

1. **Tipologia contrattuale.** I medici di medicina generale hanno un rapporto di lavoro convenzionato a tempo pieno con il SSN, su scelta fiduciaria del paziente. L'impegno orario complessivo è di 38 ore settimanali così articolato:

da un minimo di 5 ore ad un massimo di 20 per attività di assistenza svolte presso gli studi dei MMG o della AFT in un rapporto fiduciario con i propri assistiti

Al fine di massimizzare gli effetti si fa notare come occorrerebbe un aggiustamento rispetto ai contenuti dell'ACN, che vede l'AFT come uno strumento di governo clinico, una aggregazione funzionale e non strutturale. Occorre superare questo aspetto e portare l'AFT verso una dimensione erogativa, pur nel rispetto della scelta di fiducia, al fine di poterne sfruttare tutte le potenzialità nella soluzione di problematiche assistenziali. Mantenendo il vincolo sulla possibilità di cura del solo proprio assistito, infatti, rinunciamo a poter sfruttare a pieno l'opportunità di una azione dell'intera AFT su obiettivi di progettualità regionali o aziendali che possano trovare incisività nei meccanismi di compensazione organizzativa interna alla AFT, sempre nel rispetto del rapporto di fiducia. Si ritiene che questo aspetto sia prioritario e che sia funzionale allo sviluppo della nuova organizzazione del territorio. Sarebbe inoltre opportuno chiarire meglio il significato della frase "Le AFT si dotano di un coordinatore e possono assumere, comunicandola al Distretto, una delle forme giuridiche previste in materia dalla vigente legislazione per l'esercizio di attività professionali. ". In particolare riguardo a quale tipologia di forma giuridica si faccia riferimento, al fine di meglio valutare le ricadute

- 18 ore per attività promosse dal distretto, di cui almeno 6 nella casa della comunità, per progetti promossi dal distretto;
- I MMG non massimalisti, ovvero con un numero di assistiti inferiore ai 1.000 (il numero 1000, poiché il massimale attuale è di 1500 è confondente), completano l'impegno orario svolgendo attività organizzate e promosse dal distretto che si aggiungono alle 18 ore precedentemente richiamate.

L'articolazione dell'orario di lavoro dei Medici di Medicina Generale (da ora MMG) - che prevede un totale di 38 ore settimanali distinte in un massimo di 20 per attività assistenziali

presso gli studi medici o le sedi delle AFT e 18 per attività promosse dal Distretto, di cui 6 nelle Case della Comunità - non appare in linea con la nuova definizione della rete di Assistenza Territoriale, così come prevista anche dalla Missione 6 “Salute” del PNRR.

Come più volte sottolineato nei documenti di programmazione nazionale, infatti, il nuovo assetto dell’assistenza territoriale si muove nella direzione di una strutturazione fisica del territorio, attraverso la realizzazione di “luoghi fisici” di riferimento ai quali i cittadini possano rivolgersi, identificandoli come i “luoghi di cura” più prossimi.

Si ritiene, pertanto, che il primo dei luoghi di cura che debba far parte di questo modello è proprio la sede della AFT. La AFT, infatti, deve rappresentare una articolazione organizzativa parte integrante e sostanziale della Casa della Comunità. Ogni casa della Comunità deve avere al suo interno la sede di almeno una delle AFT che insistono sul territorio di riferimento; i medici della AFT turnano nella sede di riferimento, in modo che gli assistiti di tutti i medici della o delle AFT possano rivolgersi al medico di turno. In quest’ottica, le 18 ore settimanali ulteriori rispetto all’attività assistenziale dei MMG, si ritiene debbano essere svolte interamente nella Casa di Comunità, nella sede di riferimento della AFT. Queste 18 ore potranno essere dedicate ad attività in linea con la programmazione della Azienda Sanitaria di riferimento, correlando una quota parte della retribuzione dei MMG al raggiungimento di obiettivi specifici, per esempio, presa in carico di pazienti cronici, effettuazione di diagnostica di primo livello, partecipazione alle campagne di prevenzione primaria e secondaria. La presenza dei MMG all’interno della Casa della Comunità deve essere, quindi, garantita in tutti i giorni della settimana, compresi i prefestivi; i giorni festivi e gli orari notturni, invece, dovranno essere coperti dal servizio di Continuità Assistenziale, parte anch’esso della Casa della Comunità. In questo modo la Casa della Comunità garantisce una reale continuità dell’assistenza, con un’apertura per 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Questo rende possibile rispondere al bisogno di salute della popolazione, arginando anche il fenomeno dell’inappropriato ricorso ai servizi di Pronto Soccorso.

