ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE MEDICI DI MEDICINA GENERALE ANNO 2024
PREINTESA

Premessa

Il presente Accordo Integrativo Regionale costituisce una prima applicazione dell'ACN attualmente vigente, così come definito dall'Art. 1 comma 3 e dall'Art. 3 commi 4, 5 e 6.

Il presente Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale rappresenta l'esito di un metodo di lavoro partecipativo, strutturato con incontri bilaterali oltre che collegiali, a cui le OO.SS. firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale del 4 aprile 2024 hanno aderito in pieno spirito costruttivo. Il confronto "ampio", oltre le tematiche oggetto di negoziazione, ha costituito un indubbio momento valoriale in ragione del ruolo delle Cure Primarie, della Medicina Generale, quale Soggetto cardine nell'evoluzione dell'assetto organizzativo del Servizio Sociosanitario Regionale.

I contenuti del presente Accordo dovranno trovare declinazione nell'ambito degli Accordi Attuativi Aziendali (AAA), la cui stipula è in capo alla Delegazione Trattante costituita nelle ATS.
In sede di Comitato Aziendale per la Medicina Generale, costituito nelle ASST, verranno ulteriormente dettagliate, monitorate, aggiornate le progettualità e le linee di attività in essere (in particolare quelle più innovative) in piena coerenza con quanto definito in sede di Delegazione Trattante, tenendo conto dell'assetto organizzativo delle ASST e delle peculiarità di contesto (orografia, demografia, etc.).

Il presente Accordo viene redatto a valle del recente passaggio – 1° gennaio 2024 - dei Dipartimenti di Cure Primarie dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) alle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) in adempimento alla Legge Regionale del 14 dicembre 2021, n. 22 e si riconosce nel perimetro di un complesso e articolato quadro normativo nazionale e regionale, di cui si richiamano nel seguito i disposti di principale rilievo:

- ✓ ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI – TRIENNIO 2019-2021
- ✓ Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"
- ✓ Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)
- ✓ PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE 2024-2028
- ✓ DGR 1827/2024 DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2024 - Allegato 3 – AREA CURA E RIABILITAZIONE
- ✓ DGR N. XII/2089 APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER I PIANI DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE DELLE ASST (PPT) AI SENSI DELL'ART. 7 C. 17 DELLA LEGGE REGIONALE 30 DICEMBRE 2009, N. 33 "TESTO UNICO DELLE LEGGI REGIONALI IN MATERIA DI SANITÀ", COSÌ COME MODIFICATA DALLA LEGGE REGIONALE DI RIFORMA DEL 14 DICEMBRE 2021, N. 22, IN ATTUAZIONE DELLA DGR XII/1827/2024
- ✓ DGR 2588 del 21 giugno 2024 ad oggetto: DETERMINAZIONI IN ORDINE AL MODELLO DI FUNZIONAMENTO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)
- ✓ DELIBERAZIONE N° XII / 2755 Seduta del 15/07/2024 EVOLUZIONE DEL PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO E/O FRAGILE IN ATTUAZIONE DELLA DGR N. XII/1827 DEL 31 GENNAIO 2024

- ✓ DGR n. 2966 Seduta del 05/08/2024 ad oggetto ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2024

Il quadro normativo qui richiamato documenta la volontà di Parte Pubblica di intraprendere un delicato quanto complesso percorso di potenziamento ed evoluzione della Rete Territoriale in atto sia a livello nazionale che regionale.

Secondo quanto dichiarato nella Missione 6 del PNRR e ribadito nelle Regole 2024 (di cui alla DGR 1827/2024), il Medico di Medicina Generale è porta di accesso e *primo contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario* e il Medico di Assistenza Primaria del ruolo unico a ciclo di scelta (di seguito MMG), nel contesto in cui opera, in forza del rapporto di fiducia con il proprio assistito, promuove la medicina di prossimità, assicura le prestazioni di primo livello e si prende cura della cronicità e delle cure domiciliari in favore dei suoi assistiti. Il MMG si integra funzionalmente con altri attori del sistema socio-sanitario regionale presenti nelle articolazioni organizzative coordinate dal Distretto (ASST) in cui si collocano le Case della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC), le Centrali Operative Territoriali (COT), e che costituiscono il Polo Territoriale delle ASST. La complessità dell'offerta delle Cure Primarie, che si compone di attività domiciliare e ambulatoriale, è arricchita dalla Presa in Carico, oggi assicurata anche per il tramite delle società cooperative, e costituisce un tassello centrale del programma delle attività territoriali, di cui alle specifiche previsioni normative sopra rassegnate. Si riconosce che l'integrazione del Sistema delle Cure Primarie con gli altri "Soggetti" presenti nel Distretto potrà trovare, quando messo a punto e quando sarà a regime, un meccanismo facilitante per la sua realizzazione mediante:

- ✓ le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)
- ✓ l'armonizzazione dell'assetto organizzativo attuale della Medicina Generale (supporto all'attività di Studio e Forme Associative) in logica di AFT, dando così attuazione al Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 e al profilo del Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria.

Preliminarmente, risulta fondamentale stabilire il perimetro di azione delle Forme Associative e delle AFT uniformando i comportamenti nelle diverse ASST e Distretti.

L'art. 29 del vigente ACN definisce che il funzionamento interno della AFT venga disciplinato da apposito regolamento. Sarà compito fondamentale e non ulteriormente delegabile della Delegazione Trattante a livello Regionale, mediante la costituzione di apposito Gruppo di Lavoro, definire le linee di indirizzo per la stesura di un modello comune di regolamento di AFT (incluse le prime indicazioni in ordine al fabbisogno formativo/informativo dei Referenti di AFT). Tale regolamento, in Regione Lombardia, diverrà poi operativo una volta condiviso in sede di Comitato Aziendale di ASST, in quanto redatto localmente con il contributo della Delegazione Trattante di ATS.

Risulta altresì importante concentrare l'attenzione sulle Forme Associative della Medicina Generale denominate, a seguito degli AAIIRR 2022 e 2023, Forme Associative Avanzate (FAA). In particolare, si fa riferimento all'importanza organizzativa delle medesime che le rende capaci di sperimentare per prime linee di attività innovative, rendendole ossatura fondamentale per le stesse AFT.

