

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE MEDICI DI MEDICINA GENERALE
ANNO 2020
PREINTESA

1. PREMESSA

Il medico di medicina generale nel contesto regionale rappresenta una presenza significativa ed imprescindibile nel sistema territoriale caratterizzato dalla presenza di una multi professionalità nell'erogazione della cura e dell'assistenza (infermieri, specialisti, farmacisti e operatori dei Comuni);

Il ruolo del medico di medicina generale è da leggersi all'interno di un nuovo paradigma di risposta assistenziale unitaria complessiva e programmata in funzione della domanda di salute, diversificata per tipologie specifiche di pazienti e personalizzata attraverso un PAI in base ai bisogni individuali e al contesto familiare e sociale.

i confini entro i quali si caratterizza questa centralità riconoscono i seguenti ambiti:

- ▽ il piano di cura del paziente e la verifica dell'aderenza e della persistenza delle indicazioni previste nel piano di cura ;
- ▽ il sistema di sorveglianza dei pazienti cronici e fragili a livello ambulatoriale e domiciliare, nonché quella sindromica riferita alle malattie infettive;
- ▽ i servizi di accompagnamento del paziente fragile e cronico anche per tramite delle società di servizi;
- ▽ l'individuazione precoce dei bisogni assicurando appropriatezza nell'accesso al secondo livello tenendo anche conto dei limiti della disponibilità del sistema;
- ▽ la relazione tra professionisti del sistema socio sanitario (medici di medicina generale, medici specialisti e personale di assistenza), finalizzato alla continuità delle cure; la finalità avviene anche attraverso strumenti di natura informatica quali la trasmissione di segnali biomedici il telemonitoraggio, il teleconsulto e la televisita;
- ▽ lo sviluppo di un sistema di relazioni con l'area socio sanitaria e sociale per integrare le informazioni sullo stato di salute con quelle derivanti dal contesto di vita.

Le parti concordano di prorogare nella parte economica e normativa l'Accordo Integrativo Regionale in essere anche per il 2020 con le seguenti modifiche/integrazioni.

2. ACCORDI AZIENDALI

Le ATS dovranno stipulare gli Accordi aziendali entro il 31 agosto 2020, nei quali dovranno individuare le attività che intendono assicurare con la quota RAR di 0,81 €/assistito e la ripartizione

dei costi per tipologia di attività.

Resta inteso che per “tipologia di attività” si intendono nel dettaglio i livelli di costo attualmente in essere delle forme associative (medicina di rete e medicina di gruppo) e del personale (collaboratore di studio/infermiere) attivate ai sensi dell’accordo stipulato in data 6 dicembre 2012, approvato con D.G.R. n. IX/4562 del 19/12/2012 così come integrate dalle risorse aggiuntive con l’accordo del 02/05/2019 approvato con D.G.R. n. XI 1591 del 07/05/2019 .

L’attuale distribuzione della percentuale di assistiti sul totale degli assistiti per forma associativa e per personale (di studio e infermiere) porta ad un valore regionale pari a

	% assistiti in carico		
	forma associativa	collaboratore di studio	infermiere
REGIONE	71%	40%	25%

Esistono delle differenze tra le varie ATS maggiori per il personale anche se il dato medio regionale risulta essere significativo.

Per supportare gli ulteriori sviluppi organizzativi previsti anche al fine di rispondere in modo puntuale sia al contrasto dell’infezione COVID-19 sia ai pazienti fragili e cronici, si reputa che

- le risorse già assegnate alle diverse ATS con l’accordo 2019 e non ancora completamente utilizzate pari a € 1.955.015 (oneri compresi) dovranno essere utilizzate dalle predette ATS per il riconoscimento del personale di studio.

Con il presente accordo sono messe a disposizione ulteriori risorse regionali pari a complessivi € (oneri compresi), da impegnare per il riconoscimento di personale infermieristico/personale di studio a cui aggiungere ulteriori risorse pari a complessivi € 1.500.000,00 (oneri compresi), a seguito dell’emanazione del DL 34/2020, per il riconoscimento di personale infermieristico, qualora in sede di conversione venisse confermato il riconoscimento dei costi

- Attesa la situazione attuale e la persistenza di un forte livello di attenzione rispetto al contrasto della diffusione del virus COVID, si reputa che le predette risorse vadano in primo luogo messe a disposizione in via prioritaria delle medicine di gruppo in modo tale che visti i requisiti di accesso al personale infermieristico e la necessità in questo contesto di favorire le economie di scala , possano essere messe a disposizione in modo integrato un maggior numero di ore e di conseguenza offrire agli assistiti maggiori possibilità di governo
- Le risorse saranno assegnate, alle singole ATS proporzionalmente alla popolazione assistita al novembre 2019 e alla consistenza della presenza di personale infermieristico nelle differenti ATS

Le ATS dovranno preliminarmente chiedere ai MMG una manifestazione d’interesse e relativa tempistica per l’acquisizione dell’infermiere e del personale di studio e comunicare alla struttura Cure Primarie della DG Welfare i dati secondo modalità definite da quest’ultima.