2. Articolazione dell’orario di lavoro.

2.1- Nell’ambito della AFT ciascun MMG assicura l’apertura dello studio 5 giorni a settimana nella fascia oraria 8,00-20,00, con due fasce mattutine e due pomeridiane.

Lo studio deve essere aperto preferibilmente dal lunedì al venerdì ed obbligatoriamente il lunedì.

- Il MMG per le visite ambulatoriali svolge, in rapporto al contesto epidemiologico, sino a 20 ore settimanali (per il medico massimalista) e deve garantire, comunque, una presenza non inferiore a:
- 5 ore fino a 500 assistiti; 10 ore tra 500 e 1.000 assistiti; 15 ore tra 1.000 e 1.500

assistiti.

2.2 - IMMG non massimalisti completano l'impegno orario:

- A. presso la casa della comunità per tutte le ore necessarie a raggiungere il numero massimo di ore (20) di attività ambulatoriali. Esempio: se un medico ha 700 assistiti e svolge 7 ore di ambulatorio (1 ora - almeno - ogni 100 assistiti) le rimanenti 13 ore settimanali sono a disposizione per attività e progetti promosse dal distretto.
- B. con ulteriori 18 ore settimanali di attività promosse dal distretto di cui almeno 6 ore nella casa della comunità.

2.3 - IMMG massimalisti completano l'attività ambulatoriale:

- A. con 12 ore settimanali svolte per iniziative definite dal distretto e/o dalla casa della comunità (PDTA, PAI, progetti di salute, campagne di prevenzione, vaccinazioni, assistenza domiciliare, telemedicina, attività di studio e ricerca). Tali attività, a secondo delle loro caratteristiche, possono essere svolte presso la casa della comunità (hub e spoke), lo studio del MMG, la sede della AFT, altri locali individuati dalle autorità sanitarie. A queste attività ed alla verifica del raggiungimento degli obiettivi è legato il 30% della remunerazione dei MMG.
- B. con 6 ore settimanali di attività all' interno della casa della comunità anche per la presa in carico in presenza e a particolare impegno professionale richiedente interventi multidisciplinari e multiprofessionali. I MMG con età superiore ai 60 anni ed i medici massimalisti sono esonerati dalle attività di continuità assistenziale festiva, prefestiva e notturna. (La seconda frase di questo punto ha poco a che fare con la prima, inoltre crea una situazione troppo diversa rispetto a quella dei medici che operano in altri contesti, fra le altre cose per una casa della salute tipo con bacino di utenza intorno ai 40.000 abitanti eventuali turni prefestivi e festivi sarebbero distribuiti su una trentina di medici. Per i

turni notturni occorrerebbe una disamina più approfondita. In sintesi è un'affermazione che in questa fase non può essere fatta in modo così generico soprattutto tenuto conto dell'elevata percentuale degli MMG che ha più di 60 anni e che è massimalista)

2.4- I MMG, in rapporto di esclusività, in aggiunta ai suddetti standard possono svolgere, su base volontaria, ulteriori 6 ore di attività libero professionali (settimanali) funzionali alle attività programmate dalla Casa della Salute.