Si riconosce nel modello di offerta integrata di servizi socio-sanitari la funzione degli Ambulatori Socio-Sanitari Territoriali di cui all'art. 10, comma 11 quater della l.r. 33/2009 come modificata dalla l.r. n. 22/2021, identificabili anche con gli studi di MMG in FAA ad una o due sedi e/o forme miste (secondo l'attuale assetto organizzativo delle Cure Primarie presente in AIR 2023). La distribuzione capillare sul territorio delle FAA contribuisce, in una logica di prossimità, a strutturare le sedi spoke e a collegarle alla Casa di Comunità (hub), così come previsto dall'Art. 9 comma 1 dell'ACN vigente.

In premessa si precisa che tutti gli importi indicati nel presente Accordo, salvo che non sia esplicitamente e diversamente segnalato, sono da intendersi al netto degli oneri previdenziali posti a carico di Parte Pubblica ai sensi dell'art. 48 comma 1 vigente ACN.

GOVERNO CLINICO

La DGR 1827/2024 all'Allegato 3 – *AREA CURA E RIABILITAZIONE* definisce le aree tematiche per le progettualità di governo clinico:

a. Partecipazione attiva alle vaccinazioni (in ambulatorio e al domicilio con la presa in carico di tutti i pazienti non deambulanti)
b. Appropriatezza prescrittiva
c. Partecipazione attiva a programmi e attività di prevenzione e promozione della salute

Il profilo dell'assistito a cui le presenti progettualità prioritariamente sono destinate è quello del paziente cronico mono o pluripatologico e gli obiettivi delle progettualità sono orientati al miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici. Per tale ragione, la partecipazione e il raggiungimento degli obiettivi per ogni singola progettualità 1) o 2) o 3) o 4) determina la corresponsione dell'intera quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al Governo Clinico, pari a Euro 4,74 per assistito.

È possibile l'adesione a più di una progettualità di Governo Clinico con riconoscimento della pertinente quota a valorizzazione della migliore *Area Risultato* raggiunta.

Tutte le progettualità di Governo Clinico sono orientate alla prevenzione primaria/secondaria in soggetti target con caratteristiche di cronicità e/o fragilità. Pertanto, ai fini dell'accesso all'incremento di 1,90 per assistito, *finalizzato ad obiettivi di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici,* tutte le progettualità di Governo Clinico sono completate dalla partecipazione a specifico evento formativo e dalla compilazione di questionario sulla presa in carico, riconoscendo il valore che Regione Lombardia attribuisce al Medico di Medicina Generale quale unico Soggetto attuatore della presa in carico.

L'evento formativo (accreditato ECM) sarà strutturato dalla Direzione Generale Welfare e condiviso con il Comitato Regionale secondo un programma composto da una prima sessione da remoto (2024) sugli aspetti tecnici della presa in carico e da una seconda sessione (2025) di carattere speculativo e di confronto sulle esperienze in essere e sulla possibile evoluzione dell'attività. L'iscrizione all'evento formativo verrà raccolta nel corso del 2024 e determinerà l'anticipo della corresponsione dell'incremento di cui sopra, che sarà soggetta a conguaglio a seguito della partecipazione all'evento formativo.

1) <u>Partecipazione attiva alle vaccinazioni (in ambulatorio e al domicilio con la presa in carico di tutti i pazienti non deambulanti)</u>

In premessa si richiama l'ART. 4 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE del vigente ACN e quanto previsto alla lettera b) PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE: *"… Le Regioni definiscono il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e nell'ambito degli AAIIRR prevedono una attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate*".

La corresponsione della quota di Governo Clinico è prevista in ragione del contributo che la Medicina Generale assicura ai fini del raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale posti per la popolazione destinataria della ASST, attraverso la partecipazione all'attività del singolo Medico, delle FAA e delle AFT.

Il Progetto di Governo Clinico è denominato *Partecipazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) alla Campagna Vaccinale Antinfluenzale* e l'adesione del medico alla progettualità comporta la vaccinazione al domicilio di tutti gli assistiti target individuati dal MMG come non trasportabili per patologia/condizione che accettino di sottoporsi alle vaccinazioni proposte.

La corresponsione della quota di Governo Clinico sarà così articolata:

Attività	**% Quota di GC**	**Area di risultato per il singolo MMG**
Adesione alla campagna di vaccinazione Antinfluenzale 2024-2025	50	Compilazione ed invio al Dipartimento Cure Primarie del format di ADESIONE alla campagna vaccinale, di cui il MMG avrà ricevuta
	50	Completamento, entro il 28 febbraio 2025, della registrazione in ARVAX delle vaccinazioni antinfluenzali somministrate. Registrazione di vaccinazioni in numero pari o superiore all'80% delle dosi ritirate presso le Farmacie di Comunità.
Per l'erogazione delle prestazioni, la progettualità richiede l'applicazione di un modello organizzativo di gestione diretta dell'attività vaccinale o del singolo MMG, o in ambito di FAA/AFT o, in alternativa, di un modello di partecipazione della AFT all'attività gestita dal Centro Vaccinale (CV) di ASST.		

Si richiama, ancorché NON da ricondursi a progettualità di Governo Clinico, l'impegno nell'attività vaccinale rivolta prioritariamente ai pazienti cronici inseriti in percorsi di presa in carico, secondo modelli che favoriscano al contempo lo sviluppo della capacità organizzativa dei MMG e l'aderenza al percorso procedurale per la somministrazione di vaccinazioni, come tracciato nell'allegato 1 del presente Accordo.

