

## **ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE MEDICI DI MEDICINA GENERALE ANNO 2023 PREINTESA -**

L'Accordo Integrativo Regionale 2023 per la Medicina Generale, in continuità con l'AIR 2022 e nel rispetto degli indirizzi di programmazione regionale per l'anno 2023, 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), fatto salvo il caso concreto, 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 alle campagne vaccinali;
- integrare, mediante percorsi condivisi, le 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, anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello;
- favorire la partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai percorsi regionali di prescrizione, 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.

Al fine di perseguire, anche in una logica evolutiva, le migliori condizioni organizzative della medicina generale per la sua piena integrazione nella nuova sanità territoriale, pur nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema, si individuano quali ambiti prioritari di azione i seguenti:

### **1 CONSOLIDAMENTO DELLE FORME ORGANIZZATIVE**

Entro il 2023 le forme organizzative dell'assistenza primaria di cui all'accordo 2022, devono vedere la loro piena operatività, integrandosi nel modello di riorganizzazione della rete territoriale, che prevede all'interno del polo territoriale delle ASST: distretti, case della comunità, ospedali di comunità, centrale operativa territoriale, in coerenza con l'atto di programmazione, di cui alla DGR XI/6387/2022.

Le AFT dovranno generare sistemi di relazione con gli altri livelli di cura che salvaguardino la specificità delle Cure primarie, ma garantiscano una proficua integrazione tra territorio e ospedale, nonché collaborazione con i Medici Specialisti operanti nelle diverse strutture del SSR, in particolare le Case di Comunità, quali riferimenti di secondo livello.

Per quanto riguarda caratteristiche e compiti delle AFT, si fa riferimento al precedente AIR, inoltre occorrerà operare, attraverso i gruppi di lavoro già costituiti e all'interno delle linee programmatiche e delle indicazioni regionali per elaborare e sperimentare, anche riprendendo esperienze già in atto:

- indirizzi e indicatori per la strutturazione di un sistema di monitoraggio delle attività delle AFT e delle UCCP. Le strutture informative delle ATS renderanno disponibili ai Distretti i dati che consentiranno di individuare le aree su cui intraprendere azioni con il coinvolgimento dei referenti di AFT.

- modelli e processi di integrazione dei professionisti delle cure primarie nelle CdC ai fini della continuità dell'assistenza e la presa in carico della cronicità. Nonché per la promozione e monitoraggio dell'adesione alle campagne vaccinali declinati per le AFT dei Distretti

### **1.1 ATTIVITA' E OBIETTIVI DELLE AFT**

Come definito nel vigente ACN, le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali.

Tutti i medici dell'AFT contribuiscono sulla base di progettualità condivise all'espletamento di diverse attività nell'ambito di riferimento e quando possibile nel contesto della CdC o di forme associative avanzate, che, a titolo di esempio, possono essere:

- vaccinazioni
- vaccinazioni domiciliari
- 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, utilizzando la scala rapida del triage, per poi:
  - o attivare direttamente i profili più semplici e/o prestazionali, con invio diretto ad ASST secondo specifiche procedure definite dalla DG Welfare;
  - o segnalare la necessità di valutazione multidimensionale, per i casi complessi.

Si concorda che anche per il 2023, gli stessi indicatori definiti per il referente al punto b) e c) del comma 1.2, determinano la corresponsione ai componenti l'AFT della indennità finalizzata al raggiungimento degli obiettivi della stessa.

Viene destinato a tale scopo il 50% della "quota aggiuntiva risorse regionali" pari a € 0.81 per assistito, oneri compresi.

### **1.2 COMPITI REFERENTE AFT**

Si confermano i seguenti obiettivi del referente AFT, ai fini della corresponsione del compenso aggiuntivo di € 2000 su base annua, a fronte del raggiungimento in misura proporzionale del risultato:

- a) partecipazione, alla definizione di accordi e procedure di integrazione delle AFT all'interno della CdC e con gli altri soggetti presenti sul territorio, in attuazione delle indicazioni regionali in materia; indicatore: partecipazione al 80% delle riunioni in ambito distrettuale, stabilite in modo condiviso, di norma a cadenza bimestrale, anche via web;
- b) raggiungimento delle coperture vaccinali dei pazienti non trasportabili in carico ai medici della AFT, a domicilio, che ne facciano richiesta, organizzando la vaccinazione anche per gli assistiti dei medici non aderenti; indicatore: 90 % dei soggetti non trasportabili, aderenti alla vaccinazione, dei medici della AFT
- c) organizzazione di audit di AFT, in base a indicatori di processo, forniti dal Distretto, in materia di appropriatezza prescrittiva e presa in carico dell'assistito.

