

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.

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 (AFT e UCCP) 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 in collaborazione 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 all'ACN 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 condivisi 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

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, se possibili, le condizioni funzionali per attuare lo sviluppo dell'assistenza primaria in riferimento a obiettivi definiti e condivisi.

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 in proprio o per delega 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, anche con le risorse previste dal comma 274 dalla legge finanziaria 2023 (L. 197/2022) e che, a titolo di esempio, possono essere:

- vaccinazioni
- vaccinazioni domiciliari
- screening
- test diagnostici anche tramite telemedicina
- promozione della salute e counseling
- attivazione ADI, sulla base di percorsi definiti a livello aziendale: nell'ambito della presa in carico del paziente cronico è compito del medico di ruolo unico, valutare il bisogno assistenziale dell'assistito, anche utilizzando la scala rapida del triage, di cui alla DGR 6867/2022.

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 residuo del fondo fattori produttivi di cui all'incremento AIR 2022.

1.2 COMPITI REFERENTE AFT

Oltre al compenso di 500 euro mensili, oneri esclusi, a fronte delle funzioni espletate, si confermano i seguenti obiettivi del referente AFT, ai fini della corresponsione del compenso di € 2000 su base annua, a fronte del raggiungimento in misura proporzionale del risultato:

- a) partecipazione, alla definizione di procedure di integrazione delle AFT con le 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: 85 % 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 FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Costituisce tale fondo quanto previsto dall'art. 47 comma 2 lettera d, punto I ell, del vigente ACN nonché i fondi regionali a riparto di cui agli AIR 2007 e 2009.

Per il 2023 Regione Lombardia provvederà ad assegnare alle ATS, tramite il decreto di assegnazione annuale, il fondo dei fattori produttivi, comprensivo oltre a quanto indicato di quanto incrementato nell'anno 2022.

Inoltre, si aggiungerà a tale fondo un ulteriore incremento di € 8.000.000, oltre la "quota aggiuntiva risorse regionali" pari a € 0.81 per assistito, oneri compresi, detratto quanto previsto per i referenti AFT.

Si ritiene che il fondo debba avere innanzitutto l'obiettivo di incentivare la presenza di personale di studio, fatto salvo il trattamento economico individuale dei medici che percepivano gli incentivi e le

indennità delle precedenti forme associative e di personale, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato.

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.

Regione darà ritorno al Comitato della diffusione delle forme associative avanzate nei diversi territori.

3 QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

3.1 AREE DISAGIATE E DISAGIATISSIME

È prevista la 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. Ogni sei mesi vengono rendicontate al Comitato Regionale le aree disagiate e disagiatissime istituite, e definito l'utilizzo dell'eventuale quota residua 2022.

3.1.1 Aree disagiate: In presenza di grave carenza strutturale di medici di famiglia, le ATS/ASST, in relazione alla DGR 5587/2021, individuano entro 60 giorni dall'adozione del presente accordo, quali aree funzionalmente e temporaneamente disagiate gli ambiti elementari in cui ricorrano contemporaneamente le seguenti condizioni:

- presenza del 60 % dei medici con carico effettivo > 1700 assistiti
- mancata copertura di posti carenti nell'anno precedente

In queste aree lo stato di disagio cessa dopo due anni dal venir meno delle condizioni che lo hanno determinato, in considerazione che tale arco di tempo può essere considerato adeguato al fine di un nuovo equilibrio tra domanda e offerta.

Ai medici non autolimitati o non a massimale ridotto operanti nelle aree disagiate spetta un compenso pari a € 7.200,00/anno comprensivi di oneri previdenziali, in relazione alla maggiore attività legata al maggior carico assistenziale impattante sull'erogazione dell'attività.

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 nei rispettivi Comitati aziendali e proposte a Regione, entro sessanta giorni dalla sottoscrizione del presente A.I.R. Ai medici operanti in questi Comuni, o quartieri, spetta un compenso pari a € 9.000,00/anno per ciascun medico comprensivi di oneri previdenziali, in relazione alla particolare situazione che i medici si trovano a fronteggiare nell'erogazione del servizio.

3.2 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/altra modalità di assistenza in telemedicina e diagnostica di primo livello), anche alla luce del DM Ministero della Salute del 29 luglio 2022 e le determinazioni regionali in materia di sistema digitale territoriale.

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, e di quanto previsto dal decreto Ministro della salute del 29/07/2022.

