

**Bozza al 10 marzo 2016**  
**Documento integrativo dell' atto di indirizzo**  
**per la medicina convenzionata deliberato in data 12 febbraio 2014**

Con il presente documento il Comitato di Settore per il Comparto Regioni-Sanità integra il contenuto dell'atto già deliberato in data 12 febbraio 2014 ed esecutivo ai sensi dell'art. 47, comma 2 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, aderente ai contenuti del Decreto Legislativo 502/1992 e smi e dell'articolo 1 della Legge 189/2012, anche alla luce del Patto della Salute 2014-2016 di cui all'intesa Stato-Regioni 82/CSR del 10 luglio 2014 per la parte riguardante specificatamente i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

**Premessa**

L'art.1 della legge 189/2012 e il Patto per la Salute 2014-2016 propongono una configurazione strutturale dell'assistenza primaria e delle funzioni del medico in rapporto di convenzionamento con il SSN finalizzate ad una diversa organizzazione del sistema sanitario territoriale, in un contesto di appropriatezza, qualificazione ed omogeneità dei servizi resi al cittadino, sostenibilità economica ed integrazione delle diverse attività professionali sanitarie.

La prevista articolazione, in ambito distrettuale, di unità organizzative caratterizzate da condivisione di obiettivi e modalità operative indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite, è orientata alla realizzazione di una programmazione dei servizi efficiente e sostenibile, finalizzata a fornire ai cittadini risposte assistenziali, appropriate e con continuità.

L'attuazione di tali moduli comporta la revisione e riorganizzazione dei processi assistenziali e di accesso alle prestazioni mediante il coordinamento dell'attività dei medici convenzionati e degli altri professionisti sanitari, anche con il supporto e lo sviluppo di strumenti informatici e telematici, salvaguardando la diffusione capillare degli studi medici ed il rapporto di fiducia medico-paziente in un contesto nel quale devono essere assicurati gli obiettivi di salute definiti dalla regione in coerenza con gli indicatori epidemiologici delle Aziende territorialmente competenti.

Le Regioni sviluppano la propria riorganizzazione territoriale tenendo conto delle diverse caratteristiche orogeografiche e demografiche e delle peculiarità dei modelli organizzativi previsti.

Al fine di assicurare omogeneità dei servizi a livello nazionale, vanno definiti i requisiti minimi e le condizioni fondamentali che dovranno caratterizzare i nuovi modelli organizzativi.

È altresì opportuno procedere alla revisione complessiva degli AACCN allo scopo di renderli strumento attivo della trasformazione dell'organizzazione, conferire maggiore chiarezza e coerenza interna al testo e introdurre le disposizioni normative di cui al Decreto Legislativo 150/2009, in quanto applicabili, al settore del convenzionamento. Le Regioni

definiscono gli atti di programmazione per l'istituzione delle nuove forme organizzative (AFT e UCCP) entro sei mesi dall'entrata in vigore degli AACCNN; in seguito avviano la contrattazione per la definizione degli Accordi Integrativi Regionali che devono essere perfezionati entro i successivi 12 mesi, termine oltre il quale le Regioni provvedono unilateralmente a sospendere la parte economica integrativa degli accordi regionali e a disporre l'accantonamento fino alla sottoscrizione dei nuovi Accordi Integrativi Regionali.

**Questa parte è inaccettabile perché espone la parte sindacale al potere ricattatorio delle regioni. Anche se la parte economica integrativa dovrà essere accantonata per poi essere, si spera, redistribuita, è da sottolineare come non sia possibile verificare se la restituzione avverrà in toto o in parte. Inoltre poiché con le RAR vengono pagate quote associative di rete/gruppo e personale di studio, in attesa del ripristino delle quote precedentemente percepite, come possono i medici sostenere le spese programmate in funzione della retribuzione abituale e le spese per il personale?**

### **Indirizzi per i nuovi AACCNN**

Il processo di revisione e aggiornamento degli AACCNN vigenti deve avvenire senza alcun onere a carico della finanza pubblica. **La riorganizzazione della medicina generale comporta risparmi di spesa (riduzione del numero dei medici a rapporto orario e costi delle sedi) e trasferimento di carichi di lavoro dall'ospedale al territorio (minor numero di accessi al PS). I risparmi di spesa sul personale, sulle sedi e a seguito del minor numero di accessi al PS, costituiscono risorse "fresche" da investire nel rinnovo degli AACCNN che potrà avvenire senza alcun nuovo onere a carico della finanza pubblica** ed oltre agli aspetti di seguito specificatamente indicati deve riguardare anche l'assistenza sanitaria nelle carceri.