Vaccinazioni di interesse:

- ✓ Anti Herpes Zoster
- ✓ Anti Difterite-Tetano-Pertosse
- ✓ Anti CoviD-19 (oltre la previsione della co-somministrazione con vaccino antinfluenzale)
- ✓ Anti Pneumococco (oltre la previsione della co-somministrazione con vaccino antinfluenzale)

2) <u>Appropriatezza prescrittiva</u>

L'OMS propone di implementare la diffusione presso i Medici del manuale "AWaRe" (tradotto da AIFA in italiano): una guida sugli antibiotici di prima e seconda scelta per le infezioni comuni. Nel manuale gli antibiotici vengono suddivisi in 3 categorie:

1. La prima denominata "Access", la cui prescrizione dovrebbe raggiungere il 60% del totale della prescrizione antibiotica
2. La seconda classe denominata "Watch" che comprende antibiotici da prescrivere con maggiore attenzione
3. L'ultima classe denominata "Reserve" che comprende antibiotici da utilizzare solo in casi particolari

Nel General Program of Work 2019-2023 sul tema, l'OMS ha adottato un nuovo obiettivo per il sistema sanitario in funzione delle indicazioni del manuale "AWaRe", in base al quale sulla prescrizione totale di antibiotici la percentuale di quelli appartenenti alla categoria "Access" dovrebbe essere maggiore del 60% entro fine 2023.

La progettualità prevede la FORMAZIONE dei Medici da parte della Direzione Generale Welfare in raccordo con i Servizi di Malattie Infettive delle ASST e il MONITORAGGIO prescrittivo in raccordo con i Servizi FARMACEUTICI delle ATS.

Il Progetto di Governo Clinico è denominato *Contrasto all'Antibioticoresistenza* e l'*Area di risultato* si intende raggiunta se la quota di antibiotici prescritti dal 1° ottobre al 31 dicembre 2024 in categoria Access dal singolo

medico aderente al progetto supera di almeno 1 punto percentuale la quota di antibiotici prescritti nella medesima categoria al 31 dicembre 2023.
Per il Medico che già rispetti i criteri Aware superando il 60% di prescrizione di antibiotici in categoria Access, è valorizzato il mantenimento dello standard.
Nel caso di patologie incombenti con effetto diretto sulla classe di prescrizione della terapia antibiotica, si prevede una rimodulazione dell'obiettivo in capo al Medico aderente, che farà specifica istanza al Comitato Aziendale competente.

Il manuale AWARE è liberamente scaricabile a questo link:
https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1811463/Manuale_antibiotici_AWaRe.pdf

3) Partecipazione attiva a programmi e attività di prevenzione e promozione della salute

Si ritiene di finalizzare tale attività ad obiettivi di miglioramento della adesione degli assistiti target alle campagne di screening per il tumore della mammella e del colon retto.

Le ASST trasmettono ai MMG i criteri adottati per la prima chiamata attiva nel 2024, contenente la proposta di esame di screening. Il MMG ha il compito di potenziare l'invito effettuato dalla ATS mediante *chiamata attiva* degli assistiti eleggibili, raccogliendo le ragioni dell'eventuale diniego.

L'Area di Risultato è documentata dalla redazione di specifica reportistica a valenza qualitativa (e non quantitativa) da parte del MMG e conseguente invio alla ASST, secondo le modalità indicate dal Dipartimento Cure Primarie e definite in sede di Comitato Aziendale.

4) Partecipazione attiva ad obiettivi di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili

La presente progettualità ha lo scopo di incentivare ulteriormente la presa in carico ponendo un obiettivo numerico in capo al Medico aderente, tenendo conto della parametrazione sull'ultimo quadrimestre dell'anno in corso.

Il Progetto di Governo Clinico è denominato *Partecipazione attiva ad obiettivi di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili* e l'adesione alla progettualità comporta:

- ✓ Almeno 15 PAI attivi per il Medico con massimale a 1.500
- ✓ Almeno 10 PAI attivi per il Medico con massimale a 1.000

SPECIFICHE ATTIVITÀ IN COERENZA CON L'ART. 28 DEL VIGENTE ACN

Sono state condivise con la UO Prevenzione della Direzione Generale Welfare ulteriori attività *CORE* per le quali si prevedono assegnazioni economiche alle ASST oltre a quelle che alimentano il fondo della Medicina Convenzionata, per l'espletamento da parte dei *Medici a ciclo di scelta di specifiche attività definite dalle Aziende anche con soggetti terzi, in forma organizzata e continuativa, al di fuori degli orari di attività convenzionale, nell'ambito degli Accordi Attuativi Aziendali*.
Nello specifico sono state individuate due aree di intervento:

- ✓ Concorso al contenimento degli accessi impropri al Pronto Soccorso nel contesto del Piano Pandemico Influenzale (PANFLU) – Allegato 2
- ✓ Diagnostica per l'invio precoce al trattamento delle malattie HCV correlate – Allegato 3

Qui si richiama quanto definito in merito all'**attività vaccinale destagionalizzata** di cui all'Allegato 1 per precisare che anche questa attività è regolata dall'art. 28 comma 2 lettera e) con previsione di assegnazioni economiche alle ASST oltre a quelle che alimentano il fondo della Medicina Convenzionata.

Queste attività verranno inserite all'interno della retribuzione del cedolino del Medico, riconducendo tale attività alla Quota E.

ATTIVITÀ CON IMPIEGO DI FONDI RESIDUI DI GOVERNO CLINICO

I fondi residui del Governo Clinico devono essere impiegati nello sviluppo di ulteriori progettualità della Medicina Generale.

I Progetti in corso nelle singole ASST per effetto di validazioni da parte dei Comitati Aziendali delle ATS (prima del 31 dicembre 2023) vengono confermati.

Si propongono, nel seguito, due specifici filoni di attività in considerazione di esperienze affini già maturate da diversi territori di Regione Lombardia che documentano la capacità da parte della Medicina Generale nel Sistema multiprofessionale delle Cure Primarie di contribuire alla prevenzione delle complicanze del Piede Diabetico (Allegato 4) e alla sorveglianza post-critica di lesioni cutanee con effettuazione di medicazioni complesse (Allegato 5).

Sono comunque possibili anche differenti progettualità previste dagli AAA stipulati in sede di Delegazione Trattante di ATS a valere per il 2024 e declinate in sede di Comitato Aziendale della Medicina Generale di ASST.

