

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE MEDICI DI MEDICINA GENERALE ANNO 2022

PREINTESA - In attuazione all'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale triennio 2016-2018

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

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

In relazione a queste premesse e alla necessità di implementare la medicina territoriale in attuazione della L.R. n. 22/2021, il presente accordo è stipulato in coerenza con le determinazioni programmatiche di cui alla DGR XI/6387/2022 e terrà comunque conto dei successivi atti che verranno assunti dalla Giunta regionale in attuazione della DGR XI/6760/2022 attuativa del DM 77/2022.

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 AVVIO DELLE CASE DELLE COMUNITÀ ED OPERATIVITÀ DEI DISTRETTI

In ambito regionale sono istituite, nei Distretti delle ASST, le Case della Comunità (CdC) all'interno delle quali sono presenti anche i medici del ruolo unico (già Medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) chiamati, nei limiti e con le regole dell'accordo nazionale e regionale, a fornire un contributo sia nella fase di elaborazione dei modelli operativi secondo le indicazioni nazionale e regionali in materia, che in quella di una erogazione integrata di prestazioni definite in sede di Comitato permanente regionale, per gli aspetti generali. Le aggregazioni dei medici del ruolo unico e PLS (AFT e UCCP), nello svolgimento di tali attività, sono ricomprese nelle CdC avendo in esse la sede fisica, oppure essendo collegate funzionalmente alle stesse.

All'interno delle CdC è prevista anche la figura dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) che opera in collaborazione con i medici di ruolo unico di assistenza primaria e con i pediatri di libera

scelta per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento con il ruolo di promuovere salute, prevenire e collaborare nelle reti multiprofessionali nella gestione dei processi di salute individuali, familiari e della comunità all'interno del sistema delle cure primarie.

2 ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE

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

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

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

a) contribuire ad assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti ai sensi dell'articolo 46 del vigente ACN;

b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, 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;

c) garantire, nei limiti del sistema messo a disposizione dei Medici convenzionati, la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.

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

a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;

b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto, sentito il Comitato aziendale, e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;

c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

2.1 CARATTERISTICHE DELLE AFT

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

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

I medici dell'AFT assicurano l'erogazione delle attività di cure primarie a tutti i cittadini afferenti territorialmente; garantiscono, ai fini della presa in carico, l'erogazione dell'assistenza secondo il

modello organizzativo regionale, in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento (CdC), alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

I medici del ruolo unico componenti la AFT individuano al loro interno un referente. La durata del mandato è biennale, rinnovabile al massimo per una volta

I compiti del referente AFT, con ruolo di “primus inter pares”, sono definiti dall’Art.30 dell’ACN 2016-2018.

Al referente è riconosciuto un compenso di € 500/mese a fronte delle funzioni espletate e un ulteriore compenso di € 2000 su base annua, a fronte del raggiungimento in misura proporzionale di determinati risultati declinati annualmente e che per il 2022 si concorda siano quelli di seguito elencati:

a) partecipazione, alla definizione di accordi e procedure di integrazione delle AFT all’interno della CdC e con gli altri soggetti presenti sul territorio, in attuazione delle indicazioni regionali in materia; indicatore: partecipazione al 80% delle riunioni in ambito distrettuale, stabilite in modo condiviso, di norma a cadenza bimestrale, anche via web;

b) raggiungimento delle coperture vaccinali dei pazienti non trasportabili in carico ai medici della AFT, a domicilio, che ne facciano richiesta, organizzando la vaccinazione anche per gli assistiti dei medici non aderenti; indicatore: 85 % dei soggetti non trasportabili, aderenti alla vaccinazione, dei medici della AFT

c) organizzazione di momenti informativi anche via web su piattaforma SSR con i medici della AFT sull’evoluzione del nuovo modello di cure territoriali o relativi ai processi di presa in carico dei pazienti; indicatore: n. 2 eventi/momenti informativi nel 2022.

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

2.2 COMPITI AFT

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

- vaccinazioni
- vaccinazioni domiciliari
- tamponi rapidi
- screening
- test diagnostici anche tramite telemedicina
- promozione della salute e counseling
- attivazione ADI. Nell’ambito della presa in carico del paziente cronico è compito del medico di ruolo unico valutare il bisogno assistenziale dell’assistito, utilizzando la scala rapida del triage, per poi:
 - attivare direttamente i profili più semplici e/o prestazionali, con invio diretto ad ASST secondo specifiche procedure definite dalla DG Welfare;
 - segnalare la necessità di valutazione multidimensionale, per i casi complessi.

Come definito in ACN, le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali. All’interno della programmazione regionale e in relazione ad eventuali specificità territoriali, saranno fornite indicazioni alle ASST per garantire una logistica semplificata nella distribuzione dei vaccini, qualora gli stessi non siano distribuiti per il tramite delle farmacie territoriali. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT costituisce un

elemento per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico (art. 47, comma 2, lettera B punti II e III) dei medici componenti la stessa AFT.

