



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N. XII/ 5287

SEDUTA DEL 10/11/2025

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali

MARCO ALPARONE *Vicepresidente*

ALESSANDRO BEDUSCHI

GUIDO BERTOLASO

FRANCESCA CARUSO

GIANLUCA COMAZZI

ALESSANDRO FERMI

PAOLO FRANCO

GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA

ELENA LUCCHINI

FRANCO LUCENTE

GIORGIO MAIONE

DEBORA MASSARI

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

APPROVAZIONE DELLA PREINTESA SULL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE ANNO 2025

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Mario Giovanni Melazzini

La Dirigente Clara Sabatini

Esito favorevole del controllo degli aspetti finanziari e/o patrimoniali, ai sensi dell'art. 8, comma 5 della D.G.R. n. 4755/2016:

Il Direttore Centrale Manuela Giaretta



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTA la seguente normativa nazionale:

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";
- la Legge 8 novembre 2012, n. 189 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute";
- il D.P.C.M. 12/01/2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*;
- il decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";
- il decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, recante "Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure" di cui alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia e notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21);
- il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" che definisce un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR;

VISTE le seguenti leggi regionali:

- n. 1 del 30 agosto 2008 "Legge regionale statutaria";
- n. 33 del 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e successive modifiche e integrazioni, e, in particolare, l'art. 10 comma 10 che stabilisce in capo alle ASST la governance del sistema delle cure primarie e l'art. 7, comma 11 bis, laddove prevede, tra l'altro, l'affermimento del Dipartimento di Cure Primarie al polo territoriale delle ASST;
- n. 14 del 8 agosto 2024 "Assestamento al bilancio 2024 – 2026";
- n. 23 del 30 dicembre 2024 "Bilancio di previsione 2025 – 2027";

RICHIAMATO il Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII Legislatura, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 42 del 20/06/2023, con i relativi allegati, che definisce gli obiettivi, le strategie e le politiche che la Regione si propone di realizzare nell'arco della legislatura, per promuovere lo sviluppo economico, sociale e territoriale della Lombardia e prevede, in particolare, uno specifico Ambito



Regione Lombardia

LA GIUNTA

Strategico relativo al Sistema sociosanitario a casa del cittadino;

RICHIAMATO altresì il Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024 – 2028, approvato con D.c.r. 25 giugno 2024 - n. XII/395, che prevede la valorizzazione delle cure primarie e individua le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quale tessuto organizzativo nel quale i medici del ruolo unico di assistenza primaria operano;

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, stipulato in data 04.04.2024

RICHIAMATA la D.G.R. n. XII/2653 del 01.07.2024 con la quale è stato istituito il Comitato Regionale previsto dalla contrattazione collettiva per i Medici di Medicina Generale ed è stata individuata, al suo interno, la composizione della Delegazione Trattante di parte pubblica e di parte sindacale preposta all'adozione delle Preintese contenenti gli atti e provvedimenti amministrativi idonei a dare attuazione agli "Atti di indirizzo", compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché quelli inerenti alla gestione finanziaria, tecnica e amministrativa;

RICHIAMATI il D.D.G. Welfare n. 13746 del 19.09.2024, ad oggetto "Individuazione e nomina dei componenti del Comitato regionale e della Delegazione trattante di parte pubblica ai sensi dell'accordo collettivo nazionale entrato in vigore il 4.04.2024 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – D.G.R. n. XII/2653 del 1° Luglio 2024" e il D.D.G. Welfare n. 7974 del 04.06.2025 che ha modificato la composizione di parte pubblica;

RICHIAMATE:

- la D.G.R. n. XII/3242 del 21.10.2024 con la quale è stato approvato l'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale;
- la D.G.R. n. XII/3670 del 16.12.2024 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l'esercizio 2025 – Quadro economico programmatico";
- la D.G.R. n. XII/3720 del 30.12.2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025";
- la D.G.R. n. XII/ 2588 del 21.06.2024 "Determinazioni in ordine al modello di funzionamento delle centrali operative territoriali (COT)";
- la D.G.R. n. XII/2755 del 15.07.2024 "Evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della D.G.R. XII/1827 del 31.01.2024";
- la D.G.R. n. XII/4817 del 28.07.2025 "Approvazione linee di indirizzo regionali per l'adozione dei regolamenti di funzionamento interno delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) da parte delle aziende socio-sanitarie territoriali (ASST)";
- la D.G.R. n. XII/4938 del 04.08.2025 "Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025";

CONSIDERATO il risultato conseguito in area prevenzione delle sindromi respiratorie su base virale (ILI-LIKE) da parte dei Medici di Assistenza Primaria, sia in ambito vaccinale, sia in ambito di gestione di pazienti con sospetta diagnosi negli HotSpot infettivologici,



Regione Lombardia

LA GIUNTA

che ha determinato un trend in progressivo miglioramento dell'indicatore di copertura della popolazione target secondo le indicazioni ministeriali e regionali e un contenimento degli accessi impropri in Pronto Soccorso, come meglio precisato dai documenti presenti agli atti della Struttura Cure Primarie della D.G. Welfare;

CONSIDERATO, altresì, che le attività di Presa In Carico del cronico ai sensi della D.G.R. n. XII/2755 del 15.07.2024 rappresentano obiettivi strategici di livello regionale per tutte le ATS e ASST individuando nel Medico di Assistenza Primaria l'unico soggetto gestore nonché clinical manager della presa in carico;

RILEVATA pertanto, in considerazione di quanto esposto nei punti precedenti, la necessità di dare continuità anche per le annualità 2025-2026 al coinvolgimento dei Medici di Assistenza Primaria nelle attività di prevenzione e di presa in carico;

DATO ATTO che il finanziamento delle attività disciplinate dalla Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale della medicina generale per l'anno 2025 è incrementato di euro 11.966.875 rispetto a quanto finanziato con i precedenti Accordi Integrativi Regionali;

DATO ATTO che detto finanziamento rientra nelle disponibilità complessive del fondo sanitario regionale per l'esercizio 2025, ai sensi delle delibere n. 3720 del 30/12/2024 e n. 4938 del 04/08/2025, risulta ricompreso negli oneri di cui al DDG della Direzione Centrale Bilancio e Finanza n. 14529 del 17/10/2025 e trova copertura al capitolo di bilancio n. 8374;

VISTA la Preintesa sull'“Accordo Integrativo Regionale medici di Medicina generale anno 2025”, allegato parte integrante al presente provvedimento, in costanza di vigenza dell'ACN richiamato in premessa, approvato nei relativi contenuti nella seduta del 25 settembre 2025 e la cui acquisizione delle firme digitali si è conclusa il 9 ottobre 2025, come da documentazione agli atti della Struttura Cure Primarie;

VISTE, altresì, le note a verbale delle Organizzazioni sindacali (OO.SS.) FIMMG, SNAMI, SMI e FMT ricevute dalla Struttura Cure Primarie della D.G. Welfare, come da documentazione agli atti;

RITENUTO pertanto:

- di approvare la Preintesa sull' “Accordo Integrativo Regionale Medici di medicina generale anno 2025”, parte integrante del presente provvedimento;
- di dare mandato la Direzione Generale Welfare per tutti gli adempimenti conseguenti all'adozione della citata Preintesa;

DATO ATTO che il presente provvedimento non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.lgs. n. 33/2013;

VISTA la legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 “Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale” nonché i provvedimenti organizzativi della XII Legislatura;



Regione Lombardia
LA GIUNTA

Per le determinazioni assunte in premessa;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare la Preintesa sull' *“Accordo Integrativo Regionale Medici di medicina generale anno 2025”*, parte integrante del presente provvedimento, in costanza di vigenza dell'ACN richiamato in premessa, approvata nei relativi contenuti nella seduta del 25.09.2025 e la cui acquisizione delle firme digitali si è conclusa il 9 ottobre 2025, come da documentazione agli atti della Struttura Cure Primarie;
2. di dare atto che il finanziamento delle attività disciplinate dalla Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale della medicina generale per l'anno 2025 è incrementato di euro 11.966.875 rispetto a quanto finanziato con i precedenti Accordi Integrativi Regionali;
3. di dare atto che il suddetto finanziamento rientra nelle disponibilità complessive del fondo sanitario regionale per l'esercizio 2025, ai sensi delle delibere n. 3720 del 30/12/2024 e n. 4938 del 04/08/2025, risulta ricompreso negli oneri di cui al DDG della Direzione Centrale Bilancio e Finanza n. 14529 del 17/10/2025 e trova copertura al capitolo di bilancio n. 8374;
4. di dare mandato alla Direzione Generale Welfare per tutti gli adempimenti conseguenti all'adozione della Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale;
5. di attestare che il presente provvedimento è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.lgs. n. 33/2013.