PROGRAMMI DI SORVEGLIANZA DOMICILIARE

Stante il percorso in essere in coerenza con la DGR n. 717/2023, in premessa si condivide la necessità, anno di esercizio in corso, di attivare un confronto strutturato con i MMG, per il tramite delle OO.SS a livello aziendale, orientato a delineare il profilo degli assistiti arruolabili nei differenti setting di assistenza domiciliare programmata: ADI espletata dal MMG, ADP, PSD. Tale confronto trova adeguata collocazione nei lavori di elaborazione di protocolli con i Soggetti della rete Territoriale di cui alla più recente nota emanata dalla Direzione Generale Welfare del 21.06.2024 ad oggetto *Interrelazioni dei Medici di Assistenza Primaria con i Soggetti della rete Territoriale.*

Le c.d. Regole di cui alla DGR n. 1827/2024 prevedono la partecipazione attiva ai progetti di monitoraggio/sorveglianza domiciliare dei pazienti cronici e con fragilità, proseguendo il percorso avviato con la DGR XII/717/2023 sulle risorse di PNRR legate all'obiettivo di investimento di cui al POR approvato con DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – Missione 6 salute componente Allegato 3 – AREA CURA E RIABILITAZIONE 4 l'investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare".

Si ritiene che uno sviluppo anche quantitativo dei Programmi di Sorveglianza Domiciliare possa essere quello derivante dall'introduzione del TELEMONITORAGGIO - attuato secondo i criteri richiamati nella DGR N° XII/715 del 24/07/2023 – con conseguente aumento del numero di assistiti sorvegliati al domicilio – PSD - prevedendo che il monitoraggio delle condizioni di stabilità clinica dell'assistito in telemedicina venga valorizzato in misura pari all'Accesso Domiciliare Programmato di Euro 18,90.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Regione Lombardia, con specifico provvedimento - DGR XII/2588 del 21/06/2024 ad oggetto: *Determinazioni in ordine al modello di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT)* - ha dato avvio ad una riorganizzazione del modello di Continuità Assistenziale in piena coerenza con le previsioni di cui all'art. 44 del vigente ACN – *ATTIVITÀ ASSISTENZIALE A PRESTAZIONE ORARIA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA* puntando in via prioritaria sui seguenti fondamenti:

- ✓ Definizione dei criteri e delle modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117 da parte della popolazione generale a favore di un accesso programmato alle sedi ambulatoriali da parte dell'utenza
- ✓ Introduzione di un triage professionale medico supportato da percorsi formativi dedicati, tra gli altri, dall'impiego di flow-chart decisionali costruite sul consenso clinico
- ✓ Razionalizzazione della presenza medica in orario notturno avanzato (24.00 - 8.00)
- ✓ Soddisfacimento del requisito di presenza medica h 24 nelle Case di Comunità HUB, in coerenza con le recenti norme in materia di cure primarie e con la necessità di offrire adeguata risposta alla domanda di cura urgente dei cittadini, che spesso accede inappropriatamente ai servizi di emergenza (chiamata al 112/118 o autopresentazione in pronto soccorso).

Tale modello poggia su un'ampia letteratura internazionale ed è già stato oggetto di parziale sperimentazione nel corso del 2023 in territori connotati da assetti demografici differenti (area montana ed area metropolitana) con esiti positivi in termini di appropriatezza del percorso clinico/sanitario.

Il modello assunto da Regione Lombardia è delineato nell'allegato tecnico della DGR sopra richiamata al capitolo *PRESENZA MEDICA H24 IN CASA DI COMUNITA' IN RACCORDO CON IL SISTEMA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE*.
Il modello regionale è coerente con le indicazioni delle Regioni, espresse nella seduta della Commissione Salute in data 15 maggio 2024, in accompagnamento alle "*Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub*" che ricomprendono nella definizione di Casa di Comunità *sia i servizi erogati direttamente all'interno della struttura sia quelli erogati da altri soggetti che si prendono cura della salute della comunità nel suo territorio di riferimento. Questo significa che, nell'ambito del ruolo che il DM 77 assegna al Distretto quale luogo privilegiato di gestione e coordinamento dei servizi, la CdC è complessivamente intesa come l'insieme dei punti erogativi e dei professionisti presenti nel territorio di riferimento e quelli ad essa funzionalmente collegati*.

Con DGR n. 2966 Seduta del 05/08/2024 ad oggetto ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2024 è stata data trattazione alle INDICAZIONI IN ORDINE ALLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE ed è stato definito che il compenso del Medico di Assistenza Primaria che effettua attività nelle sedi di Continuità Assistenziale e presso gli Ambulatori Medici Temporanei, al netto degli oneri fiscali a carico dell'Azienda, si articola in:

- ✓ quota oraria di Euro 24,25
- ✓ quota oraria di Euro 0,26
- ✓ quota oraria di Euro 13,62

per un valore complessivo pari a Euro 38,13 su base oraria.

Si stabilisce, infine, di definire il rapporto ottimale in misura pari a 1 medico ogni 5.000 abitanti. A tale rapporto contribuiscono le ore di attività previste nelle sedi ambulatoriali di Continuità Assistenziale e nelle Centrali UNICA.

Si richiama in questa sede quanto contenuto in DGR n. 2588 del 21/06/2024 ad oggetto: DETERMINAZIONI IN ORDINE AL MODELLO DI FUNZIONAMENTO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT) e precisamente che:
Per tutti gli ambulatori di Continuità Assistenziale/UNICA (sedi di lavoro) è necessario garantire:

- *Personale di portierato/guardie giurate per la sicurezza delle sedi (anche a tutela dell'utenza)*
- *Trasporto con accompagnatore per l'attività al domicilio*
- *Pulizia e sanificazione*
- *Smaltimento rifiuti ordinari e speciali*
- *Lavaggio indumenti di lavoro*

Per la fascia notturna avanzata, in ragione delle specificità territoriali e in armonia con il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale, è possibile prevedere la forma della *reperibilità da casa* per le visite domiciliari nel contesto di apposite progettualità definite negli AAA.

