

Pre Accordo - Linee di indirizzo per la definizione dell'AIR di Medicina Generale

Temi prioritari:

- 1 sviluppo dell'associazionismo fra MMG
- 2 metodi di sviluppo organizzativo della multiprofessionalità e multidisciplinarietà, in particolare come previsto dal PNRR, all'interno della Casa di comunità e con gli ospedali di comunità e in relazione con le COT, in particolare per la presa in carico della cronicità, fragilità e medicina d'iniziativa;
- 3 disponibilità diagnostica di primo livello nelle CdC e negli ambulatori periferici (strumentazione, obiettivi clinici) in riferimento alle diverse tipologie di attività previste;
- 4 assistenza nelle RSA;
- 5 modello di continuità assistenziale;
- 6 formazione specifica in MG;
- 7 forme di retribuzione differenziate (quota fissa e variabile) in funzione dei diversi obiettivi.

Premessa

Il presente pre-accordo esplicita il comune interesse delle parti a individuare, (pur essendo in corso una fase di revisione del quadro normativo a livello nazionale che potrebbe richiedere un aggiornamento del presente documento), attraverso il lavoro di un tavolo tecnico che verrà costituito, le soluzioni operative per raggiungere gli obiettivi dichiarati e condivisi.

Al tavolo tecnico, al fine di garantire la sostenibilità economica finanziaria del SSR, obiettivo ineludibile per tutte le parti, è dato quindi il compito di sviluppare un piano dei risultati in termini di qualità del servizio al cittadino e di ottimizzazione dei costi del piano proposto rispetto alla situazione attuale e che permetta quindi di attuare l'investimento necessario. Infatti il disegno generale del PNRR tende, attraverso un potenziamento strutturale e professionale del territorio, a sviluppare appropriatezza delle prestazioni nel setting territoriale e, di riflesso, in quello ospedaliero. Al tavolo tecnico è quindi affidato lo sviluppo dello scenario atteso in termini di prestazioni ottimizzate (diagnostica, specialistica, ricoveri) e di qualità delle cure, nonché di qualità percepita da parte del cittadino. che possa rappresentare l'obiettivo atteso e che possa quindi permettere l'investimento di cui al punto 1 e 7.

La Regione e la Medicina Generale concordano di confermare al medico di medicina generale, che opera come libero professionista convenzionato, obbligatoriamente inserito in una AFT, il ruolo di assicurare, sul territorio, ai cittadini che lo hanno liberamente scelto sulla base del rapporto di fiducia medico-paziente, il loro diritto alla salute, garantendo interventi di empowerment ed educazione sanitaria, iniziative per la correzione degli stili di vita, gestione proattiva della prevenzione (vaccinazioni, screening, ecc.) e della cronicità e fragilità mediante un piano assistenziale, la presa in carico e gestione in tempo reale della acuzie intercorrente a bassa complessità e della riacutizzazione della cronicità, l'assistenza nelle RSA e Ospedali di Comunità e la gestione di tutto il percorso di diagnosi e cura del Covid.

Il presente accordo rappresenta i punti fondanti, ad oggi condivisi, per la trasformazione della assistenza territoriale come configurata dagli orientamenti attuali dal PNRR ed il ruolo quindi della MG all'interno di questo nuovo scenario in trasformazione.

Le Case di Comunità (CdC) sono i *punti della rete di prossimità che consentono di entrare in contatto con l'assistenza di prossimità, con i servizi di assistenza primaria e di integrazione sociosanitaria, secondo un*

modello di intervento integrato, multidisciplinare e multiprofessionale. In particolare, sono dedicate alla presa in carico della cronicità e della fragilità.

- La CdC rappresenta il nodo della rete dei servizi territoriali e comprende una o più CdC hub (almeno 1 hub ogni 40-50.000 abitanti) e CdC spoke.
- Le sedi delle forme associative della MG (medicines di gruppo e associazione complessa) integrano funzionalmente le sedi spoke delle CdC del territorio di riferimento al fine di rendere più efficace ed efficiente la rete di prossimità.
- *Gli studi singoli e secondari dei MMG sono da considerarsi parte integrante e complementare alla nuova organizzazione tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità d'accesso, in particolare nelle aree interne e rurali.*
- *Nelle CdC tutti i professionisti lavorano in maniera integrata, multidisciplinare e multiprofessionale secondo le logiche del team proposto*
- *Le AFT sono collegate funzionalmente alle CdC*

In Toscana la realizzazione delle CdC rappresenta l'evoluzione del modello della Casa della Salute ed avverrà facendo tesoro delle migliori esperienze e progettualità già realizzate nella nostra Regione.