IL SEGRETARIO
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE MEDICI DI MEDICINA GENERALE ANNO 2025 PREINTESA

Premessa

Il presente Accordo Integrativo Regionale (AIR) giunge a valle dell'approvazione, in sede di Comitato Regionale per la Medicina Generale, delle *Linee di Indirizzo per l'adozione dei Regolamenti di funzionamento interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) da parte delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST)* e ha l'ambizione di consolidare e arricchire il percorso avviato con l'AIR 2024 in tema di Governo Clinico, inteso in senso ampio ovvero inclusivo di tutte le progettualità e attività innovative della Medicina Generale, secondo un quadro logico coerente con l'assetto normativo vigente e orientato a garantire un approccio omogeneo su tutto il territorio regionale. In premessa si precisa che gli importi indicati nel presente Accordo, sono da intendersi **al netto degli oneri previdenziali, salvo differenti indicazioni, posti a carico di Parte Pubblica ai sensi dell'art. 48 comma 1 vigente ACN**. Il presente accordo sarà recepito nelle differenti ATS in sede di Delegazione Trattante e, successivamente, nelle ASST in sede di Comitato Aziendale.

FATTORI PRODUTTIVI

Si precisa che il fondo dei Fattori Produttivi, costituito ai sensi dell'art. 47 comma 2 lettera d, punto I e II, del vigente ACN per effetto della presente *Pre-intesa* è incrementato rispetto al 2024 di **€ 12.000.000 oneri compresi**.

Si richiama anche in questa Pre-intesa quanto già condiviso in sede di Accordo Integrativo Regionale (AIR) 2024 e segnatamente che *“al fine di garantire una organizzazione efficace delle cure primarie, si ritiene che il fondo dei fattori produttivi debba avere innanzitutto l'obiettivo di incentivare la presenza di personale di studio (collaboratore di studio in via prioritaria), oltre che favorire le FAA, anche in ragione dell'effettivo ampliamento del portafoglio dei servizi/prestazioni”* e inoltre che in caso di cessazione dell'attività di un medico di Assistenza primaria appartenente a una Forma Associativa Avanzata con/senza sede unica e/o avente personale amministrativo e/o infermieristico di studio, è garantito il subentro isorisorse del Medico subentrante per l'Azienda, a parità di servizi erogati, qualora il subentro avvenga entro i successivi 12 mesi.

L'impiego delle indennità che compongono il Fondo dei Fattori Produttivi avviene secondo tutti i criteri indicati nell'AIR 2024.

Tutte le indennità di cui sopra decorrono dalla data di effettiva contrattualizzazione/attivazione. All'interno di ciascuna categoria prioritaria si applica il criterio di decorrenza temporale di contrattualizzazione/attivazione (modificato rispetto ad AIR 2024).

Le parti condividono che ulteriore compito della Delegazione Trattante, con successivo atto di intesa che verrà condiviso entro il 31 ottobre c.a., è quello di affrontare a tutto tondo le possibili implicazioni organizzative ed economiche (indennità per il personale di studio, amministrativo ed infermieristico, e indennità per le FAA) in riferimento ai Fattori Produttivi delle Forme Associate Avanzate della Medicina Generale e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali nella rete delle Case di Comunità Hub e Spoke nel rispetto di un pilastro della Medicina Generale: *la prossimità di cura*.

ULTERIORI INCENTIVI A VALERE SUL FONDO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Si evidenzia come per le attività di Prevenzione di cui alla presente Pre-intesa, siano state assegnate alle ASST per l'anno di esercizio in corso risorse economiche complessive pari a **€ 21.760.205 oneri compresi**.

GOVERNO CLINICO

Le parti concordano che le attività di Governo Clinico e di Presa in Carico, pur con gli aggiornamenti che nel tempo si rendono necessari, debbano trovare stabilità in un arco temporale adeguato al consolidamento di effetti significativi. Per tale ragione viene data continuità alle progettualità di Governo Clinico di cui all'AIR 2024, con valenza anche per il 2026, salvo differenti decisioni assunte in sede di Delegazione Trattante regionale.

Si richiama in questa sede la DGR 4434 del 26.05.2025 avente ad oggetto *DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI OBIETTIVI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (A.T.S.), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (A.S.S.T.) E DELL' AGENZIA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (A.R.E.U.) – ANNO 2025 (Allegato 1)*

Tutti gli importi indicati si intendono oneri esclusi, salvo differenti precisazioni. È possibile l'adesione a più di una progettualità di Governo Clinico con riconoscimento della pertinente quota a valorizzazione della migliore *Area Risultato* raggiunta. Il 50% della quota parte (acconto) è di norma corrisposta con il cedolino del mese di luglio competenze giugno (a fronte della compilazione del form di adesione al singolo progetto). Per l'anno in corso la quota di acconto viene corrisposta con il primo cedolino utile dalla sottoscrizione del presente AIR.

Il restante 50% (saldo) viene corrisposto di norma con il cedolino di maggio competenze aprile (a fronte del raggiungimento del risultato previsto).

I Medici con incarico a tempo determinato sono destinatari delle quote di governo clinico solo a saldo.

Segue l'illustrazione delle singole Progettualità/Attività.

1. Campagna vaccinale antinfluenzale

La corresponsione delle quote di Governo Clinico è prevista in ragione del contributo che la Medicina Generale assicura ai fini del raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale posti per la popolazione destinataria della ASST, attraverso la partecipazione all'attività del singolo Medico, delle Forme Associative Avanzate (FAA) e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). L'adesione del medico alla progettualità comporta la vaccinazione al domicilio di tutti gli assistiti target individuati dal Medico come non trasportabili per patologia/condizione che accettino di sottoporsi alle vaccinazioni proposte.

La corresponsione delle quote di Governo Clinico di € 4,74 sarà così articolata:

Progetto	% Quota di Governo Clinico	Area di risultato per il singolo MAP
Adesione alla campagna di vaccinazione Antinfluenzale	50	Compilazione ed invio al Dipartimento Cure Primarie del format di ADESIONE al Progetto di Governo Clinico
	50	Completamento, entro il 28 febbraio dell'anno successivo, della registrazione in ARVAX delle vaccinazioni antinfluenzali somministrate. Registrazione di vaccinazioni in numero pari o superiore all' <u>80%</u> delle dosi ritirate presso le Farmacie di Comunità
Per l'erogazione delle prestazioni, la progettualità richiede l'applicazione di un modello organizzativo di gestione diretta dell'attività vaccinale del singolo MAP o in ambito di FAA/AFT o di un modello di partecipazione della AFT all'attività gestita dal Centro Vaccinale (CV) di ASST.		

2. Copertura Screening oncologici

Si ritiene di finalizzare tale attività ad obiettivi di miglioramento della adesione degli assistiti target alle campagne di screening per il tumore della mammella e del colon retto.

Le ASST trasmettono ai MAP i criteri adottati per la prima chiamata attiva nell'anno in corso, contenente la proposta di esame di screening. Il MAP ha il compito di potenziare l'invito effettuato dalla ATS mediante *chiamata attiva* degli assistiti eleggibili, raccogliendo le ragioni dell'eventuale diniego.

Le ASST devono individuare la modalità più consona per consentire ai MAP il richiamo alla proposta di esame di screening ai pazienti che ancora non hanno risposto alla prima chiamata attiva nel 2025. Il MAP ha il compito di potenziare l'invito effettuato dalla ATS mediante *chiamata attiva* degli assistiti eleggibili **non responsivi**, raccogliendo le ragioni dell'eventuale diniego.

L'Area di Risultato è documentata dalla redazione di specifica reportistica a valenza qualitativa (e non quantitativa) da parte del MAP e conseguente invio alla ASST, secondo le modalità indicate dal Dipartimento Cure Primarie e definite in sede di Comitato Aziendale.

La corresponsione delle quote di Governo Clinico sarà così articolata (la quota intera di Governo Clinico, da ACN vigente, è pari ad Euro **4,74** per assistito/anno in carico al MAP):

Progetto	% Quota di Governo Clinico	Area di risultato per il singolo MAP
<i>Miglioramento della adesione degli assistiti target alle campagne di screening per il tumore della mammella e del colon retto</i>	50	Compilazione ed invio al Dipartimento Cure Primarie del format di ADESIONE al Progetto di Governo Clinico
	50	Redazione ed invio, entro il 31 gennaio dell'anno successivo, della reportistica concordata in sede di Comitato Aziendale al Dipartimento Cure Primarie

3. **Contrasto all'Antibiotico resistenza**

Le seguenti attività compongono il terzo Progetto di Governo Clinico (la quota intera di Governo Clinico, da ACN vigente, è pari ad Euro **4,74** per assistito/anno in carico al MAP).