Per far fronte alla grave carenza di medici disponibili ad assumere incarichi in aree carenti, anche a carattere temporaneo, e in continuità con le precedenti determinazioni regionali sul tema, può essere consentita, a richiesta del medico interessato, l'attività a quota oraria di 24 ore/settimana fino a 1.200 scelte e di 12 ore/ settimana fino a 1.500 scelte.

Si confermano le previsioni normative ed economiche dei precedenti AIR in materia dei cosiddetti "superfestivi" e della formazione come segue.

SUPERFESTIVI
Le ore di attività svolte nei giorni e negli orari sotto riportati sono remunerate con la tariffa oraria maggiorata pari a € 10,00:

- ✓ 1° Gennaio dalle 0.00 alle 20.00
- ✓ 6 Gennaio dalle 8.00 alle 20.00
- ✓ Sabato Santo dalle 8.00 alle 24.00
- ✓ Pasqua dalle 00.00 alle 24.00
- ✓ Lunedì dell'Angelo dalle 00.00 alle 20.00
- ✓ 25 Aprile dalle 8.00 alle 20.00
- ✓ 1° Maggio dalle 8.00 alle 20.00
- ✓ 2 Giugno dalle 8.00 alle 20.00
- ✓ 15 Agosto dalle 8.00 alle 20.00
- ✓ 1 Novembre dalle 8.00 alle 20.00
- ✓ 8 dicembre dalle 8.00 alle 20.00
- ✓ 24 Dicembre dalle 8.00 alle 24.00
- ✓ 25 Dicembre dalle 00.00 alle 24.00
- ✓ 26 Dicembre dalle 00.00 alle 20.00
- ✓ 31 Dicembre dalle 08.00 alle 24.00

PREFESTIVI E SANTO PATRONO
Nei giorni di sabato e prefestivi infrasettimanali, il servizio di Continuità Assistenziale è attivo dalle ore 08:00. La definizione in merito alla attivazione della Continuità Assistenziale nella giornata del Santo Patrono verrà declinata con successivo provvedimento integrativo del presente Accordo, entro il mese di ottobre c.a..

FORMAZIONE
Le ASST sono impegnate a programmare almeno 40 ore di formazione annuale secondo indirizzi regionali e tenuto conto della progettualità aziendale con le indicazioni di cui all'art. 26 dell'ACN vigente.

Le attività didattiche indicate non comportano riduzione del massimale orario individuale.

Atteso il forte aspetto strategico della formazione anche in considerazione delle indicazioni progettuali di qualificazione dei predetti professionisti ogni singola Azienda avrà a disposizione una quota di risorse, in relazione al numero dei professionisti in servizio al 31 dicembre di ogni anno, atta a garantire l'assolvimento degli impegni di cui all'art. 26 dell'ACN vigente.

TELEMEDICINA

Regione Lombardia ha maturato nel corso degli anni esperienze di utilizzo della Telemedicina in specifici territori e in particolari contesti specialistici, ponendo l'attenzione sulla medicina di iniziativa e sulla presa in carico della cronicità.

Il presente Accordo ha l'obiettivo di dare avvio ai servizi minimi di Telemedicina nell'ambito delle Cure Primarie con focus sui seguenti servizi e scenari di applicazione:

- ✓ Teleconsulto tra Medico di Assistenza Primaria e Medico Specialista
- ✓ Telemonitoraggio di Livello 1 a gestione territoriale
- ✓ Televisita
- ✓ Teleassistenza
- ✓ Telerefertazione

Verrà costituito specifico Gruppo di Lavoro con il compito di identificare gli scenari di telemedicina più aderenti al contesto delle Cure Primarie, i riferimenti per l'erogazione delle prestazioni e le risorse da impiegare nella Presa in Carico e nell'integrazione con le competenze specialistiche nei processi socioassistenziali e clinici.
La Direzione Generale Welfare garantirà primi momenti formativi sul tema e le esperienze già in corso, coerenti con le indicazioni che via via svilupperà il Gruppo di Lavoro, potranno essere valorizzate con risorse residue derivanti dai precedenti anni di esercizio.

MISURE RIGUARDANTI I MEDICI IN CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Stante quanto definito in AIR 2023 – addendum ad oggetto *Misure riguardanti i medici in corso di formazione specifica in medicina generale* – con riferimento al punto *b. Incarichi Temporanei e Provvisori di assistenza primaria a ciclo di scelta per i medici corsisti* in attuazione della previsione: "Per i medici iscritti al terzo anno di corso di formazione specifica in medicina generale viene previsto che il massimale possa arrivare fino a 1.500 assistiti su base volontaria" le Aziende possono concordare con i medici modalità graduali di elevazione del massimale fino a 1.500 assistiti, nella misura di 500 ulteriori assistiti dilazionati in mesi 6, per consentire un fisiologico adattamento del medico al nuovo carico assistenziale, a percorso formativo ancora in atto.

SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI STUDIO DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA CHE FREQUENTA IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Si intende investire sulla formazione dei futuri Medici di Medicina Generale prevedendo che le ASST organizzino con risorse umane proprie (amministrative e sanitarie) forme di supporto all'attività di studio dei Medici iscritti al Corso, che ne facciano richiesta, con incarico provvisorio o che svolgano attività di Ambulatorio Medico Temporaneo, secondo modalità concordate in sede di Comitato Aziendale.

COMPITI E COMPENSO DEL REFERENTE DI AFT

Il ruolo e i compiti del referente AFT sono definiti all'art. 30 del vigente ACN e da apposito regolamento come sopra indicato.

Al referente è riconosciuto un compenso di € 500 mensili a fronte delle funzioni espletate e un ulteriore compenso di € 2.000 su base annua a fronte del raggiungimento in misura proporzionale dei risultati di seguito declinati:

a. partecipazione, alla definizione di procedure di integrazione funzionale delle AFT con le CdC e con gli altri soggetti presenti sul territorio, in attuazione delle indicazioni regionali in materia con particolare riguardo all'implementazione del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) per la redazione degli specifici protocolli relativi alle INTERRELAZIONI DEI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA CON I SOGGETTI DELLA RETE TERRITORIALE
   Area di Risultato: partecipazione al 90% delle riunioni in ambito distrettuale per la redazione di suddetti protocolli

b. proattività nel favorire il raggiungimento degli obiettivi in tema di:
   - ✓ vaccinazione Antinfluenzale 2024-2025
   - ✓ presa in carico del paziente cronico

Area di risultato: organizzazione di almeno due riunioni di AFT/anno, anche da remoto, su queste tematiche.