In fase di prima attuazione si concorda che gli stessi indicatori definiti per il referente al punto b) e c) del comma 2.1, determinano la corresponsione della suddetta parte variabile, che sarà corrisposta a seguito del raggiungimento di tali obiettivi.

3 QUOTA DEL FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

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

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

In tale fondo vengono ricompresi i fondi di qualificazione dell'offerta di cui all'ACN 2007; nel 2022 tali fondi saranno liquidati per il primo semestre, nella forma determinata in tale accordo. Per il secondo semestre valgono le nuove regole definite in questo accordo. Per l'anno 2022 per tale fondo si prevede un incremento di spesa complessiva su base annua di € 9.740.000, rispetto a quanto già assegnato alle ATS.

Al fine di garantire una organizzazione efficace delle cure primarie, si individuano quindi i seguenti fondi:

- A. **Fondi per personale di studio.** Si conviene che a tendere, tutti i medici appartenenti alla AFT debbano avere il supporto di personale di studio (amministrativo/infermiere), che può essere in condivisione tra i medici della AFT. Per i requisiti, si fa riferimento a quanto indicato dagli accordi nazionali e regionali vigenti. Tale fondo viene articolato come da allegato A.
 - B. **Fondi per forme associative avanzate,** per medici associati tra loro per garantire, in aggiunta a quanto previsto dai compiti dell'AFT le seguenti attività:
 1. viene riconosciuta la quota di € 6,50/assistito/anno, se i medici collegati tra loro in rete e non vincolati a sede unica garantiscono:
 - la continuità dell'assistenza, per prestazioni non differibili, agli assistiti di un componente temporaneamente assente;
 - la chiusura pomeridiana di uno degli studi dell'associazione non prima delle ore 19,00;
 - attività ambulatoriale in almeno uno degli studi il venerdì pomeriggio e il lunedì mattina;
 - la contattabilità di cui all'art. 35 comma 7 ACN 2022, in forma integrata e/o a rotazione, per garantire la risposta più adeguata al bisogno degli assistiti (*consulto, consulenza, eventuale visita*); gli assistiti potranno rivolgersi ad altri medici dell'associazione solo nel caso di reale bisogno indifferibile;
- la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria deve essere coerente con l'articolazione territoriale dell'AFT. Possono essere presenti, inoltre, uno o più studi nei

quale i medici associati svolgano a rotazione le attività concordate e le aperture dei prefestivi;

2. viene riconosciuta invece la quota di € 12,50/ assistito/anno se, oltre quanto previsto per la forma associativa avanzata di cui al punto precedente, le attività vengono svolte in una o due sedi, con personale di studio che operi in modo integrato e gli aderenti, anche a rotazione o per delega, partecipano ad attività distrettuali, come ad esempio le vaccinazioni, e garantiscono, nell'ambito della AFT, l'apertura per almeno 3 ore il sabato e i prefestivi, quali spoke della Casa della Comunità di riferimento, secondo modalità condivise in seno al Comitato regionale;

Dopo la data del 1° settembre 2022, le nuove forme associative, o le integrazioni delle esistenti, dovranno attenersi alle indicazioni sopra riportate.

4 QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

4.1 AREE DISAGIATE E DISAGIATISSIME

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

4.1.1 In presenza di grave carenza strutturale di medici di famiglia, le ATS/ASST, in relazione alla DGR 5587/2021, possono individuare quali aree funzionalmente e temporaneamente disagiate gli ambiti elementari in cui ricorrano contemporaneamente le seguenti condizioni:

- presenza del 60 % dei medici con carico > 1700 assistiti
- oggettiva impossibilità di scelta del medico da parte dei cittadini dell'ambito
- mancata copertura di posti carenti nell'anno precedente

In queste aree lo stato di disagio cessa dopo un anno 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 da un lato alla lontananza da servizi sanitari e ad un maggior intervento del medico e dall'altro al maggior carico assistenziale impattante sull'erogazione dell'attività.

4.1.2 Ogni ATS/ASST dovrà individuare, nell'ambito della propria Azienda di appartenenza, e indicare a Regione eventuali **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.). Al gruppo di medici operanti in questi ambiti spetta un compenso cumulativo pari a € 24.000,00/anno comprensivi di oneri previdenziali, in relazione alla particolare situazione che i medici si trovano a fronteggiare nell'erogazione del servizio.

4.2 PIC

Nel condividere la necessità di un confronto rispetto agli sviluppi della PIC anche in relazione alla riorganizzazione del SSR di cui alla L.R. 22/2021 e la realizzazione delle CdC, si riconfermano i valori economici connessi alla formulazione da parte del MMG di un PAI.

Tale confronto dovrà tenersi entro il mese di ottobre in relazione al prossimo esercizio.