3.3 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' 47, lettera 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 tenuto conto di quanto riportato nella DGR 6768/2022).

Sino alla conclusione dei lavori del tavolo, previa valutazione in sede di Comitato aziendale, possono proseguire le "progettualità emergenti", elaborate ai sensi dell'AIR 2020 (10. ULTERIORI INDICAZIONI, punto 6).

4 CARENZA ASSISTENZIALE E MASSIMALI

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, entro trenta giorni dalla sottoscrizione del presente A.I.R.

Anche i medici incaricati provvisori ai sensi dell'art. 37 del vigente ACN, partecipano alla corresponsione della quota variabile di cui all'art. 47, lettera 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 (amministrativo e infermieristico), 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), nonché gli *Ambulatori Diffusi* (AD). 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, ovvero nel caso degli Ambulatori Diffusi, con la tariffa omnicomprensiva a prestazione prevista dall'Art. 46 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.

Il progetto di attivazione degli AMT deve esplicitare la durata e le modalità di rilevazione delle presenze del medico nell'ambulatorio, che deve essere aperto per un numero di ore non superiore alle 15 ore settimanali (per 1500 pazienti).

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 esempio colon retto, mammella o 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, 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.

5.1 Fondi residui di governo clinico

Con quanto messo a disposizione, ma non corrisposto dall'indennità prevista per la remunerazione del governo clinico, come già previsto nell'AIR 2022, possono essere attuate, a livello territoriale, a titolo di esempio, le seguenti attività:

- a) Educazione sanitaria

Tra le attività del medico di ruolo unico sono ricompresi gli interventi di educazione sanitaria, espletati nelle comunità/scuole o 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, utilizzo sistema sanitario, ecc.).

- b) Presa in carico del Paziente in terapia NAO o in terapia con inibitori SGLT2 o agonisti recettoriali GLP1:

L'introduzione delle nuove note 97 e 100 offrono al MMG la possibilità di gestire autonomamente i pazienti in terapia con i farmaci previsti dalle stesse. Al fine, pertanto, di stimolare tale presa in carico da parte dei MMG verrà definito un compenso/anno per ogni paziente preso in carico identificabile dalla redazione da parte del MMG delle schede di segnalazione elettronica sul portale PT di regione Lombardia

c) Presa in carico del paziente fragile

Il Paziente fragile oltre alle necessità sanitarie delle quali già normalmente il MMG si fa carico nell'ambito della propria attività convenzionata, presenta una serie di necessità parallele e non previste dall'attuale ACN cui il MMG può far fronte al fine di agevolare i percorsi erogativi per il paziente.

Al fine di promuovere la partecipazione dei MMG a tali percorsi possono prevedersi progetti che definiscono gli obiettivi di utilizzo delle piattaforme messe a disposizione per le seguenti attività:

1. prescrizione on line di presidi (carrozze, letti, deambulatori ecc.) sulla piattaforma Assistant-RL (o altra messa a disposizione da Regione Lombardia)
2. prescrizione on line di presidi assorbenti su piattaforma messa a disposizione da RL
3. prescrizione on line di presidi per pazienti diabetici (aghi, strisce reattive, punge dito ecc.)
4. rilascio di esenzione per patologia per pazienti cronici

I progetti di governo clinico e con fondi residui devono essere condivisi e trasmessi alla DG Welfare entro marzo 2023.

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, o in ambulatori messi a disposizione dalle ATS/ASST nell'ambito delle AFT 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 allegato al presente accordo.

8 NORMA FINALE

Le indennità relative alle forme associative avanzate e al personale di studio derivanti dall'applicazione del AIR 2022 sono storicizzate e i beneficiari non dovranno partecipare alle nuove assegnazioni cui si darà avvio in tempi rapidi. Saranno comunque autorizzati i subentri, isorisorse, nelle nuove forme associative avanzate. Per le vecchie forme associative, eventuali subentri potranno avvenire entro il 30 giugno 2023.

Per l'inserimento di un nuovo componente in una forma associativa avanzata già costituita, la richiesta sarà fatta solo dall'interessato.

Milano, 31 gennaio 2023

Letto e sottoscritto digitalmente

Per la parte pubblica:

Direttore Generale Welfare

Dirigente U.O. Rete Territoriale

Dirigente Struttura Cure Primarie

Direttore Generale ATS Bergamo

Direttore Generale ATS Brescia

Direttore Generale ATS Montagna

Per le OO.SS.