Le parti convengono che in caso di mancato pieno utilizzo da parte delle singole ATS delle somme assegnate (rilevate in sede di assestamento di bilancio) , le risorse risultanti dalla verifica saranno ridistribuite fra le altre ATS dando priorità a quelle che sono impossibilitate a dare corso completamente alle richieste presentate dai MMG, secondo un ordine di priorità legato alla consistenza degli assistiti che beneficerebbero del servizio.

3. GOVERNO CLINICO

3.1. Progetti di governo clinico anno 2020

Si prendono atto delle decisioni in merito da parte del Comitato Regionale nella seduta del 11 giugno relativamente ai progetti presentati dalle ATS.

3.2. Residui governo clinico anni precedenti

Fermo restando il ruolo del Comitato Aziendale, i residui di governo clinico resisi disponibili nel precedente esercizio devono essere utilizzati per ulteriori attività progettuali connesse al contrasto della diffusione del COVID-19, per progettualità in aree geografiche “disagiate” o dare soluzione a criticità locali.

Le ATS contestualmente alla sigla dell’AIA dovranno individuare i progetti relativi all’utilizzo dei residui del governo clinico e relativi finanziamenti entro il 15 settembre 2020 e li invieranno alla competente struttura della Direzione Generale Welfare entro il 30 settembre 2020 per le valutazioni del comitato regionale.

I riconoscimenti dei progetti relativi all’utilizzo dei residui del governo clinico e le relative tempistiche saranno definite in sede locale.

4. APPLICAZIONE ATTO INTESA STATO REGIONI IN RELAZIONE ALL’A.C.N. DELLA MEDICINA GENERALE

Si prende atto che in data 18 giugno u..s. è stata sottoscritta un’Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, Rep. Atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni

Si prende atto altresì atto che l’adeguamento contrattuale di cui previsto al comma 1 dell’art 38 del DL 23/2020 così come convertito dalla Legge 5 giugno 2020, n. 40 e come specificato dal comma 3 “viene erogato anche per garantire la reperibilità a distanza dei medici per tutta la giornata, anche con l'ausilio del personale di studio, in modo da contenere il contatto diretto e conseguentemente limitare i rischi di contagio dei medici e del personale stesso”

Si conviene che la reperibilità a distanza costituisca uno strumento di qualificazione della medicina generale. Viene pertanto precisato con il presente atto il disposto dell’ACN art 36 comma 9 che recita “Le modalità di contattabilità del medico al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate nell’ambito degli Accordi Regionali”, nonché quanto previsto dal comma 5 dell’art 47 dell’A.C.N. che recita “*La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve*

tempo possibile”.

A tal fine i medici di assistenza primaria che operano in forma associata possono organizzare la risposta clinica secondo modalità organizzative proprie, anche sulla base di quanto previsto al comma 2.”

Nel merito si conviene che la chiamata urgente nella sua definizione stretta debba trovare risposta attraverso l'utilizzo dei canali del sistema dell'urgenza. Durante le ore di attività così come previste dall'A.C.N. il medico di medicina generale, deve garantire la ricezione delle chiamate anche per tramite del personale di studio e/o società di servizio e dare una risposta ovvero una soluzione alla problematica presentata dal paziente nella stessa giornata.

Le ATS in via preliminare acquisiranno dai medici di medicina generale le modalità con le quali intendono assicurare la reperibilità a distanza. Questo ai fini di una valutazione di efficacia del servizio offerto.

La mancata risposta riscontrata da ATS anche attraverso verifiche a campione, contestata al medico e a seguito della valutazione delle controdeduzioni in accordo con il Comitato Aziendale può costituire elemento per sospendere l'erogazione prevista dall'accordo stato regioni sino all'adeguamento del medico e/o la segnalazione al Collegio Arbitrale.