L'OMS propone di implementare la diffusione presso i Medici del manuale "AWaRe" (tradotto da AIFA in italiano): una guida sugli antibiotici di prima e seconda scelta per le infezioni comuni. Nel manuale gli antibiotici vengono suddivisi in 3 categorie:

1. La prima denominata "Access", la cui prescrizione dovrebbe raggiungere il 60% del totale della prescrizione antibiotica
2. La seconda classe denominata "Watch" che comprende antibiotici da prescrivere con maggiore attenzione
3. L'ultima classe denominata "Reserve" che comprende antibiotici da utilizzare solo in casi particolari

Nel General Program of Work 2019-2023 sul tema, l'OMS ha adottato un nuovo obiettivo per il sistema sanitario in funzione delle indicazioni del manuale "AWaRe", in base al quale sulla prescrizione totale di antibiotici la percentuale di quelli appartenenti alla categoria "Access" dovrebbe essere maggiore del 60% entro fine 2023.

La progettualità prevede la FORMAZIONE dei Medici organizzata dalle ASST in pieno coordinamento con la Rete regionale Malattie Infettive e il MONITORAGGIO prescrittivo in raccordo con i Servizi FARMACEUTICI delle ATS.

Il manuale AWARE è liberamente scaricabile a questo link:

https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1811463/Manuale_antibiotici_AWaRe.pdf

La corresponsione della quota di Governo Clinico sarà così articolata:

Progetto	% Quota di Governo Clinico	Area di risultato per il singolo MAP
Adesione del MAP al Progetto di Governo Clinico <i>Contrasto all'antibiotico resistenza</i>	50	Compilazione ed invio al Dipartimento Cure Primarie del format di ADESIONE al Progetto di Governo Clinico
	50	Quota di antibiotici prescritti dal 1° ottobre al 31 dicembre 2025 (dall'anno successivo si intende dal 1 gennaio al 31 dicembre) in categoria Access dal singolo medico aderente al progetto supera di almeno 1 punto percentuale la quota di antibiotici prescritti nella medesima categoria al 31 dicembre dell'anno precedente. I dati relativi al comportamento prescrittivo del singolo Medico dovranno essere messi a disposizione dalle ASST ai MAP aderenti entro 15 gg dall'adesione, in caso contrario l'obiettivo si intende comunque raggiunto. Per il Medico che già rispetti i criteri Aware superando il 60% di prescrizione di antibiotici in categoria Access, è valorizzato il mantenimento dello standard. Il Medico che, globalmente, prescriva già antibiotici al di sotto del 30% della media dei Colleghi di Distretto o di ATS si considera aver già raggiunto il risultato del presente progetto. Nel caso di patologie incombenti con effetto diretto sulla classe di prescrizione della terapia antibiotica, si prevede una rimodulazione dell'obiettivo in capo al Medico aderente, che farà specifica istanza al Comitato Aziendale di ASST.

Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili

Ai fini dell'accesso all'incremento di **1,90** per assistito, *finalizzato ad obiettivi di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici*, si prevede un impegno del MAP nel processo di presa in carico del paziente cronico (PIC) secondo il modello adottato da Regione Lombardia, così come indicato in tabella seguente (la quota intera di Governo Clinico per la presa in carico dei pazienti cronici, da ACN vigente, è pari ad Euro **1,90** per assistito in carico al MAP).

Progetto	% Quota di Governo Clinico	Area di risultato per il singolo MMG
----------	----------------------------	--------------------------------------

Adesione del MAP al Progetto di Governo Clinico <i>Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili</i>	50	Compilazione ed invio al Dipartimento Cure Primarie del format di ADESIONE al Progetto di Governo Clinico
	50	Raggiungimento target PIC previsto per l'anno 2025 ➤ Redazione e pubblicazione sul FSE di n. 15 PAI comprensivi di rinnovi e nuovi PAI al 31.12.2025 per il Medico con massimale a 1.500 (**) ➤ Redazione e pubblicazione sul FSE di n. 10 PAI comprensivi di rinnovi e nuovi PAI al 31.12.2025 per il Medico con massimale a 1.000 (**)

Le Parti concordano di corrispondere comunque la quota di 1,90 euro/assistito/anno ai sensi dell'articolo 47 comma 2 lettera B l) ultimo periodo per il raggiungimento del risultato previsto su almeno due progetti di Governo Clinico; realizzandosi, nei prescritti termini convenzionali, l'ulteriore miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici.

(**) di norma, per le 12 mensilità:

- Redazione e pubblicazione sul FSE di n. 45 PAI comprensivi di rinnovi e nuovi PAI per il Medico con massimale a 1.500
- Redazione e pubblicazione sul FSE di n. 30 PAI comprensivi di rinnovi e nuovi PAI al 31.12 per il Medico con massimale a 1.000

ATTIVITÀ CON IMPIEGO DI FONDI RESIDUI DI GOVERNO CLINICO e RESIDUI DI CUI AL DECRETO del DIRETTORE GENERALE AL WELFARE n. 4189 del 27 marzo 2025

I fondi residui del Governo Clinico e residui di cui al decreto n. 4189 del 27 marzo 2025 devono essere impiegati nello sviluppo di progettualità della Medicina Generale.

Sono possibili differenti progettualità previste dagli AAA stipulati in sede di Delegazione Trattante di ATS a valere per il 2025-2026 e declinate in sede di Comitato Aziendale della Medicina Generale di ASST (**Allegati 3 e 4**).

Per quanto riguarda i residui relativi a formazione e progettualità di quota oraria ex Continuità Assistenziale, gli stessi sono demandati alle progettualità definite in Comitato Aziendale.

PROGETTI AGGIUNTIVI

Prevenzione della Patologia Influenzale

Tale Progettualità prevede l'impegno dei Medici di Assistenza Primaria nelle seguenti attività:

- Partecipazione attiva alla campagna vaccinale antinfluenzale
- Partecipazione attiva all'attività di testing per la diagnosi eziologica delle sindromi respiratorie su base virale

Partecipazione attiva alla campagna vaccinale antinfluenzale (in ambulatorio e al domicilio)

L'ottimo risultato raggiunto con la Campagna Vaccinale antinfluenzale 2024-2025 incoraggia circa la possibilità di porre un'ulteriore premialità, incentivata con fondi extra medicina convenzionata (Prevenzione), a fronte del raggiungimento di specifico indicatore di copertura vaccinale di popolazione target. La quota intera di premialità è pari ad Euro **1.500,00** per MAP.

Detta premialità sarà così articolata:

Attività	% Quota di premialità	Area di risultato per il singolo MAP	Valore economico della premialità
Adesione alla campagna di vaccinazione Antinfluenzale e alle azioni di Prevenzione della Patologia Influenzale	40	Compilazione ed invio al Dipartimento Cure Primarie del format di ADESIONE a: ➤ Campagna vaccinale antinfluenzale ➤ testing per la diagnosi eziologica delle sindromi respiratorie su base virale	Euro 600,00
	60	Completamento, entro il 28 febbraio dell'anno successivo, della registrazione in ARVAX delle vaccinazioni antinfluenzali somministrate con raggiungimento copertura vaccinale <u>≥ 55% negli assistiti con età ≥ 65 anni (coorte 1960 e precedenti) (*)</u>	Euro 900,00
Per l'erogazione delle prestazioni, la progettualità richiede l'applicazione di un modello organizzativo di gestione diretta dell'attività vaccinale del singolo MAP, in ambito di FAA/AFT e/o di un modello di partecipazione della AFT all'attività gestita dal Centro Vaccinale (CV) di ASST.			

(*) Nel computo dell'obiettivo di copertura, al numeratore si devono ricomprendere tutti gli assistiti in carico al MAP vaccinati anche da Soggetti terzi, riconoscendo la pluralità di offerta esistente in Regione Lombardia e il ruolo di sensibilizzazione da parte del MAP.

Inoltre, le Parti concordano opportuno richiamare, ancorché NON da ricondursi alla presente premialità, l'auspicabile impegno nell'attività vaccinale stagionalizzata rivolta prioritariamente ai pazienti cronici, secondo modelli che favoriscano al contempo lo sviluppo della capacità organizzativa dei MAP e l'aderenza al percorso procedurale per la somministrazione di vaccinazioni, come tracciato in **Allegato 2** della presente Intesa.

Vaccinazioni di interesse:

- ✓ Anti Herpes Zoster
- ✓ Anti Difterite-Tetano-Pertosse
- ✓ Anti Covid-19 (oltre la previsione della co-somministrazione con vaccino antinfluenzale)
- ✓ Anti Pneumococco (oltre la previsione della co-somministrazione con vaccino antinfluenzale)

Partecipazione attiva all'attività di testing per la diagnosi eziologica delle sindromi respiratorie su base virale

I MAP vengono dotati di Tamponi Nasofaringei (TNF) antigenici rapidi per la diagnosi eziologica delle seguenti infezioni virali:

- SARS-CoV-2
- INFLUENZA A
- INFLUENZA B
- VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE

Ad ogni Medico verranno distribuiti fino a 150 TNF da utilizzare nel proprio ambulatorio. Tale impostazione di metodo è eventualmente estensibile anche in ambito di AFT, consentendo una differente distribuzione di TNF a MAP nel limite del numero complessivo di TNF assegnabili ad ogni singola AFT.

