

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE MEDICI DI MEDICINA GENERALE ANNO 2022 PREINTESA - In attuazione all'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale triennio 2016-2018

L'Accordo Integrativo Regionale 2022 per la Medicina Generale è finalizzato al raggiungimento di obiettivi di salute dei cittadini tenuto conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari per:

- migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) prevedendo la partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, nella individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente ai fini della presa in carico delle persone affette da patologie croniche;
- collaborare alla riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino attraverso l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate;
- integrare nelle reti territoriali dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza, evitando l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio;
- favorire la partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti.

In relazione a queste premesse e alla necessità di implementare la medicina territoriale in attuazione della l.r. n. 22/21 e della DGR 6387 del 16/05/ 2022 si individuano quali ambiti prioritari di azione i seguenti:

1) AVVIO DELLE CASE DELLE COMUNITÀ ED OPERTIVITÀ DEI DISTRETTI

In ambito regionale sono istituite, nei Distretti delle ASST, le Case della Comunità (CdC) all'interno delle quali sono operativi anche i medici del ruolo unico (Medici di assistenza primaria MAP e medici di continuità assistenziale CA) chiamati a fornire un contributo sia nella fase di progettazione dei modelli operativi, che in quella di una erogazione integrata di prestazioni definite in questo Accordo. Le aggregazioni dei MAP e PLS (AFT e UCCP), nello svolgimento di tali attività, sono ricomprese nelle CdC avendo in esse la sede fisica, oppure essendo collegate funzionalmente alle stesse.

All'interno delle CdC è prevista anche la figura dell'infermiere di famiglia (IF) che opera in collaborazione con i medici di ruolo unico di assistenza primaria e con i pediatri di libera scelta e che risponde ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento con il ruolo di promuovere salute, prevenire e gestire nelle reti multiprofessionali i processi di salute individuali, familiari e della comunità all'interno del sistema delle cure primarie.

2) ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE

Vengono istituite le forme mono professionali (AFT) alle quali afferiscono i medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria, e le forme organizzative multiprofessionali (UCCP) per le quali è previsto il collegamento funzionale con le AFT tramite idonei sistemi informatici e informativi, di norma all'interno delle Case della Comunità.

Ciascuna ATS in accordo con le relative ASST, entro un mese dalla sottoscrizione del presente accordo, individua, all'interno dei Distretti, le AFT corrispondenti, di norma, agli ambiti elementari della Medicina generale, sulla base dei CRT già istituiti come da AIR 2020.

I compiti della AFT definiti in termini generali dall'ACN sono:

- a) 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;
- b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- c) garantire 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.

Le forme organizzative multiprofessionali (UCCP) per le quali è previsto il collegamento funzionale con le AFT tramite idonei sistemi informatici e informativi, realizzano i propri compiti attraverso:

- a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
- b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
- c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

2.1 CARATTERISTICHE DELLE AFT

Le caratteristiche delle AFT sono descritte nell'Art. 29 dell'ACN 2016-2018 che ne definisce anche i compiti e le funzioni.

Le AFT costituiscono il tessuto organizzativo nel quale i medici del ruolo unico di assistenza primaria creano le condizioni funzionali per attuare lo sviluppo dell'assistenza primaria in riferimento a obiettivi definiti e condivisi.

Le AFT assicurano l'erogazione delle attività di cure primarie a tutti i cittadini afferenti territorialmente; garantiscono, ai fini della presa in carico, l'erogazione dell'assistenza secondo il modello organizzativo regionale, in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento (CdC), alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

I medici del ruolo unico componenti la AFT individuano al loro interno il referente ed il suo sostituto. La durata del mandato è triennale (*da concordare durata e modalità di individuazione*).

I compiti del referente AFT sono definiti dall'Art.30 dell'ACN 2016-2018.

