



CONFERENZA DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME  
COMITATO DI SETTORE COMPARTO REGIONI-SANITÀ  
(ART. 41, COMMA 2, D.LGS. 165/2001)

12/COMITATOREG-SAN

## **ATTO DI INDIRIZZO**

### **INERENTE**

## **ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE ED I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

Roma, 20 gennaio 2023

## PREMESSA

L'ACN 2016-2018 ha implementato la riorganizzazione della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) secondo quanto previsto dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.

In tale ottica l'assetto organizzativo dell'assistenza territoriale è espunto dalle materie oggetto di contrattazione ed è naturalmente rimesso, unitamente al sistema informativo, alle prerogative regionali nell'ambito del quadro normativo nazionale.

Oltre tale passaggio, di rilevante importanza è pure la fondamentale attuazione del modello assistenziale definito dalla legge che prevede l'adesione di tutto il personale convenzionato alle forme organizzative monoprofessionali (AFT) ed a quelle multiprofessionali (UCCP), variamente ridenominate sul territorio nazionale, che consentiranno l'attività aggregata a vari livelli di medici, pediatri e specialisti, per garantire la presa in carico dell'assistito e la risposta continua ai bisogni di salute.

Questo importante risvolto fornisce una piena risposta alle esigenze della medicina del territorio oltre che alle necessità emerse con la pandemia Covid-19.

I limiti organizzativi, tecnici e strutturali dell'operatività individuale ed isolata, nonostante l'impegno dei singoli, hanno reso evidente l'urgenza di dare attuazione ad un processo riorganizzativo che consenta ai medici di mantenere autonomia clinica in forza del rapporto fiduciario, ed alle amministrazioni di indirizzare efficacemente e tempestivamente il sistema assistenziale garantendo anche il necessario coordinamento fra tutti gli addetti della sanità.

La sfida ulteriore consiste nel realizzare la piena efficienza del modello definito per legge ed acquisito anche nella disciplina negoziale, adottando linee di indirizzo alla contrattazione che consolidino la scelta operata.

In questa ottica si indirizzano anche le linee programmatiche di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, come trasfuse nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) presentato dal Governo alla Unione Europea nell'ambito del Programma Next Generation EU (NGEU), le quali si articolano su due componenti principali:

*“- l'individuazione di reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina che rafforzino le prestazioni erogate sul territorio con il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (Case di Comunità ed Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;*

*- l'innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale con misure che consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi”.*

L'assetto definito negli AACCN di settore citati è già allineato con entrambe le componenti e negli AACCN potrà trovare continuità anche con quanto previsto dai provvedimenti attuativi del PNRR stesso, in particolare con il DM 23 maggio 2022, n. 77 recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Gli AACCN del triennio 2016-2018 hanno reso pienamente fruibili sin nel dettaglio della disciplina contrattuale le regole di ingaggio per l'esercizio dell'attività dei singoli sia nell'ambito delle reti di

prossimità che delle strutture intermedie (tramite le AFT e le UCCP) ed hanno definito negozialmente una piena integrazione con tutti gli altri servizi socio-sanitari afferenti all'Azienda.

Anche per quanto attiene la digitalizzazione, l'adesione al Fascicolo Sanitario Elettronico ed il monitoraggio dei flussi informativi, la vigente disciplina negoziale risulta coerente con le misure assunte nel PNRR.

L'approfondimento evolutivo, in ragione di quanto sarà realizzato e messo in atto con il progetto in riferimento e che quindi si ritiene debba essere oggetto delle presenti linee di indirizzo, attiene in particolare alla identificazione di standard assistenziali anche in casi di difficile istituzione e fruizione del predetto assetto strutturale in quei territori dove, in particolare, pazienti affetti da patologie croniche non potranno pienamente usufruire delle strutture programmate. In tal caso si potrà contare anche su un maggior ricorso alla telemedicina ed all'assistenza domiciliare, anche in collaborazione con gli infermieri di comunità fermo restando il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella gestione delle acuzie anche coordinata attraverso modelli di integrazione ospedale-territorio.

Il presente documento demanda alla contrattazione tra la SISAC e le OO.SS. rappresentative di settore l'attuazione di quanto di seguito disposto.

Il Comitato di settore si riserva di integrare il presente atto di indirizzo alla luce di eventuali modifiche normative che dovessero intervenire durante la fase di contrattazione sui temi oggetto del documento.

