriali – COT – Definizione e individuazione

L'AIR prevede l'attivazione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) che a tendere dovrà confluire nella rete del Numero Unico Europeo 116117.

Tale Centrale, collocata, ove possibile, presso le sedi della Continuità Assistenziale, durante l'orario notturno, festivo e prefestivo, anche infrasettimanale, effettua attività di triage per garantire la continuità assistenziale (CA).

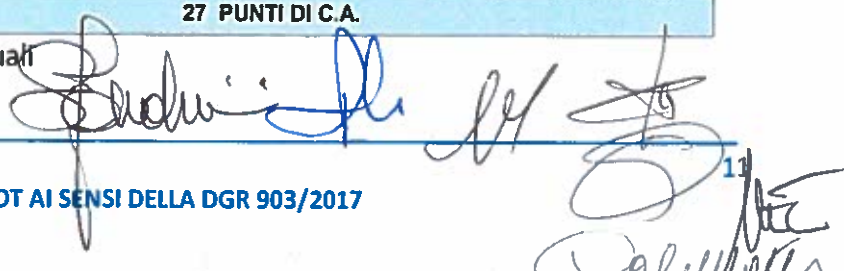
Le COT saranno fornite della dotazione tecnologica analoga a quella della Centrale Operativa 118 e saranno collegate ai numeri 116117, quando attivati.

Le COT individuate nella USLUMBRIA2 sono collocate presso la sede AFT - FO1 per l'area Nord (presso l'EX ONPI) e presso la Sede del 118 di Terni di Via Bramante per l'Area Sud (in prossimità del Distretto di Terni) e si prevede lo sviluppo per le attività di collegamento con i Punti di Guardia Medica.

Le 2 COT, in attesa della riorganizzazione, raccorderanno gli attuali Punti di CA secondo lo schema seguente.

COT	DISTRETTO	PUNTI DI C.A.			
COT FOLIGNO	DISTRETTO FOLIGNO (7)	BEVAGNA	GUALDO CATTANEO		
		NOCERA UMBRA			
		FOLIGNO	TREVI		
		COLFIORITO	SPELLO		
	DISTRETTO SPOLETO (1)	SPOLETO			
	DISTRETTO VALNERINA (5)	NORCIA	BORGO CERRETO/SELLANO		
		CASCIA	MONTELEONE	VALLO DI NERA	
	COT TERNI	DISTRETTO TERNI (5)	TERNI (3 PUNTI)		
			ARRONE		
			ACQUASPARTA		
DISTRETTO NARNI AMELIA (5)		AMIELIA	LUGNANO	MONTECASTRILLI	
		NARNI	OTRICOLI		
DISTRETTO ORVIETO (4)		ORVIETO	MONTECCHIO	MONTERUBBAIO	
		FABRO			
2 COT		6 DISTRETTI	27 PUNTI DI C.A.		

N.B.=fra parentesi il numero di punti attuali



Il personale assegnato alla centrale sarà costituito da Medici della Continuità Assistenziale selezionati tra i colleghi rispettivamente dell'Area Nord e dell'Area Sud.

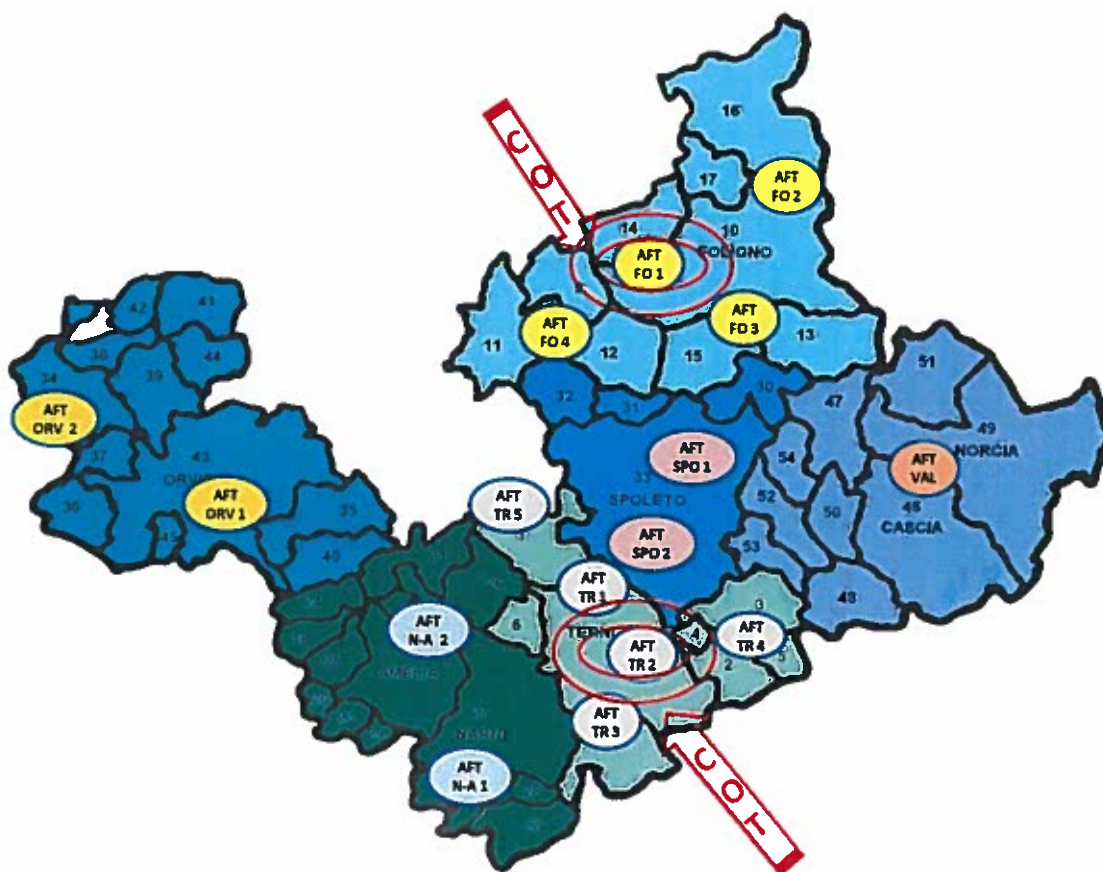
L'istituzione delle COT può comportare la rivalutazione del numero dei punti di continuità assistenziale.