Il riconoscimento economico per singolo TNF effettuato e registrato in SMI è pari a Euro **8,00**.

I MAP potranno altresì aderire ad attività di testing organizzate dalle ASST all'interno delle Case di Comunità con riconoscimento economico per singolo TNF effettuato e registrato in SMI pari a Euro **8,00**.

BILANCIO DI SALUTE

La quota intera di premialità è pari ad Euro **1.500,00** per MAP a valere sui fondi di progetto per l'attività su base oraria.

I MAP chiamano attivamente i propri assistiti nati 1973 per l'effettuazione di un vero e proprio "bilancio di salute" secondo una scheda di Anamnesi ed Esame Obiettivo che tenga conto di quanto indicato in Allegato 6 al fine di sensibilizzare gli assistiti alle campagne di screening mediante interventi di counseling/educazione sanitaria. Ad esito di tale attività i MAP trasmettono al Dipartimento Cure Primarie di ASST una relazione anonima dei "recuperi" ottenuti e delle ragioni prevalenti di diniego allo screening da parte degli assistiti interessati.

Si prevede che il tempo per l'effettuazione del "bilancio di salute" (anamnesi+esame obiettivo) sia pari a 30 minuti a paziente. Stimando un carico teorico di circa 20 pazienti a MAP si ipotizza un carico orario a Medico pari a circa 10 ore/anno, a cui si aggiunge il tempo per gli aspetti operativi connessi alla chiamata attiva e all'organizzazione dell'attività nei propri studi.

La corresponsione della premialità, a valere sui fondi di progetto per l'attività su base oraria, sarà così articolata:

Attività	% Quota di premialità	Area di risultato per il singolo MAP	Valore economico della premialità
Adesione al “bilancio di salute” per elevare il grado di <i>Copertura Screening oncologici</i>	50	Compilazione ed invio al Dipartimento Cure Primarie del format di ADESIONE	Euro 750,00
	50	Invio ad ASST, entro il 31 marzo 2026 (*), della relazione anonima dei “recuperi” ottenuti e delle ragioni prevalenti di diniego allo screening ad esito del “bilancio di salute” effettuato ad almeno il 50 % degli assistiti target o fino a 10 pazienti, riconoscendo quale target individuale massimo il numero di 20 pazienti in carico al singolo Medico	Euro 750,00

(*) per l’anno 2026 è inteso dal 01.04.2026 al 31.10.2026, coorte 1974.

Assistenza Ambulatoriale e domiciliare per il contenimento delle ospedalizzazioni per diabete, BPCO e scompenso cardiaco

Tale progettualità coniuga l’attività di presa in carico dei pazienti cronici con la telemedicina, quale area di lavoro di rilievo per favorire la relazione tra MAP e specialisti di branca verso una migliore conoscenza reciproca e integrazione Ospedale-Territorio.

Nello specifico si vuole dare avvio al *Teleconsulto - Scenario 1: Teleconsulto tra MAP/PLS e Specialista*. L’implementazione di tale servizio, come evidenziato da dati raccolti in progettualità regionali e in progetti strutturati condotti a livello locale da specifiche ASST, può concorrere al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- ✓ Miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva, con conseguente contenimento delle liste di attesa
- ✓ Riduzione degli accessi in Pronto Soccorso e minor ricorso a prestazioni specialistiche, con conseguente contenimento dei costi
- ✓ Efficientamento e personalizzazione del processo di presa in carico del paziente
- ✓ Valorizzazione delle competenze professionali e miglioramento dell’integrazione tra Ospedale e Territorio.

Nell’ambito delle Cure Primarie il *Teleconsulto tra MAP e Specialista* rappresenta uno strumento che favorisce la collaborazione professionale, promuovendo e facilitando forme di collaborazione professionale tra i Medici Specialisti e i MAP. Può essere sincrono o asincrono, in presenza o meno del paziente e può avere diverse finalità a seconda del bisogno clinico e assistenziale. Può rappresentare inoltre una modalità di discussione di PDTA, linee guida, protocolli operativi o procedure aziendali, indipendentemente dalla discussione di un singolo caso clinico. L’utilizzo strutturato e diffuso del Teleconsulto MMG/PLS-Specialisti può contribuire al miglioramento della appropriatezza prescrittiva con conseguente riduzione delle liste di attesa e all’efficientamento dell’accesso e del percorso personalizzato di cura del paziente. Il processo del teleconsulto tra MAP e Specialista viene descritto nelle relative istruzioni operative, oggetto della D.G.R. n. 3671/2024. La presa in carico del paziente cronico e/o fragile per la Medicina di Famiglia può essere facilitata mediante l’avvio e il consolidamento della telemedicina nell’attività di studio del medico e nel programma di qualificazione dell’assistenza domiciliare.

La Telemedicina può rappresentare **per la Medicina di Famiglia**, nella **presa in carico del paziente cronico e/o fragile con attenzione alle fasce d'età più avanzate**, una vera e propria implementazione del modello della PIC, dando anche prospettive di sviluppo per le **progettualità a «ponte» tra territorio e ospedale** quali (in coerenza con l'AIR 2024 per la Medicina Generale e senza pretesa di esaustività):

- ✓ Progetto di prevenzione delle complicanze del piede diabetico;
- ✓ Sorveglianza post-critica di lesioni cutanee con effettuazione di medicazioni complesse

In ragione di quanto qui sopra descritto, si prevede l'avvio e l'applicazione di almeno uno scenario di teleconsulto per almeno 20 pazienti cronici a Medico.

Strumenti

Strumento indispensabile per l'avvio del progetto è la individuazione da parte degli specialisti di branca della ASST di slot settimanali dedicati alla teleconsultazione, prenotabili da parte del MAP con le stesse modalità con cui un cittadino prenoterebbe una visita specialistica. Nel caso di oggettiva indisponibilità di tale strumento, non si vanifica l'Area di Risultato del progetto.

Svolgimento

- Ogni volta che lo ritiene opportuno per uno dei propri assistiti, il MAP emette ricetta dematerializzata per una teleconsultazione specialistica e – al fine di individuare lo slot meglio compatibile con i propri orari di lavoro – la utilizza in prima persona (o tramite il proprio personale di studio) per prenotare una teleconsultazione
- Al termine della teleconsultazione – eventualmente integrata con lo scambio di dati prima, durante o dopo la teleconsultazione stessa – il MAP ne registra l'esito nel proprio software gestionale, avendo cura di inserire anche la PPIP PTeleconsulto nel portale di rendicontazione dell'attività accessoria messo a disposizione di ASST
- All'inizio di ogni mese il MAP rendiconta le teleconsultazioni effettuate, insieme al flusso delle altre PPIP del mese precedente

Si stabilisce una quota pari a Euro 1.500 per ciascun MAP che effettuerà almeno 20 teleconsultazioni nel semestre successivo all'effettiva fruibilità del servizio.

La corresponsione della premialità, a valere sui fondi residui di cui al Decreto del Direttore Generale welfare N. 4189 del 27/03/2025) e/o sui fondi di cui alla DGR 4891 del 01/08/2025 (nel contesto di eventuali progettualità di cui all'Allegato B), sarà così articolata:

Attività	Quota di premialità	Area di risultato per il singolo MMG	Valore economico della premialità
Avvio e applicazione di almeno uno scenario di teleconsulto per i propri pazienti	1/3	Compilazione ed invio al Dipartimento Cure Primarie del format di ADESIONE al Teleconsulto	Euro 500,00
	2/3	Avvio e applicazione di almeno una richiesta di teleconsulto per almeno 10 pazienti prioritariamente con gli specialisti di branca cardiologica, pneumologica, internistica.	Euro 1.000,00

		Si evidenzia in questa sede la possibilità di sperimentare il teleconsulto in fase di invio dei casi per i quali il MAP sospetti diagnosi di decadimento cognitivo ai Centri regionali per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)	
--	--	---	--