Tutti i MMG assicurano la loro presenza all'interno delle CdC, in particolare assumono le CdC come sede elettiva per la programmazione e lo sviluppo del lavoro del team multi disciplinare e multiprofessionale di cui sono parte integrante. I MMG effettueranno all'interno della CdC, Hub o spoke, la quota di assistenza vocata alla cronicità e fragilità ed in più potranno lavorare all'interno delle CdC, su base volontaria, espletando completamente o parzialmente il loro orario di lavoro nelle sedi Hub o in quelle spoke oppure lavoreranno nei propri studi professionali. Infatti, la CdC è la sede del team multiprofessionale e multidisciplinare a cui è affidata la presa in carico e la risposta ai bisogni del paziente complesso. Nella CdC tutti i MMG, indipendentemente da quale sia la sede dello studio professionale, si incontrano con gli altri componenti del team per concordare il piano assistenziale e per gestire la sua applicazione. Negli spazi delle CdC, che dovranno avere una adeguata strutturazione funzionale anche alle attività dei MMG, si organizzano i briefing, i consulti, si rivalutano i piani assistenziali, si danno indicazioni alla COT per il monitoraggio dei pazienti e si visitano i pazienti più complessi dove sia necessaria la presenza di più membri del team. Le CdC quindi si configurano come le sedi della rete di prossimità nelle quali l'attività viene potenziata con risorse di personale adeguato al bacino di utenza, di diagnostica, di servizi sociosanitari, cioè con un livello incrementale di servizi dedicati per proteggere i pazienti più fragili e critici e di conseguenza sono la sede per la presa in carico di questa fascia specifica di popolazione, oltre a rappresentare il luogo di cura dei bisogni semplici dei pazienti che vi gravitano.

1 Sviluppo dell'associazionismo fra MMG

Tutti i MMG toscani, sia che lavorino nelle CdC che nei propri studi, dovranno lavorare in maniera associata, utilizzando la modalità associativa più adeguata alla loro collocazione geografica, ed essere tutti dotati di personale di supporto con la corresponsione delle indennità di associazionismo e di collaborazione attualmente prevista dall'ACN. Sono fatte salve rispetto al lavoro associato, quali eccezioni, solo le realtà più disperse geograficamente, nelle quali comunque i MMG dovranno partecipare attivamente alle AFT e realizzare un legame funzionale con la rete di prossimità garantendo l'effettuazione di una parte del loro lavoro nelle CdC finalizzata alla gestione della cronicità e fragilità nel team multiprofessionale.

Nell'ambito della trattativa dovranno essere individuati gli obiettivi specifici delle associazioni, nell'ottica dell'obiettivo più generale di garantire la copertura dei servizi della rete di prossimità.

2 Metodi di sviluppo organizzativo della multiprofessionalità e multidisciplinarietà, in particolare come previsto dal PNRR, all'interno della casa di comunità e con gli ospedali di comunità e in relazione con le COT, in particolare per la presa in carico della cronicità, fragilità e medicina d'iniziativa

Il team è la cellula di base della rete di prossimità, per l'assistenza al cronico e al fragile, che segue un modello assistenziale di medicina di iniziativa, attraverso la stesura di un piano assistenziale/*Progetto di salute*, che tenga conto dei bisogni del paziente sulla base di una valutazione multiprofessionale e multidisciplinare sia sanitaria che socioassistenziale ed in base al quale si identificano le professionalità che compongono l'equipe multiprofessionale che ne condivide l'assistenza.

Nell'ambito del team il MMG ha la responsabilità clinica del paziente.