Il finanziamento per tali obiettivi e attività deriva da € 0.81 per assistito quale quota aggiuntiva di risorse regionali.

Milano, 24 settembre 2024

Letto e sottoscritto digitalmente

Per la parte pubblica:

IL DIRETTORE GENERALE DG WELFARE	MARCO COZZOLI
LA DIRIGENTE DELLA U.O COMPETENTE - RETE TERRITORIALE	CLARA SABATINI
LA DIRIGENTE STRUTTURA COMPETENTE - CURE PRIMARIE	CLARA SABATINI
IL DIRETTORE GENERALE ATS INSUBRIA	SALVATORE GIOIA
IL DIRETTORE GENERALE ASST LECCO	MARCO TRIVELLI
IL DIRETTORE GENERALE ASST LODI	GUIDO GRIGNAFFINI
IL DIRETTORE GENERALE ASST VALCAMOINICA	CORRADO SCOLARI

Per le OO.SS.

FIMMG	PAOLA PEDRINI
SNAMI	ROBERTO CARLO ROSSI
SMI	ENZO SCAFURO
F.M.T.	FRANCESCO FALSETTI
Federazione CISL Medici	MARILINA GIUDICI

FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Il personale amministrativo e infermieristico a supporto dell'attività del Medico e l'organizzazione in cui opera il Medico sono importanti elementi rafforzativi della possibilità di raggiungere i migliori obiettivi di percorso e di salute.

Il fondo, costituito ai sensi dell'art. 47 comma 2 lettera d, punto I e II, del vigente ACN, integrato dai fondi regionali a riparto di cui agli AIR 2007 e 2009, consolidato al 2021, è incrementato per il 2024 di € 14.000.000 oneri compresi.

Al fine di garantire una organizzazione efficace delle cure primarie, si ritiene che il fondo dei fattori produttivi debba avere innanzitutto l'obiettivo di incentivare la presenza di personale di studio (collaboratore di studio in via prioritaria), oltre che favorire le FAA, in ragione dell'effettivo ampliamento del portafoglio dei servizi/prestazioni.

Con tale fondo vengono riconosciute quindi le seguenti indennità:

A. FAA: si mantengono i criteri del precedente AIR con previsione, tuttavia, di una migliore enucleazione degli obiettivi delle FAA nel contesto della riforma del Territorio in atto. – ALLEGATO 6
   N.B.: le medicine in rete e gruppo in essere all'entrata in vigore del presente AIR vengono mantenute.
B. Personale di studio: si conviene che a tendere, tutti i medici appartenenti alla AFT debbano avere il supporto di personale di studio (collaboratore di studio e/o infermiere), che può essere in condivisione tra i medici della AFT (ALLEGATO 7). Nel merito si precisa che il Medico componente della FAA che tragga beneficio dalla condivisione del personale di studio, senza aver posto in essere forme di contrattualizzazione, non matura il diritto di accesso alle specifiche indennità.

Le nuove indennità a valere sul fondo saranno riconosciute secondo le seguenti priorità:

A. Le indennità per il personale di studio già contrattualizzato entro il 31 dicembre 2023 e in attesa di riconoscimento (il criterio è la data del contratto da inviare a mezzo PEC alla ASST di appartenenza)
B. Le indennità per forme associative avanzate già attivate entro il 31 dicembre 2023 e in attesa di riconoscimento (il criterio è la data dell'atto costitutivo da inviare a mezzo PEC alla ASST di appartenenza)
C. Le indennità per il personale di studio contrattualizzato nel corso del 2024
D. Le indennità per forme associative avanzate attivate nel corso del 2024.

Per l'inserimento di un nuovo componente in una FAA già costituita, la richiesta sarà avanzata esclusivamente da parte del Medico interessato, previe accettazioni da parte dei membri della FAA e rinnovo dell'atto costitutivo.

Tutte le indennità di cui sopra decorrono dal 1° gennaio 2024 o dalla data di effettiva contrattualizzazione/attivazione, se posteriore. All'interno di ciascuna categoria prioritaria si applica il criterio temporale di contrattualizzazione/attivazione.

In caso di cessazione dell'attività di un medico con incarico a tempo indeterminato appartenente a una Forma Associativa Avanzata con/senza sede unica e/o avente personale amministrativo e/o infermieristico di studio, è garantito il subentro isorisorse del Medico subentrante per l'Azienda, a parità di servizi erogati, sia che l'incarico abbia carattere temporaneo o definitivo, qualora il subentro avvenga entro i successivi 12 mesi. Tale garanzia è prevista anche per i Medici corsisti con incarico temporaneo e subentranti su un incarico precedentemente in essere di Assistenza Primaria.

Le linee di attività contenute nel presente AIR hanno lo scopo di avviare un percorso virtuoso orientato a consentire, nel tempo, l'ulteriore integrazione delle quote B, C e D art. 47 comma 2 vigente ACN mediante la possibilità di *trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale-territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali di assistenza primaria*.

