



## **DOCUMENTO DEL SINDACATO MEDICI ITALIANI (SMI) PER L'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE DELLA SARDEGNA PER LA MEDICINA GENERALE**

30 agosto 2023

### **Premessa**

Il prossimo Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Regione Sardegna per la medicina generale dovrà tener conto dello stato di difficoltà dei medici sardi, che si è acuito dopo la pandemia.

Il nuovo AIR dovrà dare risposta alla carenza dei servizi sanitari sul territorio e intervenire sulle incombenze burocratiche che pesano sul lavoro dei medici. Si dovrà puntare in modo deciso all'adeguamento salariale.

L'assistenza e la cura al cittadino con le sue molteplici necessità coinvolgono diversi organi ed istituti della sanità e del sociale. Per quanto riguarda i medici di medicina generale, si dovrebbero considerare le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) come il moderno epicentro medico di assistenza primaria in cui convergono i bisogni sanitari dei cittadini, in un trait d'union con le tematiche assistenziali sanitarie propriamente definite e tenendo conto delle condizioni sociali.

Nelle AFT il medico a ruolo di scelta adempie alle visite programmate per appuntamento, finalizzate al mantenimento dello stato di salute dell'assistito e per

soddisfare, nel proprio studio medico singolo o di gruppo, le necessità di cura del malato acuto e cronico.

Nell'ambito delle AFT, il medico, stabilisce e coordina, inoltre, la gestione del suo paziente nella cronicità e nel malato acuto a livello domiciliare con il sostegno e il raccordo con i medici a ruolo orario nello svolgimento degli accessi domiciliari.

L'Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Regione Sardegna per la medicina generale Anno 2023 dovrà tener conto :

del D.M .77/2022 nei Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nell'intero territorio regionale nel rispetto dell'organigramma del Servizio Sanitario Nazionale e suoi relativi finanziamenti.

Lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Sistema Sanitario Regionale, tenendo conto del quadro normativo e di assetto del SSN, deve essere in grado di soddisfare i bisogni sanitari della popolazione e le sue condizioni demografiche nei diversi territori, di pianura, montani e delle aree rurali e urbane.

L'assistenza territoriale rappresenta lo strumento indispensabile analitico dei bisogni socioassistenziali, e soprattutto sanitario che da questi ne derivano, al fine di perseguire una programmazione finalizzata alla presa in carico degli stessi e della capacità di modularne nel tempo l'adeguamento alla variabilità che sopravviene a tali esigenze della popolazione.

Non si può prescindere dal modello organizzativo in cui il Distretto svolge il ruolo cardine del buon andamento dello standard organizzativo determinato con le Case di Comunità quando saranno istituite.

Il ruolo centrale e prevalente è rappresentato dai medici che operano nel territorio e nelle strutture organizzate delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT). Nell'AFT operano i Medici di Assistenza primaria a ciclo di scelta e a ciclo orario.

L'integrazione dell'AFT nei suoi medici a ciclo orario e di scelta con le Centrali Operative Territoriali per la loro ordinaria competenza di presa in carico dell'assistito, esclusa l'urgenza spettante all'emergenza territoriale(118).

Compito dell'AFT diviene l'ottimizzazione dell'assistenza ambulatoriale degli assistiti in carico; del giusto valore di esercizio dell'assistenza domiciliare, che integrata e del paziente cronico; del tessere una rete di cure palliative appropriata; e quando evidente e necessario il servizio alla salute dei minori, donne coppie e famiglie.

La prevenzione diviene compito istituzionale dell'AFT sia sanitaria, ambientale, e in condizioni climatiche sfavorevoli di concerto con il Distretto previo riconoscimento economico di impegno in tale azione.

## **I LEA**

La Sardegna è stata promossa in Prevenzione ma bocciata nell'area Ospedaliera e Distrettuale.

Il nuovo sistema del ministero della Salute valuta distintamente le tre aree di assistenza (ospedale, distretto, prevenzione) attribuendo un valore distinto (tra 0 e 100, soglia minima di adempienza 60) in modo da non consentire la compensazione tra livelli e restituire una fotografia più corretta sul rispetto dei Lea. La Sardegna, per il 2020, 70,79 punti in Prevenzione, 48,95 per l'area Distrettuale e scende a 59,26 per l'Ospedaliera.