### **Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)**

È il modello organizzativo territoriale mono-professionale in ambito distrettuale, finalizzato all'erogazione dell'assistenza da parte dei medici del ruolo unico di cure primarie (attualmente assistenza primaria e continuità assistenziale), dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali ed alla realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali. L'AFT dei medici di cure primarie è articolata su un bacino di utenza riferito ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti per garantire la continuità dell'assistenza senza determinare ulteriori incrementi di costo, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa. **Questa frase è ambigua perché apre alla possibilità di AFT con bacino di utenza superiore a 30.000 unità. Bisogna fissare un limite che non potrà subire modifiche in incremento ma solo in decremento.** L'ambito territoriale dell'AFT della pediatria di libera scelta, riferito alla popolazione 0-6 anni, è definito dall'Azienda per ogni Distretto, in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio.

I medici di cure primarie ed i pediatri di libera scelta aderiscono ai modelli organizzativi regionali e assicurano la diffusione capillare dei propri studi.

Per promuovere ed agevolare questo percorso è indispensabile che i medici aggregati in AFT, collegati tra di loro e con la rete informatica aziendale e regionale e funzionalmente con la UCCP di riferimento, condividano finalità e modalità operative necessarie per la realizzazione del modello assistenziale delineato dalla legge 189/2012, coerentemente con la programmazione regionale, con uno stile di lavoro caratterizzato da un impegno a:

- operare in integrazione con altri medici e perseguire con i colleghi obiettivi di assistenza sanitaria per tutti i giorni della settimana ed estesa all'intero arco della giornata, coordinandosi con il sistema di emergenza-urgenza;
- adeguare la propria organizzazione assistenziale finalizzandola agli obiettivi della AFT;
- rivedere e modulare il proprio impegno professionale, anche in termini di orario, in funzione degli obiettivi assegnati.

Le AFT dei medici di cure primarie e quelle dei pediatri di libera scelta assicurano **l'accessibilità di tutti gli assistiti** articolando l'apertura degli studi dalle 8,00 alle 20,00, dei giorni feriali dal lunedì al venerdì. **Così formulata pone fine al rapporto di fiducia e all'attività programmata mediante appuntamento. Bisogna precisare quando il cittadino si può rivolgere ad uno dei medici dell'AFT al di fuori del rapporto di fiducia.** I medici di cure primarie a rapporto orario, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale assicurano prioritariamente la loro **attività** tutti i giorni dalle ore 20,00 alle ore 24,00 e nei giorni di sabato e festivi dalle ore 8,00 alle ore 20,00, **(perdita di 2/5 dei posti di lavoro in quanto si passa da 108 ore settimanali a 68)** al fine di realizzare pienamente la continuità dell'assistenza in favore di tutta la popolazione e per garantire ai cittadini un riferimento preciso cui rivolgersi quando lo studio del proprio medico è chiuso. Nella successiva fascia oraria l'assistenza è assicurata dal servizio di emergenza urgenza - 118.

Le AFT di ogni Distretto articolano la continuità assistenziale di propria competenza assicurando la massima diffusione territoriale delle sedi di erogazione al fine di garantire l'equità dell'accesso **Questo significa che i medici a rapporto orario dovranno utilizzare per la loro attività gli studi dei medici a scelta. Le ASL (ATS in Lombardia) risparmieranno sulle sedi e sulla retribuzione dei medici a rapporto orario: questi soldi devono rimanere nell'AFT e una parte di essi deve essere destinata ai medici a scelta che mettono il proprio studio a disposizione del medico a rapporto orario.**

**Bisognerà inoltre studiare un meccanismo per mantenere nel servizio i "precari" che hanno accumulato un enorme numero di ore di attività per 2 ordine di motivi. Innanzitutto sarebbe folle disperdere un patrimonio di professionalità ed esperienza accumulatosi nel corso degli anni, in secondo luogo perché questi colleghi hanno consentito, tra l'altro, la sopravvivenza stessa della Continuità Assistenziale.**

**Si potrebbe, ad esempio, consentire loro di continuare la loro attività nelle AFT solo a rapporto orario garantendo, nel contempo, l'accesso privilegiato ma non retribuito al**

**corso di formazione specifica in medicina generale (chi vuole la borsa dovrà concorrere al pari degli altri medici aspiranti alla MG)..**

Nella AFT si realizza il raccordo dell'attività dei medici convenzionati per garantire l'estensione oraria dell'attività di cura, costituire riferimento funzionale per specifici percorsi per pazienti con patologia cronica o inseriti in programmi di assistenza domiciliare, nonché per promuovere e sviluppare la medicina d'iniziativa.