Al referente è riconosciuto un compenso di € 300/mese a fronte delle funzioni espletate e un ulteriore compenso di € 2.000 su base annua, a fronte del raggiungimento di determinati risultati declinati annualmente e che per il 2022 si concorda siano quelli di seguito elencati:

- a) partecipazione, relativamente alla CdC di riferimento, alla definizione di accordi e procedure di integrazione delle AFT all'interno della CdC e con gli altri soggetti presenti, in attuazione delle indicazioni regionali in materia; indicatore: partecipazione al 90 % delle riunioni
- b) raggiungimento della copertura vaccinale anticovid – 19 di tutti i pazienti non deambulanti in carico ai medici della AFT, a domicilio, e aderenti alla somministrazione di richiami eventualmente previsti dalla programmazione nazionale e regionale, organizzando la vaccinazione anche per gli assistiti dei medici non aderenti al progetto di Governo Clinico descritto più avanti; indicatore: 100 % dei soggetti non deambulanti, aderenti alla vaccinazione, dei medici della AFT
- c) organizzazione di momenti formativi/informativi con i medici della AFT sull'evoluzione del nuovo modello di cure territoriali; indicatore: n. 3 eventi/momenti formativi nel 2022.
- L'onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 47 ACN, comma 2, lettera B, punto II.

2.2 COMPITI AFT

Tutti i medici dell'AFT contribuiscono all'espletamento di diverse attività nell'ambito di riferimento e quando possibile nel contesto della CdC o forme associative avanzate:

- Vaccinazioni
- Vaccinazioni domiciliari
- tamponi rapidi
- screening
- test diagnostici anche tramite telemedicina
- promozione della salute e counseling
- Attivazione ADI: nell'ambito della presa in carico del paziente cronico è compito del medico di ruolo unico valutare il bisogno assistenziale dell'assistito, valutando e attivando direttamente i profili più semplici e/o prestazionali o attivando l'unità di valutazione multidimensionale, per i casi complessi.

Come definito in ACN, le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT costituisce un elemento per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.

In fase di prima attuazione si concorda che gli stessi indicatori definiti per il referente al punto b) e c) determinano la corresponsione del 15% della suddetta parte variabile, che sarà corrisposta a seguito del raggiungimento di tali obiettivi.

3) GOVERNO CLINICO

Gli accordi aziendali devono prevedere progettualità di governo clinico sulle seguenti tematiche:

1. Partecipazione attiva alla vaccinazione anti-covid-19 (in ambulatorio e al domicilio con la presa in carico di tutti i pazienti non deambulanti) per raggiungere gli obiettivi di copertura previsti per la popolazione destinataria della vaccinazione;
2. Partecipazione attiva ai programmi di screening per il colon retto (con consegna della lettera da parte del medico per recarsi in farmacia), mammella (con prenotazione diretta da parte del medico se disponibili slot presso strutture) e cervice uterina;
3. Appropriatezza prescrittiva (partecipazione agli audit di AFT).

I progetti dovranno essere attuati in relazione alle potenzialità presenti a livello territoriale; dovranno essere individuati per ciascun progetto gli obiettivi, misurabili attraverso indicatori ben definiti e chiari. Ciascun medico potrà aderire ad uno a più progetti; in caso di adesione a più progetti il medico sarà valutato, ai fini del riconoscimento economico, sul progetto nel quale raggiungerà le migliori performances.

3.1 EDUCAZIONE SANITARIA

Tra le attività del medico di ruolo unico e del pediatra di famiglia sono ricompresi gli interventi di educazione sanitaria, condotti anche in collaborazione con l'infermiere di famiglia, rivolti a gruppi di assistiti in base al tipo di patologia (es. guida all'automonitoraggio glicemico, all'auto rilevazione pressoria, schemi nutrizionali per pazienti in sovrappeso, ecc.), da realizzarsi all'interno delle CdC in spazi ed orari dedicati.