L'onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 47 ACN, comma 2, lettera B, punto II.

## **2 QUOTA DEL FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI**

Per quanto riguarda il fondo fattori produttivi, si ritiene che lo stesso debba avere innanzitutto l'obiettivo di incentivare la presenza di personale di studio.

Al fine di garantire una organizzazione efficace e omogenea delle forme associative avanzate, nell'allegato A vengono sinteticamente descritte le rispettive caratteristiche, da attuare in tutte le ATS/ASST.

Si prevede inoltre che, in analogia a quanto previsto per l'AFT, il 30% della quota incentivante spettante a tali forme associative avanzate, deve essere collegata al raggiungimento dell'obiettivo garantire la continuità dell'assistenza e la contattabilità.

Gli accordi aziendali devono quindi definire gli obiettivi e gli indicatori sulle seguenti aree:

- Contattabilità garantita dalla forma associativa, di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio del singolo medico;
- Partecipazione alle iniziative di continuità assistenziale.

Per il 2023 regione Lombardia provvederà ad assegnare alle ATS, tramite il decreto di assegnazione annuale, il fondo dei fattori produttivi, comprensivo di quanto storicizzato per le voci relative agli accordi precedenti e di quanto incrementato nell'anno 2022.

Inoltre, si aggiungerà a tale fondo il 50% della "quota aggiuntiva risorse regionali" pari a € 0.81 per assistito, oneri compresi, e un ulteriore fondo di € 8.000.000.

## **3 QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI**

### **3.1 AREE DISAGIATE E DISAGIATISSIME**

È prevista una ulteriore quota di € 1.800.000 per attività in aree disagiate e disagiatissime. L'assegnazione di queste risorse alle ATS/ASST avviene da parte di Regione, nel rispetto del limite massimo sopra indicato.

**3.1.1 Aree disagiate:** si fa riferimento al precedente accordo.

**3.1.2 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.), individuate da ogni ATS/ASST e proposte a Regione. Ai medici operanti in questi Comuni, o quartieri, spetta un compenso pari a € 9.000,00/anno comprensivi di oneri previdenziali, in relazione alla particolare situazione che i medici si trovano a fronteggiare nell'erogazione del servizio.

### **3.2 PIC**

I valori economici connessi alla formulazione da parte del MMG di un PAI saranno definiti dalle DGR di attuazione del modello di presa in carico del paziente cronico da parte del Medico di Famiglia, così come definito negli indirizzi di programmazione regionale per l'anno 2023.

### **3.3 PROGETTI DI TELEMEDICINA**

Nel nuovo assetto organizzativo delle cure primarie il medico del ruolo unico 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/altre modalità di assistenza in 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 o i caregiver; 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 dovrebbe poter richiedere, prescrivere, attivare, o erogare direttamente la prestazione in telemedicina.

Dovrà essere avviato entro trenta giorni dalla adozione del presente accordo uno specifico tavolo di lavoro composto, da quattro rappresentanti dei MMG, due rappresentanti delle ASST, quattro rappresentanti regionali, tra cui il responsabile dei sistemi informativi e del polo ospedaliero. Obiettivo del tavolo sarà quello di elaborare una proposta di modello che, da un lato, tenga conto delle esperienze pregresse o in essere, dall'altro, si integri con la programmazione e le iniziative regionali promosse in tal senso, all'interno del PNRR. I lavori del tavolo dovranno avere termine entro tre mesi dal loro avvio.

### **3.4 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E TELEMONITORAGGIO**

Si conferma che l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e programmata (ADP) può essere riorganizzata utilizzando strumenti di teleassistenza, telesorveglianza, telemonitoraggio, anche con utilizzo del personale infermieristico proprio o della propria forma associativa. Le risorse possono essere attinte anche dalla quota per servizi di cui all' art. 47, comma C dell'ACN.

Anche la definizione di questa progettualità è in capo al tavolo di lavoro di cui al comma precedente, facendo tesoro, come previsto dal precedente accordo, di quanto già attivo in alcuni territori e delle esperienze di telemonitoraggio domiciliare covid avviate nel 2020 con le DGR 2906/2020, DGR 2986/2020, DGR 3784/2020 e con la nota di RL del 12.01.2022, con particolare riferimento a pazienti in assistenza domiciliare ADI o ADP.