Il funzionamento del team dovrà essere declinato, sviluppando le caratteristiche e i ruoli di ciascuna figura che vi partecipa. Nell'ambito del team ogni figura ha pari dignità, nel rispetto del proprio ruolo professionale, e lavora in assegnazione funzionale. Quindi l'organizzazione del team dipende dal coordinatore organizzativo del team, chiunque esso sia fra i professionisti dello stesso, e non dalle strutture operative professionali di appartenenza del professionista (le case madri professionali).

Appartengono al team anche i collaboratori di studio e infermieristici dei medici di assistenza primaria, che partecipano all'assistenza del paziente assieme al personale aziendale.

Il team utilizza la COT quale strumento di integrazione fra i professionisti e i servizi che partecipano al piano assistenziale. La COT è uno strumento di supporto e di facilitazione per la gestione operativa del piano assistenziale. Non partecipa alla valutazione né vi interviene in maniera diretta. Il suo ruolo è quello di monitorare le attività del piano assistenziale/progetto di salute, secondo le indicazioni date dal team, fungendo quindi da sensore della gestione del piano, allo scopo di allertare il team in caso di scostamento. Ha anche il compito di provvedere a reperire tutto quanto si rendesse necessario in base alla valutazione del team e di controllare i dati dei telemonitoraggi.

La COT, in questo senso, opera non solo sulla complessità, ma anche sui bisogni semplici ed è di supporto per lo sviluppo del modello proattivo di assistenza basato sulla stratificazione e come tale è di supporto anche alle attività che il MMG svolge all'esterno del team.

3 Disponibilità diagnostica di primo livello nelle CdC e negli ambulatori periferici (strumentazione, obiettivi clinici) in riferimento alle diverse tipologie di attività previste

Il nuovo modello assistenziale, per realizzare compiutamente la propria caratteristica di prossimità, deve poter avere a disposizione un set di strumenti diagnostici di primo livello e di pronto utilizzo a disposizione del MMG e del team assistenziale, oltre ad una serie di device per la teleassistenza.

Fanno parte del set anche gli strumenti diagnostici individuati dall'ACN PER IL RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI DI DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO E DI PREVENZIONE DELLA TRASMISSIONE DI SARS-COV-2 del 28.10.20, il cui approvvigionamento, *demandato al Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19 con il compito di procedere all'acquisto e alla distribuzione delle apparecchiature, avverrà distribuendo le attrezzature attraverso appositi AIR*. L'utilizzo delle attrezzature diagnostiche è

finalizzato, attraverso la necessaria interazione applicativa con la piattaforma di cui all'art. 38 del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 convertito con legge 5 giugno 2020, n. 40, al miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti nonché alla riduzione del fenomeno delle liste d'attesa anche al fine di ridurre la pressione sui servizi ospedalieri e sulle strutture sanitarie, limitando altresì le occasioni di esposizione al rischio di contagio nel corso dell'emergenza epidemiologica in atto, infine al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale come declinati nell'ambito dei rispettivi AA.II.RR. L'utilizzo preferenziale avviene all'interno di percorsi di presa in carico per i soggetti affetti da patologie croniche e da fragilità o per categorie di assistiti e tenendo conto degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale, privilegiando prioritariamente e non esclusivamente l'utilizzo presso le UCCP (Case della Salute ecc.) e/o le sedi delle forme associative dei medici convenzionati presso le quali l'accesso da parte dei pazienti risulti più agevole ed in maggior sicurezza. Nell'ambito degli AA.II.RR sono sancite altresì le modalità di erogazione delle prestazioni rese nei confronti degli assistiti di altri medici operanti nella stessa forma associativa.

I medici di medicina generale assegnatari utilizzano le apparecchiature affidate esclusivamente al fine di migliorare il processo di presa in cura degli assistiti. I costi di gestione corrente (ad esempio, materiale di consumo, assicurazione, piattaforma di cui al comma 2) sono a carico dei medici destinatari delle apparecchiature.

Si condivide che le apparecchiature diagnostiche e di monitoraggio possano essere collocate presso le CdC e che dalle CdC possano essere date in uso ai MMG che ne abbiano necessità, per un utilizzo anche nelle sedi periferiche, negli studi e a domicilio. Nell'AIR verranno definite le modalità di affidamento e di ripartizione dei costi di gestione fra i MMG.