Federazione CISL Medici

FIMMG

SMI

SNAMI

REQUISITI GENERALI DELLE FORME ASSOCIATIVE AVANZATE

Requisiti generali:

- Il numero minimo di componenti è di tre medici, facenti parte della stessa AFT; in sede di Comitato aziendale possono essere valutate situazioni particolari, in fase di prima attuazione;
- apertura di ciascun studio per cinque giorni settimanali;
- presenza di una organizzazione atta ad assicurare la contattabilità per tutti i pazienti della associazione;
- partecipazione alle iniziative di continuità dell'assistenza, secondo modalità definite dagli accordi aziendali;

Organizzazione dell'associazione con una o due sedi:

- In ogni sede devono esserci almeno due medici;
- garantire 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 di una delle due sedi non può essere prima delle 19.00 con presenza del medico
- ogni medico deve rispettare gli orari minimi individuali di apertura del proprio studio, incrementati del 20%;
- presenza di personale di studio che operi in modo integrato
- apertura a turno di almeno una sede per almeno 3 ore il sabato e i prefestivi;
- per garantire comunque il principio della prossimità, se in una sede andranno a operare più di sei medici, ATS/ASST potrà chiedere in sede di Comitato aziendale che l'associazione garantisca, anche a turno, degli ambulatori aggiuntivi di prossimità.

Organizzazione dell'associazione senza sede/i uniche:

- garantire 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 con presenza del medico
- 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.

Per garantire il principio della prossimità, possono essere autorizzate forme miste, che comprendano nella stessa associazione medici con una o due sedi e medici organizzati ciascuno nel proprio studio, purché questi ultimi garantiscano quanto previsto dalle associazioni avanzate senza sede unica; questi ultimi percepiranno l'indennità economica per la forma associativa avanzata senza 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 la sostituzione degli assenti (ad esclusione di periodi superiori a 30 gg), in caso non sia

presente un sostituto nominato dal MMG assente

- aderire ad almeno uno dei progetti di Governo Clinico
- redigere una carta dei servizi, che espliciti le modalità della contattabilità da esporre in studio e mettere 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

Allegato B

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%

SCHEDA DI ORIENTAMENTO UNICO O DI TRIAGE

La scheda unica di triage è compilata dal MMG/PLS nell'ambito del sistema di gestione digitale del territorio

STRUMENTO FILTRO PER L'ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI					
1	Morbilità	ASSENTE o LIEVE Nessuna compromissione d'organo o sistema oppure la compromissione non interferisce con le normali attività	MODERATO La compromissione d'organo o sistema interferisce con le normali attività	GRAVE La compromissione d'organo o sistema produce disabilità	MOLTO GRAVE La compromissione d'organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza
		0	1	2	2
2	Alimentazione	AUTONOMO	CON AIUTO Supervisione	DIPENDENZA SEVERA Imboccamento	ENTERALE-PARENTERALE
		0	0	1	2
3	Alvo e diuresi	CONTINENZA	CONTINENZA PER ALVO, INCONTINENZA URINARIA	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (uso pannoloni)	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (CVP e/o evacuazione assistita)
		0	0	1	1
4	Mobilità	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AUSILI (usa bastone, walker, carrozzina)	ALLETTATO
		0	0	1	2
5	Igiene personale	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AIUTO MODERATO	TOTALE DIPENDENZA
		0	0	1	2
6	Stato mentale e comportamento	Collaborante, capace di intendere e di volere	Collaborante ma con capire a comprendere le indicazioni	Non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni	Non collaborante e gravemente incapace di intendere e di volere / Segni di disturbi comportamentali
		0	0	1	1
7	Con chi vive	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO NON necessita di figure di riferimento	SOLO o COPPIA ma necessita di figure di riferimento (es. figli)	SOLO nessuna rete di riferimento
		0	0	1	2
8	Assistenza diretta (Caregiver)	ADEGUATA Partecipano, familiari, assistente familiare, servizi territoriali (SAD, pasto a domicilio ...), vicinato, associazioni	PARZIALMENTE ADEGUATA affidata solo ai familiari, o solo all'assistente familiare, o solo ai servizi territoriali	POCO ADEGUATA affidata a un soggetto che non assicura un'assistenza adeguata o sufficiente	INADEGUATA non è offerto alcun tipo di assistenza
		0	1	2	2

Allegato D

RIORGANIZZAZIONE SERVIZIO CA

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, in sede di AIR 2022, è stata condivisa la necessità di un approfondimento dell'organizzazione di questo servizio, al fine di definirne, nel rispetto dell'ACN, la rimodulazione per fasce orarie, che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), per una sempre più appropriata risposta ai bisogni dell'assistito.