Ruolo della CDC. I MMG sono parte integrante e protagonisti delle attività della “casa della comunità”, in tutte le sue articolazioni, che rappresenta:

(Occorre prevedere che il modello di rapporto MMG e CdC valga per tutte le strutture e loro articolazioni già presenti sul territorio e non solo per quelle contemplate dal PNRR a regime, questo per garantire uno sviluppo graduale e tempestivo dell'assistenza territoriale)

Commentato [CA1]: Prevedere che il modello di rapporto MMG e CdC valga per tutte le strutture e loro articolazioni già presenti sul territorio e non solo per quelle contemplate dal PNRR

3.

- Il luogo fisico del coordinamento e realizzazione della presa in carico delle persone a maggiore intensità assistenziale e della promozione della medicina d'iniziativa, partendo dai “bisogni di salute” definiti sulla base della “stratificazione” e dei “sistemi predittivi”. La “casa” che promuove e realizza i “progetti di salute” con particolare riferimento alla cronicità e alla fragilità sia in termini di assistenza che di prevenzione primaria e secondaria;

L'atto normativo che approverà il presente documento deve prevedere esplicitamente che lo sviluppo di sistemi predittivi e di stratificazione del bisogno sia realizzabile senza incorrere in provvedimenti dell'autorità garante della privacy

- l'HUB di riferimento del lavoro interdisciplinare tra: i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti convenzionati, e le altre figure presenti come medici dipendenti, infermieri di comunità e di altri professionisti sanitari e dell'integrazione sociosanitaria.

4. **Modello organizzativo.** Tutte le attività dei MMG verranno svolte all'interno delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) al fine di:

- assumere come standard organizzativo di base, su tutto il territorio nazionale, il lavoro di gruppo tra i MMG;
- assicurare un' interfaccia organizzativa alla casa della comunità più "larga e strutturata" del singolo MMG;
- collegare il 30% della nuova retribuzione alle attività svolta dalle AFT ed al raggiungimento degli obiettivi prefissati dai progetti.

Le AFT collegate alla casa della comunità di riferimento sono, di norma, 2.

- Le AFT si dotano di un coordinatore e possono assumere, comunicandola al Distretto, una delle forme giuridiche previste in materia dalla vigente legislazione per l'esercizio di attività professionali.

I coordinatori delle AFT sono membri del "comitato di distretto" e partecipano alla definizione degli obiettivi strategici dell'ambito territoriale di competenza; 2 coordinatori di AFT sono membri di diritto del "collegio di direzione" aziendale.

Si propone la seguente riformulazione

I coordinatori delle AFT sono membri del "comitato di distretto" e possono essere chiamati a far parte del "collegio di direzione" aziendale.

5. **Compiti dei MMG.** La medicina generale rappresenta un tassello fondamentale della rete territoriale del SSN. I MMG, singolarmente con i loro studi o attraverso le AFT, rappresentano il primo punto di riferimento (prossimità/spoke) di cura ed assistenza del nostro SSN. Svolgono un'attività fondamentale per la presa in carico delle persone e la realizzazione dei

“progetti” della casa della comunità hub e Spoke.

A tal fine i MMG assicurano:

- le attività ambulatoriali presso il proprio studio, la sede di riferimento della AFT e/o la casa della comunità;
- l'assistenza domiciliare programmata o integrata nei confronti dei propri assistiti;

l'assistenza residenziale, semiresidenziale (Possibile incongruenza con quanto previsto dal "D.M. 71" laddove prevede che i medici di struttura siano privi di assistiti) e negli ospedali di comunità (Non appare in alcun modo definita la modalità di coinvolgimento dei MMG negli Ospedali di Comunità.)

la partecipazione alle attività promosse dal distretto e dalla casa della comunità (progetti di salute, PDTA, PAI, campagne di prevenzione, vaccinazioni, telemedicina) sulla base della programmazione nazionale, regionale ed aziendale/distrettuale.

6. **Rete Hub e Spoke.** Gli studi dei MMG e le sedi di riferimento delle AFT, all'interno della nuova rete dei servizi territoriali, costituiranno gli SPOKE delle case di comunità HUB. La rete rappresentata dagli studi dei MMG costituisce un fondamentale presidio di prossimità, in particolare modo nei piccoli comuni, nelle aree interne e montane, nelle piccole isole e nelle periferie urbane. Il rapporto funzionale con l'HUB di riferimento assicura un lavoro coordinato ed il superamento di qualsiasi forma di separazione o sconnessione con il distretto.