Telemonitoraggio di tipo 1 nei pazienti in ADP/PSD

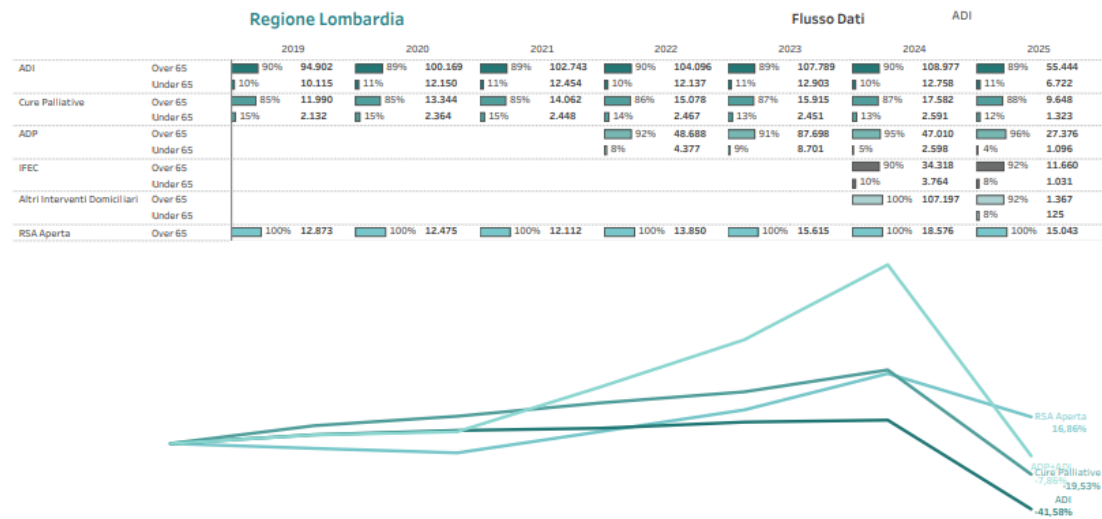
Tale attività ha lo scopo di favorire uno sviluppo qualitativo e quantitativo dei Programmi di Assistenza/Sorveglianza Domiciliare Programmata prevedendo che il monitoraggio delle condizioni di stabilità clinica dell'assistito in telemonitoraggio venga valorizzato in misura pari all'Accesso Domiciliare Programmato di Euro **18,90**. I dispositivi di telemonitoraggio di tipo 1 saranno distribuiti ai MAP dalle ASST presso le CdC.

La DGR 717 del 24/07/2023 ha generato un indubbio impulso all'incremento della Presa In Carico (PIC) al domicilio degli assistiti eleggibili, con età ≥65 anni, in tutti i setting di assistenza dedicati.

L'obiettivo target 2024 per Regione Lombardia pari a 216.818 unità è stato pienamente raggiunto.

I dati consultabili in dashboard regionale documentano un contributo di rilievo fornito dalle Cure Primarie. Come si osserva in figura 1, e considerando esclusivamente gli assistiti presi in carico con età ≥65 anni, i Medici di Assistenza Primaria (MAP) hanno preso in carico direttamente al domicilio (*ADP + Altri interventi domiciliari*) il 46% della popolazione valorizzata in dashboard.

Fig. 1 – N. assistiti presi in carico in tutti i setting di assistenza domiciliare – annualità 2024. Fonte Dati Dashboard Regione Lombardia CureDomiciliariPNRR



La sorveglianza di norma prevede 2 accessi al mese, fino ad un massimo di 4 accessi al mese (1 accesso a settimana) nel caso di introduzione del *Telemonitoraggio di Tipo 1* o della *Teleassistenza* generando così un’alternanza tra sorveglianza in presenza e in telemedicina.

In linea con le linee di Programmazione 2025, con riferimento al Telemonitoraggio di Tipo 1, per l’avvio degli scenari di applicazione dei servizi minimi di Telemedicina, si prevede l’attuazione dello *scenario 1* quale processo a gestione territoriale, nel quale vengono coinvolti principalmente i MAP e i professionisti sanitari che operano nei servizi territoriali (IFeC, personale ADI, Infermierie di studio del MAP).

Con riferimento alla Teleassistenza si prevede l’attuazione dello *scenario 1* quale processo di attivazione della Teleassistenza dal setting domiciliare/territoriale.

Le tariffazioni di telemedicina di seguito individuate vengono assunte in analogia con le ipotesi tariffarie di Regione Lombardia di cui alla DGR 3630 del 16/12/2024 sopra citata, nel contesto di un primo avvio in ambito di Assistenza Primaria.

La tariffazione per il Telemonitoraggio di Tipo 1 è pari ad Euro 120,00 – Codice TM.03 – e ricomprende un piano trimestrale rinnovabile di controlli, definito dal MAP, ed è inclusivo di un *Percorso di Teleassistenza*.

La tariffazione della Teleassistenza è pari ad Euro 30,8 - Codice TA.01 – e ricomprende un PERCORSO DI TELEASSISTENZA INFERMIERISTICA (almeno 4 prestazioni al mese, nell’ambito di un piano assistenziale). Non associabile a TM 0.3. La *Teleassistenza Infermieristica* si può sovrapporre agli accessi al domicilio da parte del Medico o dell’Infermiere.

Si richiama in questa sede quanto previsto dalla DGR 3720 del 30/12/2024 ad oggetto *DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2025* con riferimento alla “riorganizzazione” dei 3 setting di cura al domicilio da parte del Medico di Assistenza Primaria, come segue:

1. ADP Attività esclusiva del medico. Paziente non trasportabile ma in situazione di stabilità clinica
È possibile combinare ADP e PSD, se la frequenza è mensile; quindi, il paziente viene visitato ogni 15 giorni.
EVOLUZIONE: Teleassistenza; Teleconsulto con specialisti; Percorsi specifici per patologia: progetto Demenze Alzheimer/Diabetologia
La tariffa prevista per l'applicazione del *Teleconsulto* o della *Teleassistenza* da parte del MAP è pari a Euro 17,90 per ogni singolo controllo sull'assistito
2. PSD Attività esclusiva dell'Infermiere di Studio/IFeC Paziente non trasportabile/trasportabile ma in situazione di stabilità clinica Frequenza: fino a 4 accessi/mese
EVOLUZIONE: telemonitoraggio.
La tariffa prevista per l'applicazione del *Telemonitoraggio di Tipo 1* è pari a euro 18,90 per ogni singolo controllo effettuato dall'Infermiere di studio.
3. ADI Lo stesso ACN prevede l'attività di ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA; pertanto, l'infermiere può alternarsi al medico nel piano di cura dei pazienti, che, ai sensi dello stesso ACN hanno profilo diverso da ADP. Condizione del paziente instabile.
MOTIVAZIONE DELL'ATTIVITÀ:
 - Dimissione ospedaliera
 - Paziente in ADI – CDOM
 - Presa in carico per lo sviluppo di percorsi educazionali
 - Richiesta attivazione ADI-CDOMFREQUENZA: settimanale
EVOLUZIONE: altre prestazioni:
 - Catetere
 - Prelievo a domicilio
 - Medicazione complessa (progetto vulnologia)
 - Prevenzione Piede Diabetico=> telemonitoraggioLa tariffa prevista per ogni singolo accesso ADI è pari a euro 18,90 oltre alle PPIP.

Nel corso del 2024 in dashboard regionale i setting di assistenza domiciliare sono stati integrati da “*Altri interventi domiciliari*”. Si esplora in questa sede la possibilità di arricchire l'attività vaccinale al domicilio degli assistiti più fragili con lo screening nutrizionale quale procedura, espletata anche a distanza, capace di identificare individui a rischio di malnutrizione o già malnutriti, per poi avviare una valutazione più approfondita e interventi mirati.

L'applicazione dello screening nutrizionale su soggetti vaccinati al domicilio prevede una rendicontazione da parte del Medico di accesso al domicilio ulteriore rispetto a quello dell'effettuazione della vaccinazione.

In tabella seguente si rappresentano gli scenari di telemedicina applicabili all'assistenza/sorveglianza domiciliare con le tariffazioni proposte in prima applicazione dei nuovi percorsi.

Setting	Soggetto attuatore	Scenario di Telemedicina applicabile	Tariffa in Euro
ADP	Medico	Teleconsulto effettuato dal MAP	
		Teleassistenza effettuata dal MAP	17,90 per ogni singolo controllo
		Telemonitoraggio di tipo 1 effettuato dal MAP	120,00 per un piano trimestrale rinnovabile di controlli, definito dal MAP che sia inclusivo di un <i>Percorso di Teleassistenza</i>
PSD	Infermiere	Teleassistenza infermieristica (almeno 4 prestazioni al mese)	30,80
		Telemonitoraggio di tipo 1 effettuato dall'Infermiere	18,90
ADI	Medico e/o Infermiere	Teleconsulto effettuato dal MAP	
		Teleassistenza effettuata dal MAP	17,90 per ogni singolo controllo
		Telemonitoraggio di tipo 1 effettuato dall'Infermiere	18,90

Le ASST condividono in sede di Comitato Aziendale le modalità di rendicontazione dell'attività al domicilio e dei controlli in Telemedicina su base mensile al fine del corretto riconoscimento economico dell'attività verso il Medico attuatore, nonché al fine di garantire la valorizzazione di ogni controllo in Telemedicina come accesso al domicilio per l'obiettivo PNRR PIC al domicilio over-65, anno in corso.