5. EVOLUZIONE DEL RUOLO DEL MEDICI DI MEDICINA GENERALE: AUMENTO E QUALIFICAZIONE DELL'OFFERTA TRASMISSIONE DI SEGNALI BIOMEDICI: TELEMONITORAGGIO E TELEMEDICINA

Il comma 5 del DL 23/2020 così come convertito dalla Legge 5 giugno 2020, n. 40 recita che “ i medici di Medicina Generale si dotano, con oneri a proprio carico, di sistemi di piattaforme digitali che consentano il contatto ordinario e prevalente con i pazienti fragili e cronici gravi, e collaborano a distanza, nel caso in cui non siano dotati di dispositivi di protezione individuale idonei, in via straordinaria ove fosse richiesto dalle Regioni, per la sorveglianza clinica dei pazienti in quarantena o isolamento o in fase di guarigione dimessi precocemente dagli Ospedali. ”

La struttura competente di Regione supporterà le ATS nella verifica dell'interconnettibilità delle piattaforme scelte dai medici. con la piattaforma regionale. Regione fornirà indicazioni per l'individuazione di strumenti utili quali :

- il telemonitoraggio
- la trasmissione di segnali biomedici
- la Televisita e il Teleconsulto

Il Comitato Regionale si impegna a definire entro il mese di dicembre le informazioni da trasmettere per la predetta interconnessione e che troveranno recepimento nell'accordo regionale a valere per l'anno 2021.

In attuazione della Legge regionale n. 9 che riporta quanto segue : ***“sostenere con oneri a carico del fondo sanitario, l'integrazione della piattaforma regionale a supporto della presa in carico dei sistemi informativi MMG e PLS utilizzati per l'adesione alla PIC, anche in relazione all'attuazione delle norme nazionali vigenti in materia di fascicolo sanitario elettronico”***, verrà

adottato specifico provvedimento che definirà il valore economico del contributo **fino ad un importo massimo di € 100,00.**

6. ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE DELL'OFFERTA DELLE CURE PRIMARIE

Nelle attività di contrasto alla diffusione del COVID-19 si ritiene che assuma importanza rilevante la individuazione di modalità di condivisione delle informazioni e degli strumenti fra Medici di Medicina Generale appartenenti a territori omogenei e fra questi e l'ATS in modo da coniugare la maggiore diffusione possibile delle informazioni con la garanzia della puntuale applicazione di eventuali indicazioni regionali. A tale scopo le ATS dovranno costituire dei centri di riferimento territoriale, facendo riferimento, in forma anticipatoria e in attesa di ulteriori determinazioni nazionali, al lavoro svolto a suo tempo per la mappatura delle AFT, così come individuate successivamente alla costituzione delle ATS. La costituzione dei centri di riferimento territoriale pur non modificando gli attuali livelli organizzativi dei singoli medici, deve peraltro rappresentare elemento di sviluppo di un percorso volto a anticipare la costituzione delle AFT atteso che il presente AIR nell'aumentare la disponibilità del personale fornisce gli strumenti per il funzionamento dell'organizzazione.

I medici di ciascun centro di riferimento dovranno proporre ad ATS un coordinatore; nella individuazione dovrà essere preferito un medico facente parte di una forma associativa di gruppo, in alternativa un medico di una forma associativa di rete e in mancanza di entrambe le categorie di un medico singolo che si avvale del collaboratore di studio.

Il Coordinatore avrà la funzione di curare l'attuazione, nella realtà locale, di quanto definito dagli accordi nazionali e integrativi regionali, favorire la diffusione di linee guida e di protocolli, collaborare con il Direttore del Dipartimento di Cure Primarie e/o con le competenti unità operativa del Dipartimento nell'organizzazione del servizio di Continuità Assistenziale e dell'attività delle USCA, partecipare ad incontri periodici con le strutture di ATS anche al fine di monitorare in modo continuo il grado di diffusione e al contenimento del contagio e la condivisione o il miglioramento ovvero l'adattamento alla realtà locale dei protocolli adottati.

In aggiunta ai riferimenti regionali già attivati in sede locale devono essere sviluppati livelli di relazione tra le cure primarie e la medicina specialistica che possano integrare quanto diffuso a livello regionale in tema di terapia per il contrasto del COVID -19.

Per questa attività viene previsto un compenso iniziale mensile pari a € (oneri compresi)

7. INTEGRAZIONE DEL SISTEMA TERRITORIALE: L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA' e LE USCA

Attese le indicazioni nazionali e anche a seguito degli indirizzi della DGR 2672/2019, che ha focalizzato una serie di ambiti di lavoro dell'infermiere di famiglia, si auspica una equipe territoriale dove l'infermiere di famiglia integri le proprie attività con:

- i medici di medicina generale e di continuità assistenziale;
- le USCA;
- gli infermieri che lavorano negli studi dei MMG

Questo comporta la necessità da parte delle rappresentanze dei MMG di fornire un contributo ai decisori in merito al ruolo dell'infermiere di famiglia prevedendo oltre alle azioni educative, degli interventi diretti a livello domiciliare ma anche ambulatoriale di natura monoprofessionale in accordo con il medico curante che mantiene la responsabilità di cura del paziente.