Per quanto qui rappresentato, e richiamando i contenuti in premessa, si definisce l'immediata costituzione di apposito Gruppo di Lavoro, in seno al Comitato Regionale, per i seguenti obiettivi, da codificare e implementare con il futuro AIR 2025:

- ✓ la valutazione delle esperienze dei territori allo scopo di implementare il paniere delle prestazioni effettuabili direttamente dal Medico di Assistenza Primaria, in particolare presso le Forme Associative Avanzate della Medicina Generale, per la gestione di condizioni nosologiche a più elevata frequenza nella popolazione generale
- ✓ la definizione della relazione tra FAA e AFT in attuazione del DM 77/2022 con individuazione delle rispettive finalità
- ✓ la definizione dei "criteri di accesso" alle indennità di cui al fondo aziendale dei fattori produttivi

ALLEGATO 1

MODELLI ORGANIZZATIVI PER LA PARTECIPAZIONE DEI MMG ALL'ATTIVITÀ VACCINALE DI ASST

1. **GESTIONE DIRETTA DELL'ATTIVITA' IN AMBITO DI AFT**

Destinatari dell'offerta	Assistiti target dell'ambito di AFT, iscritti negli elenchi di MMG	
Proposta attiva di vaccinazione	Ogni MMG della AFT, per i propri assistiti	
Sede dell'attività	Studio medico/altre sedi del territorio/Ambulatorio CdC	
Agende ARVAX/non ARVAX	Personale infermieristico e amministrativo di studio	
Gestione vaccini – Magazzino Lotti e consegne		ASST/MMG
Gestione vaccini – Stoccaggio Ai fini della garanzia di stabilità ed efficacia del prodotto, lo stoccaggio di vaccino in frigorifero richiede la disponibilità di idonee apparecchiature per il controllo del mantenimento della temperatura tra 2 e 8 °C, con registrazione dei valori H24, da produrre in caso di shock termico. *La modalità organizzativa di sedute vaccinali pianificate da più MMG (vaxday) consente, nella stessa giornata, il ritiro del vaccino e la restituzione dell'eventuale esubero, presso sedi ASST.*		ASST/MMG
Consenso informato /Anamnesi	MMG	
Seduta vaccinale	MMG e personale infermieristico di studio	
Registrazione in portale ARVAX	MMG e personale infermieristico di studio	

La retribuzione per l'attività svolta dal MMG, con il contributo del personale infermieristico/amministrativo di studio, è riconosciuta come segue:

- ✓ Compenso per singolo inoculo: € 6,16
- ✓ Compenso aggiuntivo per vaccinazione al domicilio: € 18,90
- ✓ Riconoscimento per raggiungimento obiettivi di progetto

2. **PARTECIPAZIONE DELLA AFT ALL'ATTIVITA' GESTITA DAL CENTRO VACCINALE**

Destinatari dell'offerta	Assistiti target dell'ambito di AFT, iscritti negli elenchi di MMG o afferenti agli AMT del territorio	
Proposta attiva di vaccinazione	Ogni MMG della AFT, per i propri assistiti	
Sede dell'attività	Centro Vaccinale/Ambulatorio CdC	
Agende ARVAX	ASST/MMG	
Gestione vaccini - Magazzino lotti e consegne		ASST
Gestione vaccini – Stoccaggio		ASST
Consenso informato /Anamnesi	MMG	
Svolgimento seduta vaccinale	MMG/Personale infermieristico di ASST	
Registrazione in portale ARVAX	MMG/Personale ASST, secondo modello organizzativo del CV	

La retribuzione per l'attività svolta dal MMG e dal personale infermieristico/amministrativo di studio è riconosciuta come segue, nel caso di **attività nell'ambito di campagne vaccinali:**

- ✓ Compenso per singolo inoculo: € 6,16
- ✓ Compenso aggiuntivo per vaccinazione al domicilio: € 18,90
- ✓ Riconoscimento per raggiungimento obiettivi di progetto

La retribuzione per l'attività svolta dal MMG e dal personale infermieristico/amministrativo di studio è riconosciuta come segue nel caso di **attività vaccinale destagionalizzata**:

- ✓ Compenso per attività libero professionale su base oraria (*): € 60,00/ora
- ✓ Compenso aggiuntivo per vaccinazione al domicilio: € 18,90

✓ Riconoscimento per raggiungimento obiettivi di progetto

(*) *Il medico con attività a ciclo di scelta non può svolgere in libera professione attività già previste dal presente Accordo e dagli accordi decentrati in favore dei propri assistiti. Fanno eccezione, a titolo esemplificativo, alcune prestazioni tra cui … specifiche attività definite dall'Azienda anche con soggetti terzi, in forma organizzata e continuativa, al di fuori degli orari di attività convenzionale, nell'ambito degli Accordi Attuativi Aziendali.*

ALLEGATO 2

PIANO STRATEGICO-OPERATIVO NAZIONALE DI PREPARAZIONE E RISPOSTA A UNA PANDEMIA INFLUENZALE (PanFlu)

Nel periodo dell'anno maggiormente soggetto alla diffusione delle sindromi respiratorie su base virale (novembre – dicembre – gennaio) prevedere l'attivazione di hotspot dedicati (in ogni ASST) con apertura 7/7 dalle ore 20:00 alle ore 24:00 in cui operano contemporaneamente 3 Medici + 1 figura amministrativa (ASST) + 1 figura infermieristica (ASST).

à L'hotspot viene avviato a valle di formazione specifica regionale (breve FAD) unitamente a sistema di consultabilità sincrona del Servizio di Malattie Infettive Ospedaliero di riferimento locale.

à L'hotspot è attivabile dal NEA116117/UNICA

Nei mesi sopra indicati, gli hotspot si affiancheranno alle sedi di Continuità Assistenziale manifestando una capacità di risposta più mirata verso le sindromi influenzali, integrandosi con il complesso sistema della continuità assistenziale secondo il modello regionale, contenendo, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate.

La retribuzione per l'attività svolta dal MMG è riconosciuta come segue: compenso per attività libero professionale su base oraria (*): € 80,00/ora

ALLEGATO 3

DIAGNOSTICA PER L'INVIO PRECOCE AL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE HCV CORRELATE

L'attività consiste nella somministrazione del TEST RAPIDO Antigenico HCV agli assistiti nati nelle coorti tra il 1969 e il 1989. I kit verranno distribuiti ai MMG direttamente dalle ASST. A fronte di specifiche indicazioni, che verranno fornite dalla Direzione Generale Welfare, il MMG registrerà l'esito del test sul portale SMI.

La retribuzione per l'attività svolta dal MMG è riconosciuta come segue: compenso pari a Euro 250,00 ogni 15 assistiti eleggibili sottoposti a test.

Attività attesa per il 2025.