ASSISTENZA MEDICA NEGLI HOT-SPOT INFETTIVOLOGICI

In considerazione della bontà dell'esperienza Hot-Spot infettivologici 2024, anche per il 2025 sono previste assegnazioni economiche alle ASST oltre a quelle che alimentano il fondo della Medicina Convenzionata, per l'espletamento da parte dei *MAP di specifiche attività definite dalle Aziende anche con soggetti terzi, in forma organizzata e continuativa, al di fuori degli orari di attività convenzionale, nell'ambito degli Accordi Attuativi Aziendali* per il concorso al contenimento degli accessi impropri al Pronto Soccorso nel contesto del Piano Pandemico Influenzale (PANFLU) – **Allegato 5**.

Il compenso orario è definito ai sensi dell'art. 28 comma 2 del vigente ACN, è pari a Euro 90,00/ora.

PRESENZA MEDICA NELLE CASE DI COMUNITA' EX ART. 28 ACN VIGENTE

Con la presente Pre-intesa si vuole sperimentare il modello di presenza medica nelle CdC e segnatamente: si prevede l'attivazione di ambulatori diurni presso le Case di Comunità, utilizzando il sistema organizzativo della continuità assistenziale. Gli ambulatori diurni nelle Case di Comunità possono:

- Assolvere alle funzioni degli Ambulatori Medici Temporanei (AMT), al fine di garantire l'assistenza sanitaria primaria agli assistiti che non trovano temporaneamente capienza nelle liste dei Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta
- Fornire supporto alle attività dei Punti Unici di Accesso (PUA) ad esempio per eventuali bisogni prescrittivi o valutativi di specifiche condizioni di fragilità
- Effettuare attività legate alle campagne vaccinali

Nelle ore di presenza presso le CdC il MAP può attendere a queste e/o ad altre specifiche progettualità definite negli Accordi Attuativi Aziendali e coerenti con gli Accordi Integrativi Regionali.

Inoltre si prevede, sempre in via sperimentale, la partecipazione del MAP alle attività negli Ospedali di Comunità

Tale attività viene ricompresa nel disposto normativo contenuto all'art. 28 del vigente ACN che al Comma 2 definisce che *Il medico con attività a ciclo di scelta non può svolgere in libera professione attività già previste dal presente Accordo e dagli accordi decentrati in favore dei propri assistiti. Fanno eccezione, a titolo esemplificativo, alcune prestazioni tra cui ... specifiche attività definite dall'Azienda anche con soggetti terzi, in forma organizzata e continuativa, al di fuori degli orari di attività convenzionale, nell'ambito degli Accordi Attuativi Aziendali.*

In virtù di tale previsione le parti convengono che la presenza medica nelle CdC e/o negli OdC, così come definito nella presente Pre-intesa, rientri nell'alveo di una **sperimentazione** che possa consentire ai Medici con incarico a ciclo di scelta aderenti e alla Parte Pubblica di misurarne gli effetti nelle sedi istituzionali della Medicina Generale.

Il riconoscimento economico, a valere sui fondi della Medicina Convenzionata assegnati in BPE 2025 alle ASST e definito ai sensi dell'art. 28 comma 2 del vigente ACN, è pari a Euro **90,00/ora**.

La disponibilità dei MAP a ciclo di scelta a partecipare alle attività dell'Ospedale di Comunità (OdC), a valere sui fondi della Medicina Convenzionata assegnati in BPE 2025 alle ASST e definito ai sensi dell'art. 28 comma 2 del vigente ACN, è valorizzata in misura pari a Euro **110/ora**.

MISURE STRAORDINARIE RIGUARDANTI I MEDICI IN CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Considerata la grave e persistente carenza di Medici di Medicina Generale sul Territorio regionale, confermata anche dalla scarsa adesione all'ultimo bando ordinario, e in continuità con le misure introdotte dalla DGR 951 del 18.09.2023, si ritiene necessario adottare, in via temporanea ed eccezionale e senza ulteriori oneri di spesa, le seguenti azioni volte a garantire la copertura assistenziale di primo livello sul territorio regionale:

1. Incarichi temporanei di assistenza primaria a ciclo di scelta per medici corsisti

a) Per i medici iscritti al **terzo anno di corso di formazione specifica in medicina generale**, cui è stato conferito un incarico temporaneo, il massimale di scelte può essere elevato fino a **1.500 assistiti su base volontaria**.

Le Aziende possono prevedere, in accordo con il Medico, una **crescita graduale del massimale**, con incrementi di 50 scelte ogni 6 mesi, al fine di consentire un adeguato adattamento del medico, ancora in formazione, al nuovo carico assistenziale.

b) Per i medici iscritti al corso di formazione, cui è stato conferito un incarico temporaneo, con un massimale di **1.000 assistiti**, possono essere acquisite ulteriori scelte **nel limite del 20%**, ai sensi dell'art. 39, commi 4-5-6-7 dell'ACN vigente, solo su accettazione scritta del Medico.

2. Incarichi temporanei di assistenza primaria per medici corsisti già incaricati

Per i medici in formazione specifica, iscritti a qualsiasi anno di corso con incarico a tempo determinato a ciclo di scelta e a cui venga conferito un nuovo incarico temporaneo sul medesimo ambito di assistenza primaria, a seguito della partecipazione alle procedure di cui all'art. 34 ACN, le Aziende possono valutare l'opportunità, in accordo con il Medico, di elevare il massimale fino a 1.500 nel rispetto del limite massimo assoluto di 1.500 scelte. Ciò al fine di non generare disagi sulla platea degli assistiti iscritti al Medico, preservando la continuità di cura.

DELEGAZIONI TRATTANTI E COMITATI

Sia per i Comitati che per le Delegazioni trattanti, in adempimento all'art. 17 ACN vigente, si conferma il gettone di presenza pari ad Euro 180,00.

NORMA FINALE

Resta inteso che per quanto non citato nel presente accordo restano in vigore le indicazioni del precedente Accordo Regionale 2024, restano confermati i finanziamenti per le progettualità della ex Continuità Assistenziale e Formazione ai sensi dell'AIR 2007 e 2009.

ALLEGATO 1

Rappresentazione in forma tabellare degli ambiti della Medicina Generale accostati agli obiettivi strategici delle ASST (*AREA* e *DESCRIZIONE OBIETTIVO*) e agli indicatori (*INDICATORE*) di cui ai Decreti del Direttore Generale al Welfare ad oggetto *DECLINAZIONE DEGLI INDICATORI RELATIVI AGLI OBIETTIVI DELLA ASST – ANNO 2025*.

Per ogni Obiettivo e Indicatore è individuata una specifica Progettualità/Attività di cui al presente Accordo Integrativo Regionale.

Le Aree di interesse in ambito di Cure Primarie sono così individuate:

1. Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)
2. Prevenzione
3. Rete territoriale
4. Telemedicina

DGR 4434 del 26.05.2025				
AMBITO DELLA MEDICINA GENERALE	AREA	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	PROGETTUALITA' AIR 2025
Prevenzione e promozione della salute	Prevenzione	Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione	Capacità di una regione di garantire un'offerta adeguata in termini di prevenzione della patologia influenzale	Prevenzione della Patologia Influenzale
	Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) (*)	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA - PAP TEST - HPV TEST, MAMMELLA, COLON RETTO] rappresenta la quota di popolazione residente ed eleggibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	Copertura oncologici Screening
Partecipazione a programmi di salute pubblica	Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) (*)	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D14C: Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici a. Sono considerati i seguenti farmaci: Classe ATC J01 b. Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi	Contrasto all'Antibiotico resistenza
	Prevenzione	Valutazione per l'area territoriale della prescrizione degli antibiotici attraverso la classificazione AWaRe, che suddivide gli antibiotici	Gli antibiotici "Access" sono raccomandati per la maggior parte delle infezioni, presentando uno spettro di attività ristretto e un buon profilo di sicurezza; gli antibiotici "Watch" sono destinati a	