## **LINEE DI INDIRIZZO**

La SISAC è dunque autorizzata ad attivare il tavolo negoziale del triennio 2019-2021 al fine di dar seguito alle esigenze prospettate in premessa.

In particolare la contrattazione tra la Struttura di rappresentanza negoziale delle Regioni e delle Province Autonome e le OO.SS. rappresentative di settore, dovrà disporre in merito alla concreta declinazione della clausola negoziale del precedente triennio riguardante gli "obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale" con decisa incidenza sulla presa in carico dell'assistito con patologia cronica e sulla partecipazione al processo vaccinale anche in contesti pandemici, valorizzando anche modelli in rapporto con l'assistenza ospedaliera di gestione dell'acuzie.

Le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta, operanti fisicamente o meno nelle Case di Comunità, dovranno garantire la presa in carico del paziente cronico e dei pazienti a rischio di cronicità, nel primo caso per garantirne le più adeguate cure tese a scongiurare casi di riacutizzazione e di ricorso all'assistenza ospedaliera, nel secondo caso miranti ad evitare che le patologie possano evolvere verso la cronicità.

La quota di compenso variabile derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico (cd "fondo del governo clinico"), già individuata dai previgenti AACCN, è destinata esclusivamente alla presa in carico ed assistenza dei pazienti cronici. Allo stesso fine concorrono e vengono confermate le disponibilità assegnate con medesima destinazione dalle singole Regioni/Province Autonome e già definite negli Accordi Integrativi Regionali vigenti.

La UCCP eroga tramite il team multidisciplinare, prestazioni specialistiche e/o diagnostiche che vengono programmate ed organizzate dall'Azienda anche attivando le AFT della medicina generale, della pediatria di libera scelta, della specialistica ambulatoriale e con il personale sanitario e sociosanitario.

In caso di necessità di riscontro specialistico o diagnostico il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta, tramite il collegamento telematico della propria AFT con la UCCP, programmano e comunicano direttamente all'assistito il riferimento e la tempistica della prestazione specialistica e/o diagnostica, attivando le procedure disposte dall'Azienda.

Ogni AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta, in accordo con la stratificazione della complessità definita dall'Azienda, si assume il compito di identificare ed arruolare i pazienti cronici tra gli assistiti in carico ai medici o pediatri che vi operano, attivando nei loro confronti forme di assistenza proattiva con contatto programmato dell'assistito, sulla base delle indicazioni dell'Azienda, con verifica del rispetto del PAI a ciascuno di essi assegnato, con azione di monitoraggio e controllo della adesione alle prescrizioni farmacologiche e terapeutiche.

Nello sviluppo di tale modello assistenziale le AFT e le UCCP necessiteranno della fornitura di personale con priorità per le forme organizzative operanti nelle Case di Comunità ovvero dei medici operanti nelle aree disperse o disagiate, e di strumenti diagnostici assegnati ai sensi del DM 29 luglio 2022.

In tali strutture i medici di medicina generale, unitamente ai pediatri di libera scelta, agli specialisti ambulatoriali ed ai dipendenti medici, sanitari ed amministrativi, operano in modo stabile, ovvero prevalente, parziale o in raccordo.

Tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria ed i pediatri appartenenti all'AFT garantiscono l'assistenza a tutti gli assistiti dalle ore 8,00 alle ore 20,00, sette giorni su sette, con alternanza articolata dell'apertura degli studi ovvero presso la sede di riferimento della AFT.

Dalle ore 20,00 alle ore 24,00 l'Azienda garantisce l'assistenza a tutti i cittadini con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria presso la sede della Casa di Comunità o altra sede, ovvero consentendo lo svolgimento presso la sede di riferimento della AFT. I medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria forniscono, inoltre, l'assistenza notturna avanzata (24,00-8,00) secondo il modello organizzativo determinato dalla programmazione regionale con l'adozione della Centrale Unica o del Numero Unico Europeo 116117 o comunque con un'organizzazione che consenta una ridotta presenza fisica dei medici.