Art. 10 Organizzazione Punti di Guardia della Continuità Assistenziale

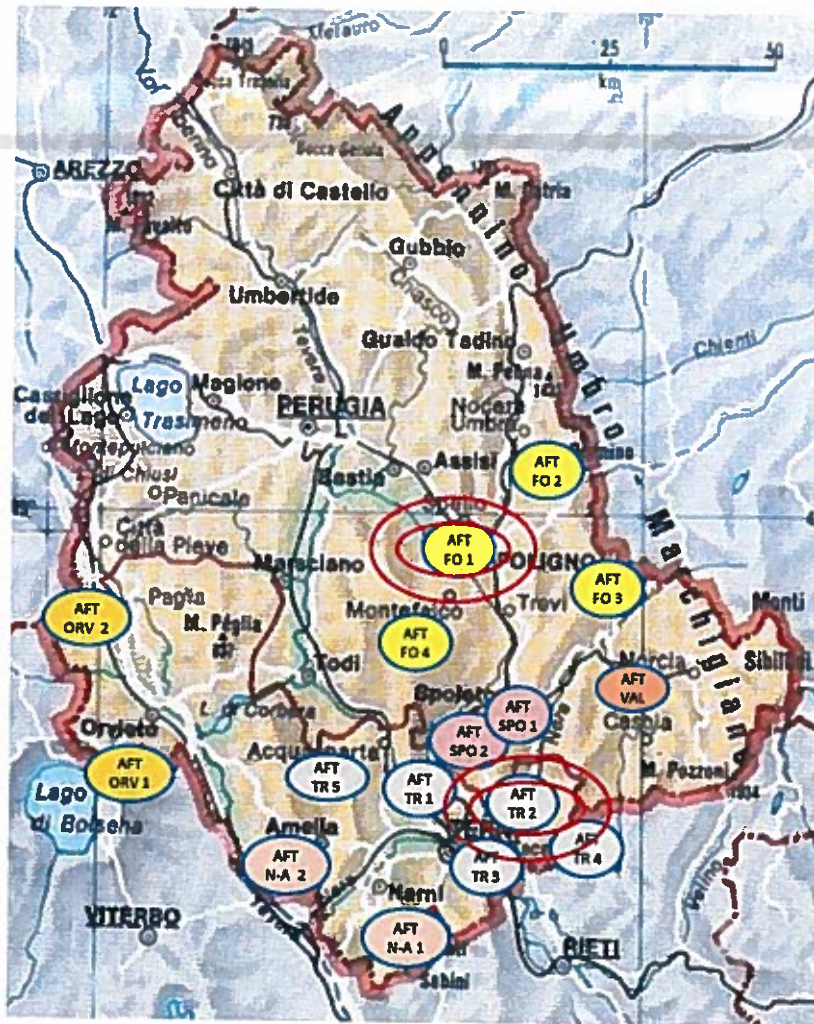
L'AIR al punto 2.9 prevede che in ogni Azienda dovrà essere effettuata una ridefinizione dell'organizzazione dei Punti di Guardia della Continuità Assistenziale, anche in relazione alla popolazione assistita e alla distribuzione delle forme associative della Medicina generale al fine di elaborare un programma di realizzazione delle AFT a livello Aziendale, il più rispondente alle necessità assistenziali degli utenti.

Per riorganizzare i Punti di C.A. bisogna prima far partire le AFT, attivare le COT e ridefinire l'assetto in condivisione con gli Ambiti territoriali per la realizzazione di Punti di CA preferibilmente nelle sedi delle AFT.