		in tre categorie: Access (accesso), Watch (attenzione) e Reserve (riserva), per promuovere un utilizzo più mirato ed efficace di questi farmaci essenziali.	condizioni specifiche, con un uso più controllato per limitare lo sviluppo di resistenze; gli antibiotici "Reserve" sono riservati alle infezioni da agenti multiresistenti, per preservarne l'efficacia nel tempo per preservarne l'efficacia nel tempo	
Gestione delle patologie croniche	Rete territoriale	Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili	Raggiungimento target PIC previsto per l'anno 2025 ➤ Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici dei MMG non aderenti a cooperativa ≥10% Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici dei MMG aderenti a cooperativa ≥20%	Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili
	Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) (*)	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale / Ospedaliera	PDTA03(B): Garantire un'adeguata aderenza al trattamento con Beta bloccanti nello scompenso cardiaco (maggiore o uguale al 75% dei giorni coperti dal trattamento) nei 12 mesi successivi alla prima prescrizione dopo il ricovero indice	Assistenza Ambulatoriale e domiciliare per il contenimento delle ospedalizzazioni per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
	Telemedicina	Avvio del Teleconsulto tra Medici di Assistenza Primaria/Pediatri di Libera Scelta (MAP/PLS) e Medici Specialisti	Creazione di agende specialistiche dedicate al teleconsulto con MAP/PLS in almeno 2 branche specialistiche e con almeno 2 ore settimanali di disponibilità per ciascuna specialità.	
		Adozione della Telemedicina - Telemonitoraggio di tipo 1 pazienti cronici	Creazione di agende specialistiche dedicate al teleconsulto con MAP/PLS in almeno 2 branche specialistiche e con almeno 2 ore settimanali di disponibilità per ciascuna specialità.	Telemonitoraggio di tipo 1 nei pazienti in ADP/PSD
Assistenza Ambulatoriale e domiciliare	Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) (*)	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D03C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Assistenza Ambulatoriale e domiciliare per il contenimento delle ospedalizzazioni per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
	Prevenzione	Valutazione per l'area territoriale della prescrizione degli antibiotici attraverso la classificazione AWaRe, che suddivide gli antibiotici in tre categorie: Access (accesso), Watch (attenzione) e Reserve (riserva), per promuovere un	Gli antibiotici "Access" sono raccomandati per la maggior parte delle infezioni, presentando uno spettro di attività ristretto e un buon profilo di sicurezza; gli antibiotici "Watch" sono destinati a condizioni specifiche, con un uso più controllato per limitare lo sviluppo di resistenze; gli antibiotici "Reserve" sono riservati alle infezioni da agenti	

		utilizzo più mirato ed efficace di questi farmaci essenziali.	multiresistenti, per preservarne l'efficacia nel tempo per preservarne l'efficacia nel tempo	
--	--	---	--	--

(*) Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) così come introdotto dal DM 77/2022 all'Art. 2. *Monitoraggio* comma 3 "Ai fini del monitoraggio degli standard dell'assistenza territoriale, relativamente ai livelli essenziali di assistenza, si rinvia all'Allegato I del decreto del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria» del 12 marzo 2019, ai sensi dell'articolo 5 del medesimo decreto".

MODELLI ORGANIZZATIVI PER LA PARTECIPAZIONE DEI MAP ALL'ATTIVITÀ VACCINALE DI ASST

1. GESTIONE DIRETTA DELL'ATTIVITÀ IN AMBITO DI AFT

Destinatari dell'offerta	Assistiti target dell'ambito di AFT, iscritti negli elenchi MAP	
Proposta attiva di vaccinazione	Ogni MAP della AFT, per i propri assistiti	
Sede dell'attività	Studio medico/altre sedi del territorio/Ambulatorio CdC	
Agende ARVAX/non ARVAX	Personale infermieristico e amministrativo di studio	
Gestione vaccini – Magazzino Lotti e consegne		ASST/MAP
Gestione vaccini – Stoccaggio Ai fini della garanzia di stabilità ed efficacia del prodotto, lo stoccaggio di vaccino in frigorifero richiede la disponibilità di idonee apparecchiature per il controllo del mantenimento della temperatura tra 2 e 8 °C, con registrazione dei valori H24, da produrre in caso di shock termico. <i>La modalità organizzativa di sedute vaccinali pianificate da più MMG (vaxday) consente, nella stessa giornata, il ritiro del vaccino e la restituzione dell'eventuale esubero, presso sedi ASST.</i>		ASST/MAP
Consenso informato /Anamnesi	MAP	
Seduta vaccinale	MAP e personale infermieristico di studio	
Registrazione in portale ARVAX	MAP e personale infermieristico di studio	

La retribuzione per l'attività svolta dal MMG, con il contributo del personale infermieristico/amministrativo di studio, è riconosciuta come segue:

- ✓ Compenso per singolo inoculo: € 6,16
- ✓ Compenso aggiuntivo per vaccinazione anti Covid (complessità organizzativa): € 3,00
- ✓ Compenso aggiuntivo per vaccinazione al domicilio: € 18,90
- ✓ Riconoscimento per raggiungimento obiettivi di progetto pari a Euro 1.500,00

La retribuzione per l'attività svolta dal MAP e dal personale infermieristico/amministrativo di studio è riconosciuta come segue nel caso di **attività vaccinale destagionalizzata**:

- ✓ Compenso per singolo inoculo: €6,16
- ✓ Compenso aggiuntivo per vaccinazione anti Covid (complessità organizzativa): € 3,00
- ✓ Compenso aggiuntivo per vaccinazione al domicilio: € 18,90
- ✓ Riconoscimento per raggiungimento obiettivi di progetto

2. PARTECIPAZIONE DELLA AFT ALL'ATTIVITA' GESTITA DAL CENTRO VACCINALE

Destinatari dell'offerta	Assistiti target dell'ambito di AFT, iscritti negli elenchi di MAP o afferenti agli AMT del territorio	
Proposta attiva di vaccinazione	Ogni MAP della AFT, per i propri assistiti	
Sede dell'attività	Centro Vaccinale/Ambulatorio CdC	
Agende ARVAX	ASST/MAP	
Gestione vaccini - Magazzino lotti e consegne	ASST	
Gestione vaccini – Stoccaggio	ASST	
Consenso informato /Anamnesi	MAP	
Svolgimento seduta vaccinale	MAP/Personale infermieristico di ASST	
Registrazione in portale ARVAX	MAP/Personale ASST, secondo modello organizzativo del CV	

La retribuzione per l'attività svolta dal MAP e dal personale infermieristico/amministrativo di studio è riconosciuta come segue, nel caso di **attività nell'ambito di campagne vaccinali**:

- ✓ Compenso per singolo inoculo: € 6,16
- ✓ Compenso aggiuntivo per vaccinazione al domicilio: € 18,90
- ✓ Riconoscimento per raggiungimento obiettivi di progetto pari a Euro 1.500,00

La retribuzione per l'attività svolta dal MAP e dal personale infermieristico/amministrativo di studio è riconosciuta come segue nel caso di **attività vaccinale destagionalizzata**:

- ✓ Compenso per attività libero professionale su base oraria (**): € 60,00/ora
- ✓ Compenso aggiuntivo per vaccinazione al domicilio: € 18,90
- ✓ Riconoscimento per raggiungimento obiettivi di progetto

(**) *Il medico con attività a ciclo di scelta non può svolgere in libera professione attività già previste dal presente Accordo e dagli accordi decentrati in favore dei propri assistiti. Fanno eccezione, a titolo esemplificativo, alcune prestazioni tra cui ... specifiche attività definite dall'Azienda anche con soggetti terzi, in forma organizzata e continuativa, al di fuori degli orari di attività convenzionale, nell'ambito degli Accordi Attuativi Aziendali.*

PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL PIEDE DIABETICO
Primo livello di monitoraggio del paziente presso lo studio del Medico di Medicina Generale

CONTESTO

Si riporta in letteratura come circa il 30% dei pazienti diabetici di età superiore ai 40 anni soffra di disturbi a carico degli arti inferiori (polineuropatia e arteriopatia periferica) e che circa il 15-20% degli stessi andrà incontro, nel corso della vita, ad un'ulcera del piede, con necessità di cure, talora sino all'intervento chirurgico demolitivo.

La DGR n. 6253/2022 pone in carico alle Cure Primarie la gestione del primo livello avvalendosi, secondo necessità del quadro clinico, del supporto del segmento specialistico.

OBIETTIVO

Il progetto ha la finalità di fornire al Medico di Medicina Generale (MMG) e all'Infermiere di studio gli strumenti utili a garantire la **diagnosi precoce di neuropatia e/o vasculopatia in pazienti affetti da diabete mellito tipo II**, al fine di ridurre e contenere i possibili aggravamenti della patologia diabetica, concorrendo al contempo ad un abbattimento dei costi di gestione e cura delle complicanze.

ATTIVITA'

Erogazione di un monitoraggio con interventi di anticipo diagnostico ed educazionali, assicurati dalla forma associativa avanzata della Medicina Generale, per tramite dell'Infermiere di studio e secondo un percorso condiviso.

L'attività prevede, nello specifico, *l'utilizzo di strumentazione a basso impatto tecnologico* per la diagnosi ed il monitoraggio della malattia (Monofilamento di Semmens/Diapason).

L'arruolamento dei pazienti al progetto richiede che siano soddisfatti entrambi i seguenti criteri:

1. Pazienti reclutati nell'ambito dell'attività di Presa in Carico del Cronico (PIC)
2. Pazienti affetti da diabete tipo II, senza episodi pregressi di ulcerazioni, con specifici fattori di rischio evidenziati nel corso della prima visita di presa in carico.

I pazienti già in cura presso Centri Specialistici possono essere anch'essi arruolati dal MMG, stante l'adesione del paziente e un passaggio di consegne/definizioni di ruoli tra i differenti livelli di cura.