4) PROGETTI DI TELEMEDICINA

Nel nuovo assetto organizzativo delle cure primarie il medico del ruolo unico/pediatra di libera scelta rappresenta il responsabile clinico dell'assistito nel percorso di assistenza, anche attraverso la stesura del PAI e l'utilizzo di strumenti adeguati alla presa in carico dell'assistito al domicilio (telesorveglianza/telemedicina).

Fondamentale nel percorso di presa in carico a domicilio è la programmazione delle attività previste dal PAI in accordo con il paziente e la famiglia; il collegamento a 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/pediatra di libera scelta può richiedere, prescrivere, attivare, o erogare direttamente la prestazione in telemedicina.

Si riprende, a tal fine, quanto previsto nell' AIR 2019 estendendo le prestazioni anche ai pazienti non in PIC e con le stesse modalità (Bando per erogatori che rendicontano in 28/SAN, pagamento quota parte a medico, utilizzo di piattaforma integrabile e "dialogante" con quella dell'erogatore). Uno specifico tavolo di lavoro valuterà le sperimentazioni in tema di trasmissione di segnali biomedici e telemedicina, coinvolgendo la rete di offerta del SSR, e/o le forme associative/cooperative di assistenza primaria.

5) RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE

Considerata la criticità accertata in numerosi ambiti del territorio regionale per la copertura delle zone carenti di medicina generale e la grave difficoltà riscontrata nel reperire medici disponibili all'attribuzione di incarichi provvisori, si conferma la possibilità per le ATS/ASST di autorizzare, su base volontaria, l'aumento del massimale individuale fino a 1800 scelte nell'ambito elementare ove si riscontra l'effettiva carenza, mediante scelta "a termine" da parte dell'assistito.

Ai medici incaricati provvisori ai sensi dell'art. 38 del vigente ACN, si applicano gli istituti economici previsti dall'art. 59 lett. B del vigente ACN al fine di mantenere lo stesso standard erogativo ed organizzativo assicurato alla popolazione assistita prima del verificarsi della carenza assistenziale (indennità collaboratore di studio o infermieristico, indennità gruppo/associazione).

In attesa della riforma del tirocinio del corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG), al fine di favorire un'adeguata e immediata copertura assistenziale territoriale, per i medici iscritti al CFSMG di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, incaricati nel settore dell'assistenza primaria (ruolo unico a ciclo di scelta), si applica il massimale individuale di 650 scelte per il primo anno di frequenza del corso e di 1500 scelte per le successive annualità di frequenza.

Nell'ambito di ciascuna AFT il referente, a supporto dell'attività svolta dai medici frequentanti il corso di formazione e incaricati nel settore dell'assistenza primaria, promuove audit, sia su temi clinici e/o relazionali, sia sui processi organizzativi, e di concerto con il dipartimento di Medicina Generale promuove attività di ricerca.

6) QUOTA DEL FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Costituiscono tale fondo i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di personale di studio (personale amministrativo e personale infermieristico) o altro professionista sanitario, come determinati dall'articolo 59, lettera B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., già erogati ai medici alla data di costituzione del fondo stesso. Il valore complessivo del fondo pari a € include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda.

Le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che percepiscono gli incentivi e le indennità di cui al punto II, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici.

In tale fondo vengono ricomprese anche il 50% dei fondi di qualificazione dell'offerta di cui all'ACN 2007, che saranno liquidati solo per il primo semestre 2022, nella forma determinata in tale accordo. La quota già utilizzata per l'indennità informatica e viene attribuita a tutti i medici dell'AFT.