La Sardegna, per il 2020, supera solo una delle macro aree del sistema di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) del ministero della Salute (Prevenzione), ma viene bocciata in area Ospedaliera e Distrettuale. A dirlo è il rapporto pubblicato e basato sul Nuovo sistema di garanzia (Nsg) che valuta distintamente le tre aree di assistenza (ospedale, distretto, prevenzione) e attribuisce loro un valore compreso in un range 0-100 (la garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora, entro ciascun livello, sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60, in modo da non consentire la compensazione tra livelli). Il punteggio di ogni area è determinato dalla media pesata dei 22 indicatori core. Per queste ragioni il nuovo AIR deve prestare attenzione alla medicina del territorio e alla soddisfazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

## **CARENZA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

La situazione di carenza riscontrata già da tempo in diverse realtà aziendali della nostra regione sia nel settore dell'Assistenza primaria che della Continuità assistenziale, con analoghe implicazioni in termini di riduzione dell'offerta assistenziale ai cittadini continua a persistere.

Riteniamo utile porre in essere tutti gli strumenti contrattuali nazionali e della contrattazione regionale utili a garantire la più ampia partecipazione dei medici di medicina generale, così duramente colpiti in questi due anni dalla grave situazione sanitaria al fine di incentivare sia i giovani colleghi alla attività della medicina generale sia scoraggiare, con misure incentivanti o con la piena attuazione di quanto già previsto negli accordi vigenti, i prepensionamenti e /o il ricorso alle dimissioni.

Vorremmo, inoltre, rivolgere la nostra attenzione per delineare un percorso che arrivi ad AIR che contenga un effettivo adeguamento salariale per la categoria medica. Di

fronte all'inflazione, agli elevati costi di gestione degli studi medici occorrerebbe prevedere: una quota capitaria integrativa regionale per garantire i percorsi integrativi contrattuali regionali e per le aree disagiate; una indennità per la dematerializzazione e un adeguamento delle indennità per tutte le varie prestazioni aggiuntive per rispondere alla crisi della medicina generale. Tenendo conto della fiscalità che potrebbe vanificare eventuali vantaggi economici ricavati.

## **IL RUOLO DELLE AFT**

L'assistenza e la cura al cittadino con le sue molteplici necessità coinvolgono diversi organi ed istituti della sanità e del sociale. Per quanto riguarda i medici di medicina generale, si dovrebbero considerare le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) come il moderno ambulatorio del medico di assistenza primaria in cui convergono i bisogni sanitari dei cittadini, in un *trait d'union* con le tematiche assistenziali sanitarie propriamente definite e tenendo conto delle condizioni sociali.

Nelle AFT il medico a ciclo di scelta adempie alle visite prevalentemente programmate ambulatoriali per appuntamento, finalizzate al mantenimento dello stato di salute dell'assistito e per soddisfare, a livello ambulatoriale, le necessità di cura del malato acuto e cronico. Nelle AFT, il medico, stabilisce e coordina, inoltre, la gestione del suo paziente nella cronicità e nel malato acuto a livello domiciliare con il sostegno e il raccordo con i medici a ciclo orario nello svolgimento degli accessi domiciliari. Di tutto questo deve tener conto questo AIR.

I compiti della AFT definiti in termini generali dall'ACN sono: a) contribuire ad assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti ai sensi dell'articolo 46 del vigente ACN; b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, anche attraverso l'istituzione di ambulatori distrettuali gestiti sia da medici a rapporto orario che da medici a ciclo di scelta, che dessero disponibilità in tal senso, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente; c) garantire, nei limiti del sistema messo a disposizione dei medici convenzionati, la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.

Per le AFT / Per i mmg 38 ore settimanali diurne, dal lunedì al venerdì onnicomprensive da spartirsi tra ambulatorio, domiciliari e case di comunità quando verranno istituite o ambulatori distrettuali, in base alle disponibilità ASL e proprie del mmg.

( esempio: 4 ore ambulatorio-3 ore x domiciliari e case di comunità quando verranno istituite/ambulatorio distrett. – 1 ora settimanale per aggiornamento ).

Tutte le varie attività già incluse (Adi, Adp, Pip..) o la nuova proposta Pid sono incluse negli ambiti orari indicati.

Per la C.A. 38 ore settimanali, feriali 20/08, prefestivi e festivi 08/08 riconoscimento dell'orario notturno (con indennità ulteriore in tali orari e/o versamento Enpam riconoscitivo del servizio notturno prestato).