Il fenomeno della carenza di medici del ruolo unico di assistenza primaria, riscontrata in tutto il territorio nazionale, ha un impatto particolarmente spiccato in alcuni territori della Regione Lombardia.

Alcune ATS manifestano una grande difficoltà a reperire medici per garantire il servizio di continuità assistenziale, specialmente nei turni diurni.

Al fine di far fronte a questa emergenza e in linea con quanto previsto all'art. 44 dell'ACN siglato in data 20 gennaio 2022 si propone un nuovo modello organizzativo per la gestione del servizio di continuità assistenziale, avvalendosi anche dell'aiuto di nuovi strumenti tecnologici, esempio per la diagnostica di primo livello, per l'erogazione delle prestazioni.

Obiettivo di questo nuovo modello di erogazione del servizio è quello di razionalizzare i servizi offerti e di garantire il soddisfacimento dei bisogni espressi dalla popolazione.

La riorganizzazione dell'attività assistenziale del medico del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orari, deve essere realizzata, inoltre, nel rispetto degli obiettivi e delle prescrizioni del vigente ACN ed in funzione delle indicazioni Regionali, particolarmente per quanto riguarda:

- miglioramento della gestione delle attuali risorse, anche attraverso la realizzazione di un sistema maggiormente flessibile, diversificato in funzione della fascia oraria di attività e del territorio cui si rivolge;
- maggior collaborazione con i medici a ciclo di scelta nella gestione del paziente cronico al fine di concorrere attivamente alla realizzazione del Piano Nazionale della Cronicità;
- riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso, anche al fine di diminuire i rischi correlati a tale evenienza, per quanto riguarda i pazienti fragili e sgravare tali strutture dal crescente eccesso di lavoro (codici bianchi/codici verdi)

Il punto di forza della riorganizzazione che si intende realizzare è rappresentato dalla volontà di perseguire un utilizzo delle risorse umane impiegate funzionale all'evolversi dei bisogni della popolazione, supportando la loro attività con gli strumenti che la tecnologia mette a disposizione. Tali strumenti saranno disponibili per l'utilizzo da parte del medico a quota oraria previa formazione certificata. L'organizzazione e gli oneri economici di tale formazione saranno a carico delle singole ATS/ASST.

Il nuovo modello si inserisce nel solco delle indicazioni previste dal PNRR per lo sviluppo della medicina territoriale, la quale, sempre di più, ricorrerà all'utilizzo di strumenti tecnologici previsti dalla telemedicina e dal tele-monitoraggio.

Si prevede di istituire, d'intesa con AREU e implementando modelli già da quest'ultima sperimentati, centrali mediche territoriali, di norma su base provinciale o di territorio di ATS (fatta salva la specificità della Città Metropolitana di Milano), nelle quali far operare medici del ruolo unico a rapporto orario, i quali possano soddisfare i bisogni di salute con urgenza differibile espressi dagli assistiti, attraverso il consulto telefonico e/o l'attivazione di visite domiciliari ed ambulatoriali.

La gestione della centrale è in carico alla ASST se coincidente con il territorio provinciale. Nel caso di presenza sul territorio provinciale di più ASST, queste ultime individueranno l'ASST cui affidare, attraverso convenzione, la gestione della Centrale. Lo stesso modello potrà essere attuato nel caso di accordo tra ASST del territorio di una stessa ATS.

Oltre la centrale medica, operativa dalle 19 alle 8 ogni giorno e dalle 8 alle 20 di sabato e festivi, con gli stessi orari saranno attive delle sedi operative, di norma una per Distretto, ma da definire in relazione alle caratteristiche del territorio, ove opereranno medici da attivarsi per le visite domiciliari. È possibile per tale attività ricorrere anche alla forma della presenza al proprio domicilio in reperibilità, con la medesima retribuzione.