MAPPA AFT E COT USL UMBRIA 2



[Handwritten signatures and initials]



Art. 11. Ulteriori sviluppi

L'Azienda Unità Sanitaria locale Umbria 2, nel rispetto di quanto previsto nell'AIR (art. 2.8) nell'ambito degli accordi decentrati aziendali, al fine di ottimizzare l'erogazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche di primo livello con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa, individuerà nell'ambito delle AFT, i medici, le apparecchiature, i locali idonei a soddisfare tali esigenze.

Nella ASL verrà istituito l'elenco dei medici idonei ad erogare tali prestazioni, sulla base dell'acquisita professionalità richiesta, del possesso di idonea strumentazione e di locali adeguati, in conformità alla normativa regionale in materia di autorizzazioni sanitarie. Tali prestazioni verranno remunerate secondo quanto stabilito in appositi accordi regionali e aziendali.

Nella sede della AFT, laddove possibile, sarà previsto un Punto CUP per la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, per la lettura dei referti online ect., con un operatore specificatamente dedicato, messo a disposizione dalla Regione (AIR art. 2.8)

Art.12. Disposizioni finali

All'interno di ciascuna AFT va individuato, con le modalità previste nell'Accordo Integrativo Regionale, un Coordinatore il quale eserciterà proprie funzioni, sulla base di quanto previsto nel medesimo Accordo.

Si rimanda ad un Comitato Tecnico costituito da parte pubblica e parte sindacale la definizione del Regolamento di funzionamento delle AFT (AIR art. 2.4) e poi approvato in seno al Comitato MG.

Il numero di Medici di ciascuna AFT va definito in funzione delle attività assistenziale e dei programmi aggiuntivi, quali medicina di iniziativa (Piano della Cronicità), assistenza ai pazienti ricoverati in strutture di cure intermedie, pazienti in dimissione complessa e/o in fasi terminali della vita, ecc.

Si rimanda ad un Comitato Tecnico costituito da parte pubblica e parte sindacale l'individuazione e la definizione degli Indicatori di processo per il funzionamento e per gli obiettivi dei Medici e delle figure professionali afferenti alle AFT e poi approvati in seno al Comitato MG.

Fermi restando gli impegni assunti dalla Regione in tema di informatizzazione, l'azienda si impegna a favorire la realizzazione di un sistema informativo omogeneo per le AFT, di concerto con la Regione medesima.

Il funzionamento delle AFT dovrà essere attentamente monitorato e valutato per verificare eventuali modifiche da apportare la fine di garantire gli obiettivi sopra specificati.

In caso di sostanziali modifiche di carattere normativo a seguito degli Accordi Collettivi Nazionali e/o Regionali, le parti concordano di rivedere, adeguare il presente accordo in tutte le parti non compatibili con la contrattazione di livello sovra ordinato.

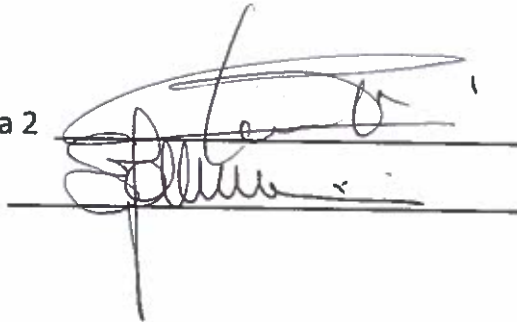
Per quanto non previsto nel presente Accordo, comprese le funzioni del Coordinatore, si rinvia alle disposizioni dell'AIR di cui alla DGR n.903 del 28.7.2017.

Letto, approvato e sottoscritto:

PARTE PUBBLICA

Dr. Imolo Fiaschini - Direttore Generale USL Umbria 2

Dr. Stefano Federici - Direttore Distretto di Terni



OO.SS

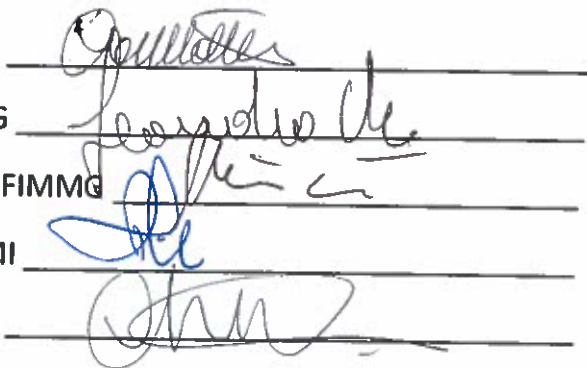
Dr. Carlo Mattioli - Delegato Sindacale FIMMG

Dr. Leandro Pesca - Delegato Sindacale FIMMG

Dr. Simonetta CenturionĒ- Delegato Sindacale FIMMG

Dr. Patrizia Mariani - Delegato Sindacale SNAMI

Dr. Chiara Sartini - Delegato Sindacale INT.SIN



Terni 28.12.2017