7. **Spoke nelle aree interne e montane e piccole isole.** In queste aree dove, per le caratteristiche geografiche e morfologiche del territorio, la casa della comunità risulta particolarmente distante, lo studio del MMG deve essere ulteriormente rafforzato (strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina) al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e non accrescere le disuguaglianze territoriali **Spoke nelle aree interne e**

montane e piccole isole.

Si propone la seguente riformulazione:

In queste aree dove, per le caratteristiche geografiche e morfologiche del territorio, la casa della comunità risulta particolarmente distante, lo studio del MMG deve essere ulteriormente rafforzato attraverso strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina nonché mediante l'integrazione con figure professionali dipendenti dall'azienda sanitaria di riferimento e in possesso dei titoli abilitanti e/o equipollenti alle prestazioni di cura ed assistenza primaria, al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e non accrescere le disuguaglianze territoriali

8. **Rapporto fiduciario.** I MMG, nella piena valorizzazione della loro autonomia professionale garantiscono il rapporto fiduciario con i propri assistiti che rappresenta una parte fondamentale del patrimonio di conoscenza e di legame con il cittadino, il suo territorio e l'ambiente (approccio one health).

9. **Governance.** È il distretto, in una stabile relazione con i MMG e gli altri professionisti sanitari, ad assicurare la governance della “nuova rete territoriale” che realizziamo con i finanziamenti del PNRR, del primo Pon salute e dei fondi previsti dalla nuova legge di bilancio. Un forte potenziamento del distretto è indispensabile per rendere possibile un salto di qualità di questa fondamentale struttura del SSN. A tal fine, con i fondi previsti nel PNRR, si procederà ad una specifica formazione (di altissima qualità) dei professionisti, medici dipendenti e medici convenzionati che dovranno svolgere la funzione di capo distretto e dei coordinatori di tutte le aree sanitarie coinvolte, dipendenti e convenzionati. I MMG lavorano, sulla base di un’agenda comune e condivisa, su base multidisciplinare e di gruppo, con le altre professioni sanitarie e gli operatori sociali, conformemente alla programmazione ed ai modelli organizzativi definiti dal distretto, in coerenza con le linee guida nazionali e regionali.

- Gestione dei dati. L’infrastruttura informatica, definita dal distretto, rappresenta il presupposto necessario per la realizzazione della rete dei servizi territoriali e la valutazione dei fabbisogni, delle attività e dei risultati. A tal fine è indispensabile procedere ad una più forte integrazione dei sistemi gestionali dei MMG con la rete regionale e nazionale. È questa la via maestra per implementare in tempo reale i dati, garantire interoperabilità, dotarsi di una base sempre più larga per analizzare i risultati e sviluppare sistemi predittivi progressivamente più precisi ed efficaci per raggiungere i migliori obiettivi di salute per i cittadini. Una forte cooperazione tra sistemi informatici è altresì fondamentale per garantire al distretto la rilevazione e la tracciabilità del lavoro svolto (ambulatoriale, domiciliare e su base progettuale) dai MMG e di tutte le altre figure professionali.

Così anche l’infrastruttura informatica non può essere definita dal Distretto, ma deve rappresentare una forma di linguaggio comune per tutta la Regione, ciò anche in previsione di quanto si legge nel documento presentato circa la realizzazione di una più forte integrazione dei sistemi gestionali dei MMG con la rete regionale e

nazionale

Riteniamo che si tratti di un'altra tematica cruciale per la realizzazione di una rete di prossimità efficace ed efficiente. Condividiamo le preoccupazioni esposte dalle Regioni riguardo alla opportunità di ricercare un salto di qualità, attraverso anche la ricerca di un sistema di cartella clinica che sia aderente alle necessità dei medici, ma che sia anche facilmente integrabile nei sistemi informativi regionali ed aziendali.