Le AFT della pediatria di libera scelta devono essere impegnate in particolare nelle attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce e percorsi di gestione delle patologie croniche, anche coordinandosi con le AFT della medicina generale.

La responsabilità organizzativa dell'AFT è affidata dall'Azienda ad un referente **scelto tra i medici convenzionati in essa operanti tra quelli disponibili a svolgere tale funzione e che abbiano maturato esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale, dell'organizzazione e della gestione dei processi di cura fissati i criteri, il referente deve essere scelto dai medici dell'AFT.**

Il referente assicura il coordinamento organizzativo e la integrazione professionale dei medici della AFT, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali, raccordandosi con il Distretto territorialmente competente.

Con la istituzione delle AFT si superano e sostituiscono le diverse tipologie di forme associative e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni.

Le risorse precedentemente destinate dagli AACNN alla remunerazione dei fattori produttivi (associazionismo, collaboratore di studio, infermiere, funzione informativo-informatica) costituiscono un "fondo di AFT". Tale fondo viene erogato assicurando prioritariamente ai medici che attualmente percepiscono le predette indennità il mantenimento del trattamento economico in funzione dello standard assistenziale già garantito

Il "fondo di AFT" conterrà anche la dotazione di risorse che si libereranno in forza della cessazione degli incarichi ovvero della variazione dello standard erogativo ed organizzativo. Tali risorse saranno finalizzate, in misura prioritaria, alla perequazione del trattamento economico dei medici di scelta operanti nella medesima AFT; la restante parte sarà utilizzata dall'Azienda per realizzare condizioni di omogeneità del trattamento economico dei medici iscritti negli elenchi di scelta operanti nelle altre AFT del territorio.

Nell'ambito della revisione del trattamento economico dei medici di cure primarie e dei pediatri di libera scelta, la quota capitaria per assistito e la quota oraria restano definite dall'ACN. La quota variabile va regolamentata all'interno dei nuovi AAIIRR per la remunerazione degli obiettivi individuati a livello regionale, garantendo l'invarianza delle risorse finanziarie già disponibili.

## Unita Complessa di Cure primarie (UCCP)

È la struttura organizzativa di riferimento delle AFT distrettuali ad integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, caratterizzata da una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. L'UCCP garantisce l'erogazione, in coerenza con la programmazione regionale, delle prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei **medici**, **occorre precisare di quali medici si sta parlando e, nel caso probabile in cui si stia parlando dei medici a scelta delle AFT, occorre stabilire il monte orario complessivo settimanale per singolo medico in funzione del numero degli assistiti in carico. Qualora si tratti invece di medici a rapporto orario occorre stabilire il numero complessivo massimo di ore settimanali di lavoro** dell'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa ed assicura l'accesso per l'assistenza sociale ed i servizi della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

I modelli di UCCP, pur differenziati e di diversa complessità in ragione delle caratteristiche territoriali e demografiche, dovranno configurarsi quali strutture polivalenti e polifunzionali.

Nell'ambito dell'attività dell'UCCP i medici devono impegnarsi, in particolare, nello svolgimento dei seguenti compiti:

- a) assicurare l'accesso degli assistiti ai servizi della UCCP in integrazione con il team multi-professionale, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
- b) garantire una effettiva presa in carico dell'assistito, in particolare dei pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti va perseguita l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello;
- c) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

La responsabilità organizzativa e gestionale dell'UCCP è affidata dall'Azienda ad un coordinatore.

## Governo clinico

I medici ed i professionisti in rapporto di convenzionamento con il SSN partecipano alla promozione e diffusione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa nonché al corretto uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di audit e di peer review. Adottano modelli di comportamento coerenti con gli indirizzi definiti a livello regionale con l'obiettivo di migliorare e sviluppare programmi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi.