Nell'ottica della rimodulazione del servizio in relazione alla risposta ai bisogni dei cittadini, saranno potenziate le attività ambulatoriali, attraverso l'apertura di ambulatori che a tendere dovranno essere presenti in ogni AFT da collocarsi dove presenti nella CdC, con orario di apertura dalle 19 alle 24 dei giorni feriali e dalle 9 alle 21 dei giorni festivi e al sabato.

All'interno delle AFT, la continuità dell'assistenza è realizzata 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.

In servizio di CA potrà avvalersi del supporto degli IFeC (infermieri di famiglia e di comunità). A tendere, con le aperture delle CdC, presso tali sedi sarà attivata la tele visita e diagnostica di primo livello.

L'implementazione di tali attività sarà possibile, come detto, con l'acquisizione di strumenti tecnologici a supporto, quali: sw predisposti per i triage, piattaforma tecnologica certificata per il teleconsulto e la tele-visita, strumenti per il monitoraggio di alcuni parametri vitali e trasmissione telematica degli stessi al personale medico presente nella centrale operativa centralizzata, per le valutazioni cliniche del caso.

Impiego del medico a ciclo di scelta in attività a rapporto orario e viceversa

Per far fronte alla grave carenza medici disponibili ad assumere incarichi in aree carenti, anche a carattere temporaneo, e in continuità con precedenti determinazioni regionali sul tema, può essere consentito, a richiesta del medico interessato, l'attività a quota oraria di 24 ore/ settimana fino a 1000 scelte e di 12 ore/ settimana fino a 1500, entrambi intesi come scelte non a termine (carico virtuale).

Progetti di qualificazione dell'offerta

Le progettualità di seguito elencate, finanziate all'interno delle assegnazioni già definite nell'AIR, sono descritte come proposta e riferimento ai territori, in un'ottica di omogenizzazione del quadro di riferimento a livello regionale.

La loro attuazione dovrà avvenire a seguito della elaborazione di specifici progetti a livello di singola ATS, approvati in sede di Delegazione trattante aziendale della medicina generale.

a) produttività oltre lo standard

Nel contesto della qualificazione delle attività della continuità assistenziale, si inserisce la progettualità volta a garantire l'offerta del servizio anche in caso di temporanea carenza di medici, mediante la previsione di una quota di produttività come di seguito dettagliato.

Le azioni vanno anche nell'ottica di assicurare continuità della cura e offerta appropriata ai bisogni dei pazienti con patologie croniche, nei periodi di attività del servizio di continuità assistenziale che sarà chiamato a garantire sinergie e integrazione con il soggetto che ha preso in carico il singolo paziente per la gestione della cronicità.

Questo sforzo si scontra, da qualche tempo, con la difficoltà a reperire tutte le risorse umane necessarie ad assicurare lo standard ipotizzato, soprattutto di fronte a criticità improvvise come

indisponibilità non programmate a ricoprire il turno, con conseguente impossibilità di sostituzione del medico.

Emerge, infatti, la necessità, nei casi eccezionali in cui le misure sopra individuate non riescano a garantire gli standard previsti, di introdurre strumenti per riconoscere il maggior carico assistenziale, gravante sulle postazioni oggetto di eccezionale e non programmata carenza di un medico, a vantaggio dei medici impegnati ad assicurare la risposta al bisogno del territorio di riferimento.

Lo strumento è individuato nella quota di produttività oltre lo standard, aggiuntiva alla remunerazione ordinaria.

L'applicazione dello strumento, per facilità e trasparenza di applicazione, è di seguito descritta.

1. ASST individua, in relazione alla domanda, soggetta a continuo monitoraggio d'intesa con il Comitato aziendale, gli standard di medici per la centrale e le sedi operative di continuità assistenziale.
2. La programmazione dei turni mensili assicurerà il rispetto degli standard sopra descritti.
3. Nei casi di indisponibilità improvvisa da parte di un medico inserito nei turni programmati, la COI attiverà il medico di pronta disponibilità.
4. Nei casi, eccezionali, in cui le indisponibilità superino il numero di medici di pronta disponibilità programmati e non sia possibile garantire gli standard previsti, viene data applicazione alla quota di produttività oltre lo standard, con quote orarie, aggiuntive alla remunerazione ordinaria. Si prevede il riconoscimento della quota aggiuntiva nelle seguenti misure, fatta salva la possibilità di una rimodulazione in sede di singolo Comitato Aziendale, in relazione alle specificità locali e comunque nel rispetto del limite di risorse vincolate e assegnate per le progettualità:

A N. medici per postazione (standard)	B N. medici per postazione (presenti)	C Quota oraria di produttività per medico presente (€, oneri compresi)
2	1	16
3	2	8
3	1	16
4	3	8
4	2	16
4	1	24

Nel caso di vicariamento da parte di un'altra postazione, lo standard cui fare riferimento (colonna A) è dato dalla somma dello standard della postazione vicariata e di quella vicariante. A partire dallo standard così ottenuto si applica quanto previsto nelle colonne B e C.

b) attività ambulatoriale

Le attività ambulatoriali sono parte integrante del servizio di Continuità assistenziale come definito dagli art. 43 e 44 del vigente ACN.