Accanto a questa preoccupazione vogliamo però anche segnalare la necessità di superare le difficoltà applicative inerenti la privacy, che ad oggi vincolano la possibilità di condivisione del dato clinico fra i medici della AFT e con la Continuità Assistenziale e riguardano da vicino anche la possibilità di utilizzo dei dati ai fini della stratificazione, della medicina predittiva e di tutte le possibilità assistenziali che ne devono seguire, come preconizzato dal PNRR. Anche in questo caso il provvedimento di approvazione del presente documento dovrà esplicitamente superare i limiti attuali.

Su questo aspetto non è di sicuro sufficiente un intervento a livello di ACN, ma occorre un intervento normativo di livello superiore che dia alle Regioni la possibilità di percorrere le strade assistenziali che ormai tutta la letteratura di settore individua quali quelle di maggior evidenza. Un tema che va affrontato per portare avanti i contenuti del PNRR in modo compiuto.

10. **Tirocinio MMG in formazione.** Durante il triennio di formazione i giovani MMG svolgono una parte del loro tirocinio all'interno della casa della comunità. Questa attività è remunerata in forma aggiuntiva alla borsa di studio.

Se i MMG in formazione lavoreranno stabilmente nelle CdC non è assolutamente opportuno prevedere che le attività di tirocinio svolte al loro interno abbiano un trattamento diverso dalle altre. Condividiamo la necessità di rivedere l'iter formativo, in modo da renderlo più aderente alla professione e nel contempo alle esigenze organizzative e di copertura dei servizi. Tuttavia si ritiene non opportuno che l'attività svolta presso la casa della comunità sia remunerata in forma aggiuntiva alla borsa di studio, preferendo viceversa il meccanismo del tirocinio professionalizzante, che avrebbe come ricadute, oltre alla formazione sul campo, la possibilità di fornire ulteriori opportunità di combattere le carenze.

11. **Riepilogo della nuova remunerazione.** Il sistema di remunerazione è a quota capitaria ed è articolato:

- A. in una quota fissa del 70% che comprende:

- le ore destinate alle attività ambulatoriali (massimo 20)
- le 6 ore di attività svolte all'interno della casa della comunità
- per i medici non massimalisti, le ore "residue" necessarie al completamento del

ciclo fiduciario (20 ore) per le attività promosse dal distretto. Ai medici non massimalisti, tenuti all'erogazione delle ore "residue", è comunque riconosciuta una quota equivalente a quella dei massimalisti;

B. una variabile del 30 % a completamento delle 38 ore (12 ore a settimana) per il raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dal distretto che comprende:

- le ore di attività promosse dal distretto anche presso la casa della comunità (sulla base dei piani nazionali, regionali e distrettuali) per : progetti di salute, PDTA, PAI, campagne di prevenzione, vaccinazioni, assistenza domiciliare, telemedicina, attività di studio e ricerca;
- la partecipazione tramite AFT ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati è condizione necessaria per accedere a questa quota della remunerazione.

Il MMG, in rapporto di esclusività, può svolgere fino a 6 ore settimanali di libera professione per le attività organizzate dal proprio distretto e/o dalla casa della comunità di riferimento.

Riteniamo sarebbe utile, ai fini delle trattative che dovranno poi svolgersi a livello regionale a seguito del futuro ACN, chiarire con un maggior dettaglio le funzioni da svolgere nelle 12 ore a disposizione del Distretto e nelle 6 ore da svolgere nella rete di prossimità. Questo anche al fine di poter mettere in atto i necessari meccanismi di integrazione, di handover e di continuità assistenziale.

Infine riterremo opportuno entrare maggiormente nel dettaglio del meccanismo economico di calcolo del pagamento al singolo medico. Per esempio, se il calcolo degli emolumenti sia svincolato completamente o meno dal numero delle scelte, con quali modalità si rilevino quelle attività che vengono svolte per il Distretto ma nella rete di prossimità, cioè anche negli studi periferici. Riteniamo che una discussione su questi aspetti serva come preparatoria anche alla trattativa del futuro ACN, rendendoci più robusti su questi aspetti tecnici.