ALLEGATO 4

PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL PIEDE DIABETICO

Primo livello di monitoraggio del paziente presso lo studio del Medico di Medicina Generale

CONTESTO

Si riporta in letteratura come circa il 30% dei pazienti diabetici di età superiore ai 40 anni soffra di disturbi a carico degli arti inferiori (polineuropatia e arteriopatia periferica) e che circa il 15-20% degli stessi andrà incontro, nel corso della vita, ad un'ulcera del piede, con necessità di cure, talora sino all'intervento chirurgico demolitivo.
La DGR n. 6253/2022 pone in carico alle Cure Primarie la gestione del primo livello avvalendosi, secondo necessità del quadro clinico, del supporto del segmento specialistico.

OBIETTIVO

Il progetto ha la finalità di fornire al Medico di Medicina Generale (MMG) e all'Infermiere di studio gli strumenti utili a garantire la **diagnosi precoce di neuropatia e/o vasculopatia in pazienti affetti da diabete mellito tipo II**, al fine di ridurre e contenere i possibili aggravamenti della patologia diabetica, concorrendo al contempo ad un abbattimento dei costi di gestione e cura delle complicanze.

ATTIVITA'

Erogazione di un monitoraggio con interventi di anticipo diagnostico ed educazionali, assicurati dalla forma associativa avanzata della Medicina Generale, per tramite dell'Infermiere di studio e secondo un percorso condiviso.
L'attività prevede, nello specifico, l'*utilizzo di strumentazione a basso impatto tecnologico* per la diagnosi ed il monitoraggio della malattia (Monofilamento di Semmens/Diapason).

L'arruolamento dei pazienti al progetto richiede che siano soddisfatti entrambi i seguenti criteri:

1. Pazienti reclutati nell'ambito dell'attività di Presa in Carico del Cronico (PIC)
2. Pazienti affetti da diabete tipo II, senza episodi pregressi di ulcerazioni, con specifici fattori di rischio evidenziati nel corso della prima visita di presa in carico.

I pazienti già in cura presso Centri Specialistici possono essere anch'essi arruolati dal MMG, stante l'adesione del paziente e un passaggio di consegne/definizioni di ruoli tra i differenti livelli di cura.

AREA DI RISULTATO

L'adesione formale del MMG al progetto prevede il raggiungimento degli obiettivi di seguito specificati:

1. Presentazione di un progetto elaborato in Forma Associativa/AFT
2. Partecipazione di MMG/Infermiere ad evento formativo ECM, con la condivisione di un *percorso di monitoraggio e counselling* per i pazienti target

ALLEGATO 5

LA GESTIONE INTEGRATA DELLA VULNOLOGIA IN AMBITO TERRITORIALE

SORVEGLIANZA POST-CRITICA DI LESIONI CUTANEE E MEDICAZIONI COMPLESSE PRESSO LO STUDIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

CONTESTO

Le Lesioni Cutanee sono un problema rilevante in termini di costi e di risorse per il SSN, sia per la complessità del loro trattamento che per la loro prevenzione e se ne osserva il costante aumento, anche in relazione all'invecchiamento della popolazione. L'ISTAT prevede che la popolazione ultraottantenne in Italia - quella presso cui si concentra il maggior fabbisogno assistenziale - passerà dagli attuali 2,9 a ben 7,7 milioni nel 2030. In termini generali, si stima in 2 milioni il numero di persone affette in Italia da lesioni croniche cutanee e, più precisamente:

- ✓ Le ulcere da decubito colpiscono circa l'8% dei pazienti ospedalizzati e tra il 15% e il 25% di quelli ricoverati nelle strutture di lungo degenza
- ✓ La prevalenza delle ulcere degli arti inferiori è dell'1% circa nella popolazione generale, con un picco del 3,6% nella popolazione con età superiore a 65 anni
- ✓ Il 15% dei pazienti diabetici presenta un'ulcera del piede e il numero delle lesioni è destinato ad aumentare in previsione dell'aumento dei pazienti diabetici nel prossimo decennio.

OBIETTIVI

Nell'ottica del processo di qualificazione delle Cure Primarie in ambito territoriale, si propone la sperimentazione di ambulatori dedicati alle medicazioni avanzate, presso le sedi delle Forme Associative della Medicina Generale/Case di Comunità.

Negli ambulatori, l'attività è svolta da personale infermieristico specificamente addestrato, con la supervisione del Medico di Medicina Generale, che mantiene la responsabilità clinica del processo.

ATTIVITA'

Target elettivo del progetto sono i pazienti deambulanti, individuati dai Medici della Forma Associativa/AFT, ma in casi specifici, potrà essere garantito l'accesso al domicilio.

Si prevede l'erogazione delle seguenti prestazioni:

1. Visita per sorveglianza post-critica di lesioni cutanee
2. Effettuazione di medicazioni complesse

Le medicazioni semplici (eseguite su ferite pulite, senza perdita di sostanza e che solitamente guariscono per prima intenzione) rientrano nell'attuale ACN come Prestazione di Particolare Impegno Professionale (PPIP), vengono già regolarmente garantite dalla Medicina Generale ed esulano, pertanto, dalla presente trattazione.

3. Attività di educazione sanitaria ed addestramento del paziente, per una partecipazione attiva al processo di cura.
4. Invio a struttura di secondo livello, per casi complessi: questa attività prevede necessariamente l'integrazione dei diversi attori della rete assistenziale di ASST, atta a garantire la sinergia nella presa in carico del paziente.

REQUISITI NECESSARI PER L'AVVIO DEL PROGETTO

1. Formazione continua del personale medico e infermieristico, per l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici aderenti alle Linee guida nazionali ed internazionali in ambito di ASST
2. Definizione dell'elenco del materiale e delle modalità di approvvigionamento presso ASST

AREA DI RISULTATO

L'adesione formale del MMG al progetto prevede il raggiungimento degli obiettivi di seguito specificati:

1. Presentare un progetto elaborato in Forma Associativa/AFT
2. Assicurare percorso formativo Infermiere, in ambito di ASST

ALLEGATO 6

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 amministrativo (e/o infermieristico) 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 <u>sede/i uniche</u>:

- 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 in caso di malattia (ad esclusione di periodi superiori a 30 gg), solo 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 7

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%