## **4 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.

Anche i medici incaricati provvisori ai sensi dell'art. 37 del vigente ACN, partecipano alla corresponsione della quota variabile di cui all'art. 47, comma B, in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza, in relazione agli obiettivi assegnati. Gli incaricati provvisori eventualmente subentrati a medici in forma associativa, possono ottenere l'indennità di personale di studio, al fine di mantenere lo stesso standard erogativo ed organizzativo assicurato alla popolazione assistita prima del verificarsi della carenza assistenziale

Per pazienti cui non è possibile assegnare un medico, possono essere attivati, in via temporanea, nei giorni diurni feriali degli specifici ambulatori: Ambulatori medici temporanei (AMT). Tutti i medici del ruolo unico che opereranno in tali ambulatori saranno retribuiti con la quota oraria di € 40, oneri compresi, come indicato nella DGR n. 7758 del 28/12/2022.

## **5 GOVERNO CLINICO**

Gli accordi aziendali devono prevedere progettualità di governo clinico su una delle seguenti tematiche:

1. Partecipazione attiva ai programmi di screening per il colon retto, mammella e cervice uterina.
2. Condivisione tra i medici delle AFT e applicazione di set minimi di prestazioni per le principali patologie croniche, gestibili dalla medicina generale, nell'ambito delle attività di programmazione del Distretto.
3. Appropriately prescrittiva in tema di farmaci: partecipazione agli audit di AFT, in base a indicatori di processo che misurino l'appropriatezza della presa in carico delle principali patologie croniche, declinati per le AFT dei Distretti.

Al fine di monitorare l'andamento degli indicatori di tali progettualità, saranno definiti report strutturati per singola AFT, che verranno resi disponibili ai Distretti con cadenza definita da accordi tra ATS e le ASST.

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 o 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 performance.

### **6.1 Fondi residui di governo clinico**

Con quanto messo a disposizione, ma non corrisposto dall'indennità prevista per la remunerazione del governo clinico, possono essere attuate, a livello territoriale, le attività esemplificate nell'AIR 2022, coinvolgendo ove possibile anche i medici del ruolo unico a rapporto orario.

## **6 PARTECIPAZIONE MMG ALLE ATTIVITA' VACCINALI:**

Per dare ulteriore sviluppo al coinvolgimento delle cure primarie, anche attraverso le loro aggregazioni funzionali (AFT) e le forme associative avanzate, nelle campagne vaccinali, le ATS/ASST favoriranno:

- l'attività vaccinale nello studio del medico, singolo o associato e/o nelle CdC, e la partecipazione al raggiungimento degli obiettivi della propria AFT;
- l'effettuazione, da parte dei MMG/PLS, delle vaccinazioni domiciliari, in particolare a favore dei soggetti fragili e non deambulanti;
- la possibilità di vaccinare presso gli studi dei medici anche al di fuori delle campagne, per i vaccini che non prevedono stagionalità, sempre ritirando i vaccini in DPC, presso le farmacie territoriali.

## **7 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 darà attuazione al documento già condiviso, relativo alla riorganizzazione sul territorio regionale del servizio di continuità assistenziale.

## **8 NOTA FINALE**

Per tutto quanto non esplicitato in questo Accordo vale quanto stabilito nel precedente, purché non in contrasto.

Allegato A

### **REQUISITI GENERALI DELLE FORME ASSOCIATIVE AVANZATE**

**(sia con sede unica, che senza sede unica)**

#### **Requisiti generali:**

- Il numero minimo di componenti è di 3 medici, facenti parte della stessa AFT.
- Il cambio medico di un assistito all'interno della forma associativa può avvenire senza autorizzazione.

#### **Organizzazione dell'associazione con una o due sedi:**

- In ogni sede devono esserci almeno due medici
- apertura delle per cinque giorni settimanali, con un incremento orario del 20% rispetto ai minimi previsti dall'ACN, garantendo l'attività in almeno una delle sedi il venerdì pomeriggio e il lunedì mattina.
- il numero minimo di ore per ciascuna fascia (mattutina o pomeridiana) non può essere inferiore a 2
- la chiusura della sede unica non può essere prima delle 19.00
- ogni medico deve rispettare gli orari minimi individuali di apertura del proprio studio
- presenza di una organizzazione atta ad assicurare la contattabilità per tutti i pazienti della associazione nelle fasce orarie 8 – 13 e 14 – 19.
- presenza di personale di studio che operi in modo integrato
- apertura per almeno 3 ore il sabato e i prefestivi, quali spoke della Casa della Comunità di riferimento