AREA DI RISULTATO

L'adesione formale del MMG al progetto prevede il raggiungimento degli obiettivi di seguito specificati:

1. Presentazione di un progetto elaborato in Forma Associativa/AFT
2. Partecipazione di MMG/Infermiere ad evento formativo ECM, con la condivisione di un *percorso di monitoraggio e counselling* per i pazienti target

LA GESTIONE INTEGRATA DELLA VULNOLOGIA IN AMBITO TERRITORIALE***SORVEGLIANZA POST-CRITICA DI LESIONI CUTANEE E MEDICAZIONI COMPLESSE PRESSO LO STUDIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE*****CONTESTO**

Le Lesioni Cutanee sono un problema rilevante in termini di costi e di risorse per il SSN, sia per la complessità del loro trattamento che per la loro prevenzione e se ne osserva il costante aumento, anche in relazione all'invecchiamento della popolazione. L'ISTAT prevede che la popolazione ultraottantenne in Italia - quella presso cui si concentra il maggior fabbisogno assistenziale - passerà dagli attuali 2,9 a ben 7,7 milioni nel 2030. In termini generali, si stima in 2 milioni il numero di persone affette in Italia da lesioni croniche cutanee e, più precisamente:

- ✓ Le ulcere da decubito colpiscono circa l'8% dei pazienti ospedalizzati e tra il 15% e il 25% di quelli ricoverati nelle strutture di lungo degenza
- ✓ La prevalenza delle ulcere degli arti inferiori è dell'1% circa nella popolazione generale, con un picco del 3,6% nella popolazione con età superiore a 65 anni
- ✓ Il 15% dei pazienti diabetici presenta un'ulcera del piede e il numero delle lesioni è destinato ad aumentare in previsione dell'aumento dei pazienti diabetici nel prossimo decennio.

OBIETTIVI

Nell'ottica del processo di qualificazione delle Cure Primarie in ambito territoriale, si propone la sperimentazione di ambulatori dedicati alle medicazioni avanzate, presso le sedi delle Forme Associative della Medicina Generale/Case di Comunità.

Negli ambulatori, l'attività è svolta da personale infermieristico specificamente addestrato, con la supervisione del Medico di Medicina Generale, che mantiene la responsabilità clinica del processo.

ATTIVITA'

Target elettivo del progetto sono i pazienti deambulanti, individuati dai Medici della Forma Associativa/AFT, ma in casi specifici, potrà essere garantito l'accesso al domicilio.

Si prevede l'erogazione delle seguenti prestazioni:

1. Visita per sorveglianza post-critica di lesioni cutanee
2. Effettuazione di medicazioni complesse

Le medicazioni semplici (eseguite su ferite pulite, senza perdita di sostanza e che solitamente guariscono per prima intenzione) rientrano nell'attuale ACN come Prestazione di Particolare Impegno Professionale (PPIP), vengono già regolarmente garantite dalla Medicina Generale ed esulano, pertanto, dalla presente trattazione.

3. Attività di educazione sanitaria ed addestramento del paziente, per una partecipazione attiva al processo di cura.
4. Invio a struttura di secondo livello, per casi complessi: questa attività prevede necessariamente l'integrazione dei diversi attori della rete assistenziale di ASST, atta a garantire la sinergia nella presa in carico del paziente.

REQUISITI NECESSARI PER L'AVVIO DEL PROGETTO

1. Formazione continua del personale medico e infermieristico, per l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici aderenti alle Linee guida nazionali ed internazionali in ambito di ASST
2. Definizione dell'elenco del materiale e delle modalità di approvvigionamento presso ASST

AREA DI RISULTATO

L'adesione formale del MMG al progetto prevede il raggiungimento degli obiettivi di seguito specificati:

1. Presentare un progetto elaborato in Forma Associativa/AFT
2. Assicurare percorso formativo Infermiere, in ambito di ASST

PIANO STRATEGICO-OPERATIVO NAZIONALE DI PREPARAZIONE E RISPOSTA A UNA PANDEMIA INFLUENZALE (PanFlu)

Nel periodo dell'anno maggiormente soggetto alla diffusione delle sindromi respiratorie su base virale (novembre – dicembre – gennaio) prevedere l'attivazione di hotspot dedicati (in ogni ASST) con apertura 7/7 preferibilmente dalle ore 20:00 alle ore 24:00 dal lunedì al venerdì e in fascia oraria diurna il sabato, la domenica e i festivi in cui operano MAP, possibilmente affiancati da figure infermieristiche.

Negli hotspot, allestiti nelle CdC delle ASST, il MAP ha a disposizione ecografi per l'effettuazione di ECO-FAST polmonare e TNF antigenici rapidi per la diagnosi eziologica delle seguenti infezioni virali:

- SARS-CoV-2
- INFLUENZA A
- INFLUENZA B
- RSV

L'hotspot viene avviato a valle di formazione specifica regionale (breve FAD) unitamente a sistema di consultabilità del Servizio di Malattie Infettive Ospedaliero di riferimento locale secondo le modalità organizzative individuate da ASST

L'hotspot è attivabile dal NEA116117/UNICA

Nei mesi sopra indicati, gli hotspot si affiancheranno alle sedi di Continuità Assistenziale manifestando una capacità di risposta più mirata verso le sindromi influenzali, integrandosi con il complesso sistema della continuità assistenziale secondo il modello regionale, contenendo, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate.

La retribuzione per l'attività svolta dal MAP è riconosciuta come segue: compenso per attività libero professionale su base oraria (*): € 90,00/ora.

BILANCIO DI SALUTE

La prevenzione secondaria punta alla diagnosi precoce attraverso programmi di screening e controlli mirati. In Lombardia sono disponibili strumenti efficaci per individuare tempestivamente patologie oncologiche e cardiovascolari.

Screening oncologici

Programmi disponibili

- **Mammografia:** Raccomandata ogni 2 anni per le donne tra 50-69 anni, con possibile estensione a 74 anni. Secondo stime recenti dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC), partecipare allo screening organizzato su invito attivo riduce del 35% la probabilità di morire per cancro della mammella.
- **Colon-retto:** Ricerca di sangue occulto fecale ogni 2 anni per uomini e donne dai 50 ai 74 anni. La partecipazione a questo screening garantisce una riduzione stimata del 25% della mortalità per questo tumore.
- **Cervice uterina:** Pap test ogni tre anni (25-29 anni); HPV test ogni 5 anni per le donne dai 30 ai 64 anni. L'efficacia dello screening cervicale è stata dimostrata sia dal confronto della riduzione della mortalità per tumore della cervice uterina in aree geografiche in cui sono stati attuati screening di popolazione, sia da studi non randomizzati (caso-controllo).

Azioni: la medicina generale riveste un ruolo fondamentale nel garantire che i pazienti siano consapevoli e correttamente inseriti nei programmi di screening oncologici disponibili. È importante che i mmg verifichino ciascun assistito chiamato sia a **conoscenza degli screening** a cui ha diritto e che abbia effettivamente **avviato il percorso preventivo** previsto dal territorio. Se un paziente non risulta incluso nei programmi di screening, il medico deve fornire informazioni chiare sull'importanza della prevenzione oncologica, spiegando i benefici e i possibili rischi connessi alla mancata partecipazione. È essenziale che **il MAP** non si limiti a informare, ma **si impegni a facilitare concretamente l'accesso dello stesso ai servizi di screening**.

Prevenzione terziaria

La prevenzione terziaria si concentra sui pazienti già diagnosticati con una patologia cronica o complessa.

Raccomandazioni:

- Follow-up regolari
 - Verifica dell'aderenza terapeutica tramite incontri periodici e strumenti di monitoraggio, anche da remoto. L'aderenza ai follow-up migliora significativamente gli esiti clinici: ad esempio nel diabete, una gestione regolare riduce le complicanze macrovascolari e microvascolari.
 - Valutazione grado di aggiornamento dei piani di cura integrati con gli specialisti, in base alla valutazione di eventuali cambiamenti nei parametri dell'assistito.
- Gestione delle complicanze
 - Screening delle comorbidità (es. depressione in pazienti con patologie croniche).
 - Identificazione precoce di segni di peggioramento clinico, con intervento tempestivo per evitare ospedalizzazioni non necessarie.

Azioni: i MMG hanno un ruolo chiave nel garantire continuità assistenziale. In particolare, possono garantire un'ottimale presa in carico dei pazienti, facendo da raccordo con gli specialisti da cui gli assistiti sono in cura.

Conclusione

Un approccio sistematico e integrato alla prevenzione da parte dei medici di medicina generale rappresenta uno strumento fondamentale per migliorare gli esiti di salute della popolazione. Questo documento intende supportare i MMG nell'adozione di buone pratiche basate su evidenze scientifiche, rafforzando il loro ruolo centrale nella promozione della salute.