4.3 PROGETTI DI TELEMEDICINA

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

Fondamentale nel percorso di presa in carico a domicilio è la programmazione delle attività previste dal PAI in accordo con il paziente e la famiglia o i caregiver; il collegamento a piattaforme tecnologiche di presa in carico che consentano la circolarità delle informazioni da parte di tutti gli attori coinvolti nella presa in carico. Il medico del ruolo unico dovrebbe poter richiedere, prescrivere, attivare, o erogare direttamente la prestazione in telemedicina.

Sono da riprendere, a tal fine, le esperienze in essere in tema di trasmissione di segnali biomedici e telemedicina, coinvolgendo la rete di offerta del SSR, e/o le forme associative/cooperative di assistenza primaria e quanto previsto nell' AIR 2019, tenuto conto delle novità introdotte dal DM 77, regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, nonché del DM relativo alle apparecchiature di diagnostica di primo livello per medici e pediatri di famiglia. Uno specifico tavolo di lavoro prenderà in considerazione e valuterà le sperimentazioni attuali, nella prospettiva di costruire un modello che, da un lato, tenga conto di queste esperienze, dall'altro, si integri con la programmazione e le iniziative regionali promosse in tal senso, anche all'interno del PNRR.

4.4 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E TELEMONITORAGGIO

Si conviene 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, comma C dell'ACN. Si demanda al tavolo di lavoro di cui al comma precedente la definizione della progettualità, facendo tesoro 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.

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).

5 RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE

Considerata la criticità accertata in numerosi ambiti del territorio regionale per la copertura delle zone carenti di medicina generale e la grave difficoltà riscontrata nel reperire medici disponibili all'attribuzione di incarichi provvisori, si conferma la possibilità per le ATS/ASST di autorizzare, su

base volontaria, l'aumento del massimale individuale fino a 1800 scelte nell'ambito elementare ove si riscontra l'effettiva carenza, mediante scelta "a termine" da parte dell'assistito.

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

Per pazienti cui non è possibile assegnare un medico, possono essere attivati, in via temporanea, nei giorni diurni feriali degli specifici ambulatori: Ambulatori medici temporanei (AMT). Tutti i medici del ruolo unico che opereranno in tali ambulatori saranno retribuiti con la quota oraria di € 40, oneri compresi, previo specifico provvedimento regionale.

6 GOVERNO CLINICO

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

- a. Partecipazione attiva alla campagna vaccinale anti-covid-19 (in ambulatorio, nelle CdC, nei Centri vaccinali e al domicilio, con la presa in carico dei pazienti non deambulanti) per raggiungere gli obiettivi di copertura previsti per la popolazione destinataria della vaccinazione;
- b. Partecipazione attiva ai programmi di screening (colon retto, mammella, cervice uterina, etc.);
- c. Appropriately prescrittiva (partecipazione agli audit di AFT).

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

6.1 Fondi residui di governo clinico

Con quanto messo a disposizione, ma non corrisposto dall'indennità prevista per la remunerazione del governo clinico, possono essere attuate, a livello territoriale, 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.), anche attraverso la collaborazione del personale di studio, anche al domicilio.

- b) Presa in carico del Paziente in terapia NAO/TAO 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, riducendo così il carico di lavoro degli ambulatori specialistici ospedalieri/territoriali e contribuendo così alla riduzione delle liste di attesa degli stessi. 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 erogativi, dopo adeguamento condiviso dei portali citati, in modalità semplificata e orientata al MMG i contenuti dei progetti riguarderanno anche le seguenti prestazioni:

1. prescrizione on line di presidi (carrozine, 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

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 condivide 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. L'ambito in cui effettuare le analisi e le proposte è il Tavolo, istituito a seguito AIR 2021. In questo contesto verranno anche definite le progettualità e gli incentivi legati alle disponibilità a coprire turni disagiati e alla tematica dei "vicariamenti". I lavori dovranno portare alla elaborazione di un documento contenente proposte e tempistica di attuazione, entro un mese dalla sottoscrizione del presente accordo. In tale documento, si terrà anche conto di particolari aree disagiate e disagiatissime della Regione, in cui è oggettivamente difficile coprire i turni e/o ove le distanze o le condizioni orogeografiche siano particolarmente difficoltose.

8 TAVOLI DI CONFRONTO

Vengono confermati i tavoli di confronto, già attivi sulle seguenti tematiche:

1. Continuità Assistenziale
2. Presa In Carico del paziente cronico per riadattare la progettualità, anche in riferimento alle Case della Comunità;
3. Semplificazione prescrittiva;

cui si aggiunge:

4. Progetti di telemedicina, tele monitoraggio e contattabilità e accessibilità agli studi
5. Vaccinazioni
6. Integrazione formazione specifica in medicina generale e attività delle cure primarie

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

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%