## **AREE DISAGIATE E DISAGIATISSIME**

È prevista una ulteriore quota regionale in quota capitaria per attività in aree disagiate e disagiatissime. L'assegnazione di queste risorse alle ASL avviene attraverso specifici finanziamenti regionali da parte della Regione Sardegna.

Ogni ASL dovrà individuare, nell'ambito della propria Azienda di appartenenza, e indicare a Regione eventuali aree disagiatissime che presentino obiettive e impegnative condizioni di erogazione dell'attività assistenziale (a titolo di esempio per la particolare e impervia localizzazione degli studi, per le condizioni di isolamento o di sicurezza nelle quali il MMG si trova ad operare, il numero di assistiti senza possibilità di scelta, elevato costo degli affitti, etc.). Al gruppo di medici operanti in questi ambiti spetta un compenso cumulativo comprensivo di quote variabili e di quote aggiuntive (comprensivi di oneri previdenziali) che vengono destinante di ufficio in relazione alla particolare situazione che i medici si trovano a fronteggiare nell'erogazione dei servizi. La medicina generale, è stata messa in discussione dalla carenza dei medici che non si riesce a colmare; alcune aree territoriali sono state abbandonate, per prima quelle socialmente più disagiate o quelle geograficamente meno raggiungibili. Per questo bisognerebbe prevedere un incentivo importante per i giovani medici che operano in zone disagiate per assistere pazienti.

## **PROGETTI DI TELEMEDICINA**

Fondamentale nel percorso di presa in carico a domicilio è la programmazione delle attività in accordo con il paziente e la famiglia o i caregiver stabilendo il collegamento con piattaforme tecnologiche di presa in carico che consentano la circolarità delle informazioni da parte di tutti gli attori coinvolti nella presa in carico. Il medico del ruolo unico dovrebbe poter richiedere, prescrivere, attivare, o erogare direttamente la prestazione in telemedicina. Sono da riprendere, a tal fine, le esperienze in essere in tema di trasmissione di segnali biomedici e telemedicina, coinvolgendo la rete di offerta del SSR.

## **I SERVIZI INFORMATIVI**

In ambito ICT (Information and Communication Technologies) sanitario si dispongono di fondi regionali, statali ed europei ma non si vedono progetti di sanità elettronica che semplifichino il lavoro nel settore. Gli attuali gestionali in uso non rispondono alle esigenze quando non le complicano.

Andrebbe aperto un tavolo tecnico in cui si affrontassero i problemi e si condividesse una strategia per riprogettare il sistema informativo e telematico per la sanità regionale con l'obiettivo di ripensare gli applicativi tuttora in uso e/o acquisire nuovi hardware e software. Servirebbe un unico programma gestionale regionale che utilizzando interfacce semplificate (concordate con gli operatori sanitari) consentisse di gestire le cartelle cliniche degli utenti, la comunicazione con il FSN di ciascuno pur nel rispetto della relativa normativa sulla privacy; andrebbe ripensata la gestione delle impegnative e informatizzata meglio quella dell'ADI. Ripensato o meglio sostituito CUPWEB i cui codici tariffari e relative esenzioni non sono univoci per tutta la regione, non consente di vincolare esami e prestazioni agli erogatori e soprattutto non è capillarmente diffuso né l'aggiornabile online se con costosi interventi in loco.

## **ATTIVAZIONE DELLA DEMATERIALIZZATA**

Considerata l'entrata in vigore del nuovo ACN il 28/4/2022, visto il precedente ACN consolidato del 29/07/2009 e del DM 02 novembre 2011, si ritiene quanto segue: L'ACN consolidato del 2009 prevedeva all'art 59 bis e ter l'invio di ricetta elettronica ma non dell'attivazione della dematerializzata, prevista dal decreto ministeriale del 2 novembre 2011 e non recepita dalla contrattazione nazionale e quindi non prevedente apposito finanziamento; considerato che il vigente ACN, prevede che non vi siano oneri a carico del medico per l'adeguamento informatico e tecnico per l'inoltro, la stampa o l'invio della ricetta dematerializzata, si deve considerare un adeguato finanziamento per i succitati oneri tecnico - informatico e informativi.