Per quanto riguarda l'infermiere di comunità si auspica che questo possa opportunamente collaborare con le Agenzie per costruire un'analisi del bisogno della comunità collaborando anche con il sistema socio assistenziale che fa riferimento ai Comuni.

Ciò premesso si tiene di impegnare Regione per la definizione d'intesa con il comitato regionale di un sistema di relazioni tra i soggetti sopra riportati.

8. IMMUNIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE CONTRO IL VIRUS INFLUENZALE

Sulla scorta delle indicazioni della circolare ministeriale del 4 giugno 2020, Regione sta definendo un programma di copertura della popolazione contro il virus influenzale che prevede livelli di copertura in particolare della popolazione anziana che possa contribuire alle azioni di contrasto della diffusione del virus COVID-19.

All'interno del programma quale livello di risultato certo si reputa significativamente rilevante la copertura del 75% della popolazione anziana. In questo senso alle ATS è demandata la definizione dell'organizzazione e dei livelli di partecipazione. In relazione alla redazione del piano demandato alle singole ATS e che dovrà vedere nelle varie fasi la presenza delle rappresentanze dei Comitati Aziendali.

Regione mette a disposizione le risorse economiche per assicurare la somministrazione anche incrementale dei vaccini, mentre alle ATS è dato mandato in merito all'individuazione della logistica conseguente laddove non sia possibile assicurare l'esecuzione presso gli studi dei medici di medicina generale. Si conviene che nell'organizzazione debba essere privilegiato l'affronto organizzativo della problematica attraverso le forme associative che comunque raccolgono quasi il 70% dei medici di medicina generale, ovvero le società di servizio della medicina generale. Resta inteso che nel caso di mancata partecipazione di un medico di medicina generale, previa informazione ai propri assistiti ai quali rimane salvaguardata la libertà di scelta, questi ultimi possano delegare alla immunizzazione la forma associativa alla quale appartengono e/o all'interno della propria ovvero altre forme associative all'interno della forma organizzativa di cui al precedente punto 6.

9. QUALIFICAZIONE DEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE: SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

In relazione al contrasto dell'epidemia COVID e alla concomitante presenza del virus influenzale, si prevede che il medico di CA possa assicurare l'attività di sorveglianza telefonica in accordo con il medico curante nelle giornate festive e prefestive

Si prevede altresì di verificare la fattibilità di una progettualità connessa alla redazione dell'allegato M che prevede l'utilizzo di una scheda di rilevazione della aderenza e persistenza del paziente cronico alla terapia.

Queste attività concorrono alla quota relativa alle attività progettuali.

10. ULTERIORI INDICAZIONI

- 1) Il servizio di continuità assistenziale dei giorni prefestivi infrasettimanali viene anticipato alle ore 8,00; questo in relazione alla mutata organizzazione dell'offerta di continuità assistenziale. E' fatto salvo quanto indicato dall'ACN in merito al mantenimento dell'obbligo di apertura degli ambulatori la mattina.
- 2) Viene istituito un gruppo di lavoro regionale per fornire alle singole ATS indicazioni per la definizione di una Carta dei servizi della medicina generale quale strumento di interfaccia tra paziente e strutture di secondo livello.
- 3) Viene istituito un gruppo di lavoro sia in sede ATS che in sede Regionale per il monitoraggio del funzionamento di Assistant RL e di altri applicativi regionali entrati nell'uso quotidiano del MMG.
- 4) All'interno del piano operativo di potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale si reputa necessario definire con le OO.SS di categoria le attività di raccordo tra la centrale operativa 116-117 e il medico di medicina generale
- 5) Sarà rinnovato l'accordo regionale relativamente ai MET favorendo, viste le specificità, la partecipazione dei professionisti del settore. L'accordo dovrà prevedere una riformulazione della struttura del compenso che tenga conto del mutato ruolo del Servizio e dei MET.
- 6) Il Piano di utilizzo dell'infermiere operante presso le forme associative può prevedere anche l'impiego del predetto personale in un ambito differente dallo studio del medico in funzione di progettualità emergenti. La valutazione del piano di utilizzo rimane in capo ad ATS.
- 7) Non sono reiterate a decorrere dal 1.1.2020 le indicazioni ex AIR 2014 relative al "diritto" del medico trasferito di mantenere le indennità riconosciute dall'ATS di provenienza nel caso di trasferimento ad altra ATS.
- 8) Si conferma per l'anno in corso la valorizzazione economica vigente per la redazione e il rinnovo dei PAI.
- 9) Si reputa altresì che in caso di mancata partecipazione di parte dei medici di medicina generale alla campagna per l'immunizzazione contro il virus influenzale possano essere utilizzati da parte di ATS anche i medici USCA ovvero le infermiere di famiglia che come previsto dal DL 34/20 integrano queste unità di offerta.