In tale ottica l'ACN della medicina generale potrà determinare una decisa evoluzione del ruolo unico dei medici di assistenza primaria, fornendo le indicazioni per la definitiva attuazione dello stesso sin dall'assegnazione degli incarichi affidati dall'entrata in vigore del testo negoziale. La pubblicazione per il ruolo unico di assistenza primaria dovrà definitivamente avvenire con assegnazione, nel limite della copertura delle ore disponibili, di un incarico ad attività oraria a tempo pieno (38 ore) e con obbligo di contemporanea apertura dello studio per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta. Lo svolgimento delle due attività dell'incarico (oraria/ciclo di scelta) comporta l'introduzione di un meccanismo dinamico di contemperamento delle ore rispetto al carico assistenziale, nell'ambito dell'impegno settimanale a tempo pieno.

Per la copertura degli incarichi disponibili, nel limite del massimale orario/scelte già definito dall'ACN vigente (38 ore) e con adozione del medesimo meccanismo dinamico citato, i medici già incaricati di assistenza primaria a ciclo di scelta all'entrata in vigore dell'ACN potranno completare l'impegno settimanale con attività a rapporto orario e i medici a rapporto orario (a 24 ore) potranno completare l'incarico fino alle 38 ore con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito della AFT di appartenenza.

Per quanto riguarda la pediatria di libera scelta, al fine di rendere l'individuazione degli ambiti carenti più aderenti al numero di assistibili presenti nell'ambito stesso, l'ACN dovrà rivedere il sistema di calcolo del rapporto ottimale tenendo conto degli assistibili 0-14 decurtati degli assistiti 7-14 già in carico ai medici del ruolo unico di assistenza primaria. Contestualmente, per il medesimo settore, a conferma di quanto definito nel vigente ACN, la contrattazione esiterà un massimale pari a 1000 assistiti che includa indifferentemente tutte le scelte, ordinarie ed in deroga.

Nei casi di mancanza delle predette strutture, o a causa dell'impossibilità di organizzare l'assistenza territoriale presso le stesse, le presenti linee di indirizzo vengono declinate per i medici ed i pediatri, comunque inseriti nell'assetto organizzativo definito dalla regione (AFT ed UCCP), adottando procedure informatizzate ed individuando la rete specialistica e diagnostica di prossimità.

In tali casi, identificati dall'Azienda e/o dalla Regione, l'impegno delle disponibilità regionali per personale e strumenti diagnostici è riferito anche individualmente. Attesa la difficoltà di copertura delle zone carenti, le Regioni possono favorire l'accettazione dell'incarico incentivando anche la disponibilità del medico e del pediatra alla continuità assistenziale o agevolando l'apertura dello studio.

Le risorse economiche nazionali individuate dalla normativa vigente e riferite al triennio economico 2019-2021 sono affidate alla contrattazione come da seguente tabella (%):

ANNO	2019		2020	2021
	da 1° aprile	da 1° luglio		
Legge 30 dicembre 2018, n. 145 (art. 1, c. 436)	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,65</b>	<b>1,95</b>
Legge 27 dicembre 2019, n. 160 (art. 1, c. 127)	-	-	<b>0,36</b>	<b>1,77</b>
Legge 30 dicembre 2020, n. 178 (art. 1, comma 959)	-	-	-	<b>0,06</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>2,01</b>	<b>3,78</b>
...di cui IVC	0,42	0,7	0,7	0,7

Le stesse sono finalizzate per il 30% all'adeguamento della quota capitaria direttamente assegnata dall'ACN e per il 70% alla quota variabile disciplinata negli AAIIRR. Quest'ultima, in attesa dell'AIR, è assegnata con le modalità indicate da un allegato all'ACN il quale la qualificherà riferendosi esclusivamente all'assistenza ai cronici indicando le funzioni ed i compiti dei medici e dei pediatri, gli obiettivi loro assegnati e i criteri di valutazione. La successiva sottoscrizione dell'AIR sostituisce integralmente l'operatività dell'allegato.

Per lo svolgimento delle attività orarie all'interno delle Case di Comunità ai medici di medicina generale sono destinate anche le risorse, riferibili al personale convenzionato, di cui all'art. 1, comma 274 della L. 30 dicembre 2021, n. 234.

La remunerazione del medico del ruolo unico a ciclo di scelta è integrata altresì con le risorse di cui all'art. 1, commi 526 e ss della L. 30 dicembre 2018, n. 145, secondo la ripartizione delle stesse definita in sede di Conferenza Stato-Regioni.