Uno degli obiettivi del governo clinico è la promozione della integrazione di tutte le componenti professionali per il miglioramento continuo della qualità.

L'ACN disciplina le modalità e gli istituti della partecipazione (informazione e concertazione) ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

### Ruolo unico del medico di cure primarie

Ai sensi della legge 189/12, i medici di cure primarie, inseriti nelle forme organizzative AFT ed UCCP, svolgono nell'ambito del ruolo unico attività distinta in due tipologie: a rapporto fiduciario con scelta del cittadino ed a carattere orario, con sistema retributivo differenziato rispettivamente in quota capitaria e quota oraria.

L'introduzione del ruolo unico dei medici di cure primarie prevede, nel nuovo assetto organizzativo, il superamento dell'attuale distinzione tra medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale per cui, nella nuova articolazione territoriale, il medico di cure primarie potrà svolgere sia attività professionale di tipo fiduciario che su base oraria.

A regime, con l'introduzione del ruolo unico del medico di cure primarie, l'accesso al rapporto convenzionale avverrà con progressiva modulazione delle attività a ciclo fiduciario e su base oraria.

### Rapporto ottimale

Il nuovo assetto organizzativo e l'introduzione del ruolo unico di cure primarie implicano l'individuazione di nuovi parametri ed un diverso criterio di determinazione del rapporto ottimale medico/popolazione, non più basato su una proporzione numerica uniforme e predeterminata a livello nazionale ma specificata nell'ambito degli accordi regionali, coerentemente con i modelli organizzativi adottati.

Al fine di garantire uniformità di erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale ed evitare sperequazioni nella determinazione delle articolazioni organizzative e nella valutazione regionale del fabbisogno di medici di cure primarie e pediatri di libera scelta, la contrattazione nazionale indicherà il rapporto ottimale medico/assistiti, fatta salva la possibilità per le Regioni di stabilire un differente valore sulla base delle seguenti indicazioni:

- l'AFT rappresenta l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale;
- la AFT della medicina generale, all'atto dell'istituzione del ruolo unico, include il numero dei medici con attività a rapporto orario determinato dall'applicazione del rapporto ottimale previgente; in seguito i valori del rapporto ottimale sono determinati con Accordi Integrativi Regionali osservando una proporzione tra medici a ciclo di scelta e medici a rapporto orario in misura di 5 a 1.

**Bisogna lasciare un margine di manovra alle regioni, ma vanno fissati i limiti minimo e massimo entro i quali la variabilità del rapporto ottimale può essere applicata, sia per**

**evitare eccessivi carichi di lavoro per i medici già inseriti nella MG, sia per salvaguardare il ricambio generazionale.**

#### Relazioni e prerogative sindacali

Gli Accordi Collettivi Nazionali rivedranno integralmente i criteri di individuazione della rappresentatività e la determinazione ed assegnazione delle prerogative sindacali, nel rispetto del principio di trasparenza. La rappresentanza e le prerogative sindacali vengono adeguate alle vigenti disposizioni di legge, senza costi aggiuntivi a carico della finanza pubblica.

#### Monitoraggio degli accordi decentrati

Alla SISAC è demandato il monitoraggio degli accordi decentrati al fine di valutarne l'aderenza con i principi degli AACCN. **E cosa succede se la SISAC accerta la non aderenza degli accordi decentrati ai principi dell'ACN ?** A tale scopo va istituito un flusso informativo dalle Regioni verso SISAC, che contenga le principali voci di spesa e i principali elementi costitutivi dell'organizzazione territoriale regionale, anche al fine di omogeneizzare l'invio dei dati evitando duplicazioni.

#### Specialistica ambulatoriale interna

L'Accordo della Specialistica Ambulatoriale Interna assicura una maggiore integrazione di questi professionisti, attraverso la assegnazione e la partecipazione formalizzata alle nuove forme organizzative, sia AFT che UCCP, definite dalla programmazione regionale\*.

\*Il presente atto di indirizzo non ha provveduto alla riscrittura delle indicazioni inerenti l'accordo della specialistica ambulatoriale interna poiché le procedure negoziali si sono già concluse con l'Accordo Collettivo Nazionale del 17 dicembre 2015.