Pertanto vista l'inerzia della regione si chiede un incontro ad hoc, nell'ambito del rinnovo dell'AIR per prevedere alla verifica delle spese in capo ai medici e al relativo capitolo di finanziamento.

## **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

In relazione all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione bisogna preservare il ruolo dei medici di Continuità Assistenziale (CA), che consenta una maggiore copertura del territorio in orario diurno e nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), per una sempre più appropriata risposta ai bisogni dell'assistito.

Bisogna assicurare su tutto il territorio regionale le attività mediche della Continuità Assistenziale con piena integrazione con le AFT fino a ricoprire le 38 settimanali.

Le attività mediche della Continuità Assistenziale sono fondamentali per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza. Occorre, inoltre, assicurare alle sedi di CA particolari misure di sicurezza per tutelare il lavoro dei medici da possibili rischi ed aggressioni.

## **ATTIVITÀ DEL 118**

Per le attività del 118 la Regione Sardegna, per le sue competenze, si deve attivare concretamente per il passaggio alla dirigenza degli attuali medici 118 convenzionati, garantendo il riconoscimento dell'anzianità riconosciuta in convenzione. Bisogna adottare misure che favoriscono la copertura di tutto il territorio regionale del servizio 118 con un adeguato numero di professionisti formati, con la massima copertura del territorio e con l'integrazione con tutti i servizi sanitari e medici, come previsto dal PNRR. E' necessario garantire, altresì, le condizioni di sicurezza per gli operatori e per i pazienti.

## **PROPOSTA CURE DOMICILIARI TERRITORIALI**

Occorre implementare le cure domiciliari territoriali e prestazioni sanitarie a domicilio per tutti i pazienti over 65 pluripatologici o con gravi difficoltà ad accedere ai servizi territoriali, tenuto conto dell'invecchiamento della popolazione. La Regione Sardegna in accordo con le organizzazioni sindacali istituisce, un progetto per il ***paziente over 65*** pluripatologico o con gravi difficoltà ad accedere ai servizi territoriali.

L'attivazione necessita di autorizzazione del Distretto che dovrà rispondere entro 15 giorni.

Il progetto per il ***paziente over 65*** pluripatologico si configura come una innovazione dell'organizzazione assistenziale domiciliare dove il Medico di Medicina Generale, stabilisce il piano assistenziale e coordina la presa in carico domiciliare anche attraverso il supporto di sistemi informatici di telemedicina e/o la collaborazione di figure professionali in carico al medico.

Per i pazienti ultra65enni che rientrano nelle fattispecie di cui sopra, il Medico di Medicina Generale può attivare il servizio ***paziente over 65*** pluripatologico, qualora

non presente già altro servizio domiciliare, della durata di un anno, rinnovabile. Per l'attivazione e il rinnovo, il medico redigerà una scheda multidimensionale per la presa in carico del paziente, su idoneo portale e per la cui compilazione e monitoraggio gli verrà corrisposta una somma di 75,00 euro (l'attivazione della scheda che è contestuale all'avvenuta prima visita domiciliare).

Il medico che attiverà la presa in carico domiciliare si impegna a effettuare un minimo di 4 fino a un massimo di 6 visite domiciliari annuali di controllo, garantendo inoltre un monitoraggio clinico mensile anche attraverso l'utilizzo di sistemi informatici. Qualora le condizioni cliniche del paziente richiedessero un incremento del numero delle visite domiciliare e dell'intensità di presa in carico, si procederà all'attivazione di altro tipo di assistenza territoriale (ADI/ADP, ecc.) questo dovrà essere concordato con il Distretto territoriale.

Verificare la possibilità di corresponsione di una cifra unica annuale per la presa in carico e gestione del 10% dei propri ultra65enni garantendo dei passaggi propri e dell'infermiera e la telemedicina come previsto dal DM 77/2022.

Per quattro visite domiciliari del servizio sopra menzionato, nel corso di un anno, verrà corrisposta al medico una somma di 160,00 euro complessive.

Per i pazienti per i quali è attiva il servizio sopra menzionato è possibile richiedere in maniera concordata col distretto, accessi da parte di personale infermieristico del distretto stesso, visite specialistiche domiciliari e esami strumentali a domicilio con refertazione anche sul FSE.