Si individuano inoltre i seguenti fondi:

- A. **Fondi per personale di studio.** Si conviene che a tendere, tutti i medici appartenenti alla AFT debbano avere il supporto di personale di studio (amministrativo/infermiere), che può essere in condivisione tra i medici della AFT. Per i requisiti, si fa riferimento a quanto indicato dagli accordi nazionali e regionali vigenti. Per tale fondo viene impegnata la somma di €
- B. **Fondi per forme associative avanzate:**
 - 1) **Rete:** viene riconosciuta la quota di € / assistito/anno, se i medici afferenti alla rete garantiscono, in aggiunta a quanto previsto dai compiti dell'AFT, la presenza di personale amministrativo anche in condivisione, l'apertura dello studio fino alle 20 nei giorni feriali (L-V), anche a rotazione; la presenza a rotazione, nella sede comune, il sabato e i prefestivi;
 - 2) **Gruppo:** viene riconosciuta la quota di € / assistito/anno se, oltre quanto previsto per la rete, l'attività viene garantita nella sede unica, con personale di studio comune e partecipano ad attività distrettuali, come le vaccinazioni, presso la sede unica, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi della relativa AFT.

7) QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

È prevista una ulteriore quota per attività in aree disagiate. In considerazione delle caratteristiche orografiche del territorio lombardo, sono individuate quali aree disagiate quelle montane,

coincidenti con il territorio della ATS della Montagna e con quello in cui siano presenti “Comunità montane”.

Sono, altresì, individuate come aree funzionalmente e temporaneamente disagiate gli ambiti elementari con

- presenza del 60 % dei medici con 1.800 assistiti
- mancata copertura di posti carenti per due anni consecutivi

In queste aree lo stato di disagio cessa con il venir meno delle condizioni che lo hanno determinato.

Ai medici operanti nelle aree disagiate spetta un compenso pari a... in relazione alla maggiore attività legata da un lato alla lontananza da servizi sanitari e ad un maggior intervento del medico e dall'altro al maggior carico assistenziale impattante sull'erogazione dell'attività, originariamente “tarata” sul massimale di 1.500.

8) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

In relazione all'evoluzione dei bisogni della popolazione, all'avvio del nuovo modello di cure territoriali centrato sulle CdC, alla sperimentazione attuata negli ultimi mesi sulle forme di organizzazione, anche diurna, della Continuità Assistenziale, si condivide la necessità di un approfondimento dell'organizzazione di questo servizio, al fine di valutarne, nel rispetto dell'ACN, la eventuale rimodulazione per una sempre più appropriata risposta ai bisogni dell'assistito. L'ambito in cui effettuare le analisi e le proposte è il Tavolo, istituito a seguito AIR 2021. I lavori dovranno portare alla elaborazione di un documento contenente proposte e tempistica di attuazione, entro un mese dalla sottoscrizione del presente accordo.

(Per esempio: Gli operatori della centrale unica di Continuità assistenziale AREU che ricevono le telefonate dall'utenza, valutano le richieste e, se pertinenti, le trasferiscono ai Medici CA in turno che forniscono consulenza telefonica per la risoluzione della problematica. Nei casi in cui la problematica non possa essere risolta attraverso la sola consulenza telefonica, il MCA attiva il collega della postazione, per la visita a domicilio.)

9) COSTITUZIONE DEL COMITATO AZIENDALE

Il Comitato Aziendale della Medicina Generale è composto da:

- Direttore Generale della ATS o suo Delegato
- Direttori Generali delle ASST o loro Delegati
- Direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie delle ASST
- Rappresentanti sindacali, come definito da ACN

La presidenza è assunta, nella logica del “*primus inter pares*” rispetto ai Direttori Generali di ATS e ASST, dal Direttore Generale della ATS o suo delegato.

L'ATS assicura, attraverso risorse già presenti a livello del Dipartimento PAAPSS e in accordo con le ASST di riferimento, il coordinamento e governo dell'attività necessaria per la stesura e sottoscrizione degli accordi con i medici del territorio di competenza. Tra queste attività rientra la convocazione e la verbalizzazione delle riunioni dei Comitati Aziendali della Medicina Generale e di quello della Pediatria di Libera Scelta.

Alla definizione degli obiettivi degli Accordi Aziendali concorrono in modo unitario l'ATS e le ASST.

L'attuazione degli accordi sottoscritti è in capo alle ASST.