L'individuazione della tipologia e dei volumi di strumentazione avviene nell'ambito della programmazione della Zona Distretto/SdS.

4 Assistenza nelle RSA

Ogni cittadino, anche colui che è ospite di una RSA, ha diritto alla libera scelta del medico di fiducia. Si condivide che è obiettivo comune della Medicina Generale e di Regione Toscana garantire una migliore qualità dell'assistenza in RSA, evitando così anche ricoveri inappropriati.

La Medicina Generale è disponibile a partecipare ai lavori di rimodulazione del modello assistenziale che l'Assessorato alle Politiche Sociali porterà avanti.

Tale modello deve essere funzionale a soddisfare i bisogni assistenziali ai diversi livelli di complessità.

Nell'ambito del tavolo tecnico saranno definiti il modello organizzativo adottato per garantire l'assistenza del MMG nella diversa complessità assistenziale degli ospiti delle RSA, nonché gli strumenti in termini di disponibilità tecnologiche, farmaceutiche e specialistiche.

5 Modello di continuità assistenziale

Le CdC hub, ai sensi del documento di indirizzo Agenas sul PNRR, garantiscono una presenza medica H24 per sette giorni su sette, anche attraverso l'integrazione con la Continuità Assistenziale. Di conseguenza sarà necessario valutare la possibilità di collocare presso le CdC hub la sede di attività della Continuità Assistenziale. Attualmente in Toscana sono attive 125 postazioni di CA.

Le organizzazioni sindacali della MG sono disponibili a rivedere, insieme a tutti gli altri interlocutori, la presenza e l'organizzazione della CA sul territorio, nel rispetto del volume di attività determinato dal rapporto ottimale, anche con riferimento a recenti proposte fatte nell'emergenza Covid del 2020.

Il volume orario recuperato con la riorganizzazione sarà impiegato per la copertura dei bisogni assistenziali nei momenti di maggiore richiesta da parte dei cittadini e delle criticità che non sarà stato possibile risolvere con interventi ordinari.

6 Formazione specifica in MG

Al fine di trovare soluzioni alla carenza di medici sul territorio, sarà istituito un tavolo che valuterà possibili evoluzioni dei modelli formativi.

7 Forme di retribuzione differenziate (quota fissa e variabile) in funzione dei diversi obiettivi

La retribuzione del medico di AP è composta da una quota fissa e da una quota variabile come da ACN, oltre ad ulteriori quote aggiuntive derivate dagli AIR.

La quota fissa è composta dalla quota capitaria.

La quota variabile comprende:

- indennità di associazionismo
- indennità di collaborazione di studio e infermieristica
- fondo per il governo clinico: assegnato a livello di ACN e trattati a livello AIR. Negoziato su obiettivi volti ad incrementare gli standard assistenziali, ma trattato per l'ultima volta nell'AIR 2006, ad oggi viene impiegato su obiettivi diversi nelle singole Aziende.
- Quota per finanziamento accessi ADP, ADI, ADR
- Quota per finanziamento prestazioni aggiuntive (fra cui le vaccinazioni)
- Indennità informatica

Si condivide che quota parte della retribuzione variabile debba essere destinata a modellare gli obiettivi professionali da sviluppare per la realizzazione della riorganizzazione della MG, favorita dagli investimenti del PNRR. Nell'ambito della trattativa, la quota collegata al governo clinico dovrà essere impegnata su obiettivi riferiti a indicatori di processo e di esito riferiti alle azioni che il singolo medico dovrà svolgere nell'ambito del nuovo modello di assistenza territoriale.

Le quote AIR riferite in particolare alla medicina di iniziativa saranno collegate al raggiungimento degli obiettivi previsti da parte dell'intero team, in modo da essere correlate all'outcome sul paziente.

Firenze.....

L'Assessore al Diritto alla Salute e Sanità della Regione Toscana – Simone Bezzini

Il Segretario regionale F.I.M.M.G. – Alessio Nastruzzi

Il Presidente regionale S.N.A.M.I. – Alessio Lambardi

Il Segretario regionale S.M.I. – Nicola Marini