#### **Organizzazione dell'associazione senza sede unica:**

- apertura degli studi per cinque giorni settimanali, con un incremento orario del 20% rispetto ai minimi previsti dall'ACN, garantendo l'attività in almeno uno degli studi il venerdì pomeriggio e il lunedì mattina
- il numero minimo di ore per ciascuna fascia ambulatoriale (mattutina o pomeridiana) non può essere inferiore a 2
- per ogni giornata la chiusura di almeno una sede ambulatoriale dei medici costituenti l'associazione non può avvenire prima delle 19.00
- i medici associati sono organizzati ciascuno nel proprio studio, ma possono individuare uno o più studi nei quale svolgere a rotazione le attività concordate e le aperture dei prefestivi;
- presenza di una organizzazione atta ad assicurare la contattabilità per tutti i pazienti della associazione nelle fasce orarie 8 – 13 e 14 – 19.

#### **Forme miste**

Possono essere autorizzate forme miste, che comprendano nella stessa associazione medici con sede unica e medici organizzati ciascuno nel proprio studio, per garantire il principio della prossimità.

Questi ultimi garantiranno le attività comuni nella sede unica.

**Compiti:**

- garantire la partecipazione alle attività distrettuali, previste per la propria AFT
- disponibilità a svolgere la propria attività nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa per le prestazioni non differibili.

**Obblighi:**

- comunicare l'atto costitutivo della forma associativa all'Azienda;
- garantire sempre la sostituzione degli assenti (ad esclusione di periodi superiori a 30 gg)
- aderire ad almeno uno dei progetti di Governo Clinico
- redigere una carta dei servizi, esporla in studio e metterla a disposizione dell'utenza. Una copia deve essere consegnata all'utenza al momento della scelta presso gli sportelli scelta/revoca
- gestire la scheda sanitaria su supporto informatico con utilizzo di software tra loro compatibili in modo che ciascun medico (e il personale di studio eventualmente presente) abbia accesso alla scheda sanitaria di tutti gli assistiti della forma associativa nel rispetto della normativa sulla *privacy* e della sicurezza nella gestione dei dati

**Rappresentanza:**

- all'interno della forma associativa viene nominato un referente, che non ha funzioni di coordinatore ma svolge funzioni di raccordo e di rappresentanza organizzativa nei confronti dell'Azienda

**Compensi:**

- euro 6,50/assistito/anno forma associativa senza sede unica
- euro 12,50/assistito/anno forma associativa con una o due sedi

Per garantire comunque il principio della prossimità, se la forma associativa con una sede è composta da più di 5 medici, il compenso è ridotto di euro 0,50/assistito/anno per ogni componente dal sesto in poi.

Allegato B (riportiamo quello del 2022)

## PERSONALE DI STUDIO AMMINISTRATIVO E INFERMIERISTICO

### Vademecum regole

#### PERSONALE AMMINISTRATIVO (collaboratore di studio)

##### Forma di lavoro:

- collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali.

##### Orario di lavoro per il singolo medico:

- almeno 8 ore settimanali di presenza in studio;

##### Compensi:

- euro 3,50 /assistito/anno, purché rispettato l'obbligo minimo dell'orario settimanale di servizio.
- euro 4,00 /assistito/anno qualora l'orario del personale sia di almeno 12 ore/settimana
- euro 6,00 /assistito/anno) qualora l'orario del personale sia di almeno 15 ore /settimana
- euro 6,50/assistito/anno qualora l'orario del personale sia di almeno 18 ore /settimana

##### Orario di lavoro per forme associative (*se in sede unica o con attività di accoglienza comuni*):

- almeno 20 ore per 3 medici, 25 ore per 4 medici, 30 ore per 5 medici e 5 ore in più per ogni medico oltre i 5.

##### Compensi:

- euro 3,50 /assistito/anno, purché rispettato l'obbligo minimo dell'orario settimanale di servizio.
- euro 4,50/assistito/anno qualora l'orario del personale sia maggiorato del 20%

#### PERSONALE INFERMIERISTICO (infermiere)

##### Forma di lavoro:

- Assunzione secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria, fornito da società, cooperative o associazioni di servizio o in rapporto libero professionale, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali

##### Orario di lavoro:

- almeno il 50% rispetto all'orario previsto per collaboratore amministrativo

##### Compensi:

- euro 4,00 /assistito/anno purché rispettato l'obbligo minimo dell'orario settimanale di servizio.
- euro 6,00/assistito/anno qualora l'orario del personale infermieristico sia maggiorato del 25%
- euro 7,00/assistito/anno qualora l'orario del personale infermieristico sia maggiorato del 50%