Alla scadenza dell'annualità, qualora persistessero le condizioni che hanno determinato l'attivazione del servizio, il **paziente over 65** pluripatologico potrà essere rinnovata con la redazione di una nuova scheda multidimensionale. **Costi:**

- attivazione PID con compilazione e relativo aggiornamento della scheda multidimensionale informatica.
- n. 3-4 visite domiciliari del medico
- eventuali incentivi x attività infermieristica.
- eventuali incentivi x implementazione sistemi informatici x le televisite.

## **AGGIORNAMENTO ECM**

La Regione e le ASL dovranno garantire in modo adeguato e coerente i corsi di ECM in tutta l'isola, in particolare dovranno essere attivati corsi relativi alla nuova organizzazione territoriale e allo svolgimento della professione medica. In presenza e FAD.

## **BUROCRATIZZAZIONE**

Dare piena attuazione al piano regionale di semplificazione. Le pratiche burocratiche quotidiane sottraggono del tempo prezioso dalla normale attività clinica dell'ambulatorio medico, la pandemia Covid non ha insegnato nulla in questo ambito.

I medici del territorio dovrebbero essere liberati dalla burocrazia per dare loro un tempo maggiore da dedicare agli screening, alle visite domiciliari per la gestione delle cronicità ecc. ,invece si va in controtendenza. Un medico di medicina generale lavora quotidianamente per 12 ore al giorno tra adempimenti amministrativi, ambulatorio, visite domiciliari, reperibilità telefonica ecc. e purtroppo in alcune circostanze è anche costretto a redigere i certificati di malattia su sistema Tessera Sanitaria con prognosi rilasciata in forma cartacea da altri colleghi dopo aver rivisitato il paziente .

La Regione Sardegna deve destinare maggiori fondi per il personale amministrativo e di segreteria che affianchi tutti i medici di medicina generale nelle attività di AFT.

## **PNRR**

La Regione Sardegna s'impegna a proporre un progetto nell'ambito del PNRR che obblighi le aziende sanitarie a destinare incentivi per migliorare le retribuzioni dei medici di medicina generale che, tra le priorità, non possono fare a meno d'investimenti sulle politiche delle pari opportunità considerato che, per la prima volta, nel 2019, è stato certificato un sorpasso delle donne medico nella categoria. Per la presa in carico degli over 65 sono stati previsti dei fondi del PNRR. La Regione Sardegna s'impegna a implementare il progetto regionale più sopra proposto in questo ambito.

## **LO STATO DEI FINANZIAMENTI DELL'AIR E PROPOSTE**

In merito all'art. 47 ACN triennio 2016-2018, bisogna considerare tutte le novità, alla luce della creazione di un nuovo assetto organizzativo dell'Assistenza Primaria che prevede la creazione come già costituita nel territorio Regionale suddiviso in AFT.

(Aggregazioni funzionali territoriali).

Di fatto vanno a scomparire i concetti strutturali della medicina generale come Assistenza Primaria e della Continuità Assistenziale (sacrificata) e rinnovate in un Compito o Ruolo orario diurno preponderante e notturno integrato ed organizzate (si spera) per interfacciarsi meglio con i Servizi di emergenza (118).

Il presupposto sembra sia che tutto ciò che non rappresenta l'emergenza debba essere indirizzato alle AFT. Nelle fasce notturne e prefestive festive.

Le coperture finanziarie previste dall'ACN in corso non fanno che, giustamente, fare riferimento a voci storiche che andrebbero certamente riviste, in quanto di mera comodità.

Si riferiscono a comportamenti ancora esistenti e che mal si prestano a definire i nuovi istituti del ruolo orario e di scelta dell'Assistenza Primaria e delle competenze delle Aggregazioni Funzionali Territoriali.

Non permettono una chiara distinzione economico-finanziaria del quanto (soprattutto per l'AFT e ruolo di scelta) rappresenta equo indennizzo per l'aspetto economico per i mali amministrativi e professionali operanti nell'AFT.

### **Oggi secondo l'articolo 47 dell'ACN economicamente si riconosce: Quota capitaria**

Compenso aggiuntivo assistiti over 75 e under 14.

Assegno ad personam per chi ha la convenzione.

Prima del 2005

Quota di ponderazione MMG

Maggiore morbilità MMG

Fondo ponderazione cessati aziendale (di cui nei nostri cedolini in diverse aziende non c'è traccia).

### **Quota d'ingresso per le prime 500 scelte.**

#### **Quota variabile:**

I Il governo clinico che prevede obiettivi regionali (di varia natura), cure palliative, appropriatezza prescrittiva.