In presenza di attività aggiuntive, nell'interesse del sistema e del cittadino, previste da specifiche progettualità aziendali, all'interno della programmazione regionale, può essere previsto l'incremento della tariffa oraria per lo svolgimento strutturato di tale attività, fino a un massimo di € 40/ora oneri compresi.

c) Visite occasionali a cittadini fuori regione

In riferimento all'art. 46 ACN sono considerate visite occasionali quelle effettuate dai medici del ruolo unico a rapporto orario nei confronti dei cittadini di altre Regioni, cioè non iscritto al SSR.

Tali prestazioni sono compensate direttamente dal cittadino al medico, con le seguenti tariffe omnicomprendenti:

- visita ambulatoriale: € 20,00
- visita domiciliare: € 35,00

d) Gestione del paziente cronico

Al fine di proseguire nel miglioramento della presa in carico e della gestione della cronicità è necessario potenziare il ruolo del medico ad attività oraria considerando due fattori principali:

- l'elevato impatto della corretta gestione dello scompenso acuto della patologia cronica nel ridurre le ospedalizzazioni e i conseguenti costi sociosanitari (particolarmente elevati per quanto riguarda i pazienti fragili)
- l'importanza della condivisione dei dati clinici tra diversi professionisti operanti nella stessa equipe

A tale proposito ed in considerazione di quella che sarà l'evoluzione organizzativa dell'assistenza al paziente cronico sul territorio è necessario investire sul ruolo del medico ad attività oraria in quanto

frequente responsabile della cura dello scompenso della patologia cronica (crisi ipertensiva, scompenso glicemico, riacutizzazione BPCO, ecc.) che deve non solo essere gestito e possibilmente risolto, ma anche tempestivamente comunicato al medico a ciclo di scelta, che ha in carico il paziente oggetto dell'intervento da parte del medico a quota oraria.

In attesa del completamento della strutturazione di adeguata rete informatica, che consenta la condivisione dei dati clinici dei pazienti da parte di ogni medico operante in una determinata AFT, è opportuno che ogni intervento medico operato in fascia oraria notturna o nei giorni di sabato e festivi venga notificato al medico a ciclo di scelta, che ha in carico il paziente attraverso il caricamento dello stesso sul FSE del cittadino. A tendere, potranno essere attivate nuove funzioni che – ad esempio – permettano di intercettare pazienti a rischio di non adeguata compliance delle terapie croniche (discontinuazione farmaci, assunzione tramite autoprescrizione di farmaci, con potenziali interazioni pericolose con farmaci prescritti per la cura della patologia cronica e conseguente possibile insorgenza di effetti collaterali, ecc.), che supportino il paziente ed il caregiver nell'utilizzo corretto della telemedicina H24, che integrino il lavoro di educazione sanitaria, abitualmente svolto dal medico a ciclo di scelta e dalla figura dell'infermiere professionale che con lui coopera.

Deve essere previsto adeguato riconoscimento per tale attività sia con le progettualità di cui sopra, sia con eventuali progetti di governo clinico destinati a tutti i medici del ruolo unico (destinando quota del fondo residuo, per tali progetti)

Tale progettualità sarà costantemente monitorata e verificata su questo tavolo con cadenza quadrimestrale.

Pronta disponibilità

Si prevede di definire un congruo numero di medici, in funzione delle diverse realtà territoriali, che siano disponibili un'ora prima dell'inizio del turno fino a mezz'ora dopo l'inizio. Il compenso equivale alla quota oraria, per il tempo della disponibilità (h 1,30)

Si confermano le previsioni normative ed economiche dei precedenti AIR in materia dei cosiddetti "superfestivi" e della formazione, nonché relativi alla organizzazione delle sedi.

Diagramma di flusso del modello organizzativo proposto