Inoltre appare imprescindibile una preventiva analisi delle ricadute economiche con impegno alla loro copertura da parte del governo.

Ulteriori aspetti

Carenza di MMG, sia nell'Assistenza Primaria che nella Continuità Assistenziale

La tematica della carenza di medici che scelgono la Medicina Generale come indirizzo professionale è purtroppo nella nostra Regione, come anche nel resto d'Italia, una fra le criticità predominanti. Tale criticità è collegata non solo alla pandemia, che ha assorbito molti professionisti impegnati nella presa in carico dei pazienti Covid e nelle vaccinazioni, ma è anche causata dalla fisiologica cessazione dei professionisti che, entrati in servizio in maniera massiva alla nascita del SSN, per motivi anagrafici raggiungono in contemporanea l'età lavorativa massima. Questo fenomeno per ora ha toccato in modo solo marginale la nostra Regione, che si avvia però, a partire dal 2022, a sperimentarne la fase più critica.

Riteniamo che questo argomento debba essere trattato in maniera specifica nel futuro ACN, individuando i meccanismi con i quali le Regioni possono intervenire in maniera modulare in rapporto all'entità delle carenze riscontrate.

Medici USCA

Si ritiene opportuno segnalare l'esigenza di valutare opportuni meccanismi che consentano al SSN di non perdere l'esperienza acquisita dai medici USCA che hanno lavorato con continuità dall'inizio della pandemia ad oggi (per esempio 12 o più mesi di servizio).

Continuità Assistenziale

Si tratta di un settore particolarmente critico, non solo per la difficoltà a coprire il servizio nella nostra realtà per le problematiche già evidenziate al punto precedente, ma anche perché occorre probabilmente una riflessione di carattere più generale sul modello di servizio, nato in un'epoca in cui la rete dell'emergenza-urgenza era ben lontana dagli standard e dalla capillarità raggiunta oggi. Un settore anche da riqualificare, perché la professionalità, in assenza di possibilità diagnostiche più ampie, di una rete informativa sul paziente, rischia di rendere anche meno efficiente il servizio rispetto agli obiettivi che gli sono affidati. Dai dati raccolti a livello regionale inoltre risulta una grossa variabilità nelle fasce orarie di richiesta, con un picco nelle fasce diurne festive e prefestive e fino alla mezzanotte, mentre nelle ore dalle 24 alle 8 si registrano meno di 2,5 richieste per ogni postazione, quasi tutte per consulto telefonico e quindi "delocalizzabili". Riteniamo quindi che sia doveroso un ripensamento generale su questo servizio. Si riterrebbe utile lasciare alla programmazione regionale la possibilità di impostare il servizio garantendo una apertura oraria notturna proporzionale al bisogno, anche attraverso la strutturazione di servizi in rete e coordinati con gli altri attori del sistema (emergenza, 116-117).

Clausola di salvaguardia

Le Province autonome di Trento e Bolzano hanno chiesto di integrare il testo con la seguente previsione:

“Le presenti disposizioni sono applicabili nelle province autonome di Trento e Bolzano compatibilmente con le disposizioni dei rispettivi statuti e relative norme di attuazione, tenuto conto dell'autonomia organizzativa e delle peculiarità demografiche e territoriali”.

Preme ricordare che le Province autonome hanno potestà legislativa e corrispondente potestà amministrativa in materia di igiene e sanità, nonché, dopo la riforma costituzionale del 2001, in materia di tutela della salute (*art. 8, n. 1; art. 9, n. 10; art. 16 dello Statuto speciale; articolo 117, terzo comma, Cost., in combinato disposto con l'articolo 10 della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3*).

Ne deriva quindi che l'organizzazione del servizio sanitario provinciale rientra nelle materie di competenza, dove la legislazione provinciale deve essere adeguata solamente ai principi che costituiscono limiti ai sensi dello Statuto speciale (*articoli 4 e 5 Statuto*).