II Quota incremento AIR 2010 che in futuro riceverà una riduzione necessaria a finanziare l'indennità di referente di AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale).

III Quota annua di 0.20 cent (secondo ACN 2010), che la Regione Sardegna non ha messo a disposizione per gli assistiti con patologia cronica.

#### **Quota dei servizi:**

Il nostro ACN contempla l'allegato 6 delle PPIP che prevede dei miglioramenti a livello regionale, previo accordi.

Il dato statistico epidemiologico dovrebbe essere sempre remunerato a parte con la prestazione PPIP per qualunque natura e utilizzo ne sia fatto in quanto rappresenta un frutto del nostro lavoro e impegno professionale.

Dunque una sola attivazione per paziente, compilazione semplificata che passi attraverso i nostri software che devono obbligatoriamente interfacciarsi con qualunque attività da svolgere semplificata con tale modalità.

Qualunque altro tipo di servizio va trattato economicamente **in AAIRR e non può essere imposto.**

Quindi nella fattispecie piani terapeutici, governo clinico da integrarsi con ulteriore incentivo economico finalizzato a prestazioni base delle AFT.

Quota fondo aziendale dei fattori di produzione:

Tale fondo sarà composto dai comparti previsti secondo l'articolo 46 dell'ACN Marzo 2005, estremamente semplificativo, che ci impone di andare a vedere l'articolo 59 dello stesso ACN (2005).

Non rientrano in tale fondo la quota variabile del comma 1 della lettera B dell'articolo 47 del vigente ACN del 2018 (2016-18).

L'articolo 46 dell'ACN Marzo 2005 rappresenta un'epigrafe storica di quel momento che, certamente si spera, nei prossimi ACN sia ripreso e semplificato nel diritto acquisito e ci permetta di eliminare elementi distorsivi di interpretazione applicativa e definizione appropriata di quanto demandato alle regioni, a cui in parte si andava a sostituire.

Ponendo dei vincoli attuativi economico-finanziari che oggi rappresentano una scusante al finanziamento adeguato a rilancio innovativo modernizzante dell'assistenza primaria.

**Dunque oggi abbiamo nella realtà sarda:**

I un'indennità informatica di 100\* euro mensili

II reperibilità telefonica di 0.29 euro/mese a paziente

III collaboratore di studio 0.41 euro paziente/mese

IV infermiere 5 euro/paziente per anno

V medicina di rete 0.43 euro/paziente per mese

VI medicina di gruppo 0.625/ paziente per mese

VII medicina di associazione 0.21 euro/paziente per mese

La voce indennità informatica, secondo ACN 2005, fu portata a euro 77.47 incrementata a euro 100 con l'AIR vigente con apposito fondo.

A riguardo, a partire dal 2012-13, le aziende sarde con la scusante di scarsa copertura di fondi a chi faceva richiesta di tale indennità, ha omesso di erogare la quota nazionale di euro 77.47 prevista con un risparmio evidente.

È evidente che l'organizzazione del singolo medico in AFT per compiti e ruoli amministrativi e sanitari rappresenta il presupposto per un buon funzionamento efficace nell'attività produttiva che non può e non deve essere a prevalente carico del medico di assistenza primaria.

È compito dunque non demandabile che i costi di gestione dell'attività medica vadano a svantaggio della produttività, come si evince dagli attuali budget finanziari disponibili che verranno convogliati a finanziare i fattori produttivi dell'AFT.

È auspicabile che in questa Regione, viste le disponibilità finanziarie presenti nel 2023 nel bilancio regionale, per quanto non fatto e non speso di circa un miliardo di euro o poco più; vi possa essere la volontà politica, consiliare e pubblica regionale di rendere fruibili le risorse necessarie a tale scopo per il benessere sanitario e sociale dei cittadini meno abbienti.

Rimane al nostro sindacato il dovere di esporre tale situazione ed offrire il nostro miglior operato con responsabilità gestionale delle risorse che ci saranno messe a disposizione.

Per quanto riguarda l'assistenza primaria a ciclo orario sono indispensabili le 38 ore settimanali e andrebbe, rispetto a quanto indicato in ACN la prospettiva di concedere regionalmente durante l'orario notturno.

L'indennità per la dematerializzata deve essere molto implementata tenendo conto del grande impegno dei medici.