ALLEGATO 1

SCHEMA DI ACCORDO CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

MISURE STRAORDINARIE PER GARANTIRE LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

PREMESSA

Su tutto il territorio nazionale si registra una forte carenza di medici, in ragione dell'incremento dei collocamenti in quiescenza nel periodo pandemico, del ridotto numero di laureati in medicina e della creazione di servizi aggiuntivi per la pandemia (USCA, vaccinazioni, tracciamenti, tamponi ecc.) che hanno "assorbito" buona parte dei medici potenzialmente disponibili. Inoltre, il notevole ampliamento del numero di posti nel bando di accesso alle Scuole di specializzazione, triplicato rispetto agli anni precedenti, ha permesso a molti medici di orientare il loro percorso verso la specialistica, aggravando ulteriormente la carenza nelle Cure primarie, che non si risolverà con il cessare dello stato di emergenza ma richiederà qualche anno per avviarsi a soluzione.

Il combinato disposto della carenza di medici, delle remunerazioni più vantaggiose garantite ai medici USCA rispetto al compenso orario per i medici di continuità assistenziale e del sovraccarico di lavoro per i medici che si trovano a coprire contemporaneamente più postazioni, ha determinato la minore appetibilità per i medici della copertura di turni di guardia e la manifestazione di numerose rinunce ad incarichi già in corso di svolgimento, mettendo in crisi la tenuta del servizio. A ciò si aggiungono i limiti imposti dalla normativa nazionale in termini di incompatibilità connesse alla partecipazione al corso di formazione in medicina generale ed all'assunzione di incarichi di medico di medicina generale da parte dei partecipanti al corso di formazione.

In conseguenza di quanto sopra esposto, nel contesto regionale si sono registrate molteplici difficoltà a garantire la copertura dei turni di continuità assistenziale, documentate da ASUR Marche che ha in carico l'organizzazione del servizio, con una concreta prospettiva di peggioramento e ulteriori scoperture di turni anche in sedi relative ad ambiti territoriali estesi e densamente popolati.

Si rende quindi necessario individuare una soluzione temporanea che consenta di garantire i livelli essenziali del servizio, frenando le rinunce e favorendo la conferma delle disponibilità dei medici di continuità assistenziale finora assicurate. Tale soluzione mira a riconoscere anche la collaborazione che i medici garantiscono alla tenuta del sistema con il proprio impegno, con evidenti carichi di lavoro aggiuntivi. Si intende quindi perseguire tale obiettivo mediante la negoziazione regionale, nelle more della reingegnerizzazione del servizio che sarà avviata a valle dell'entrata in vigore del nuovo Accordo Collettivo Nazionale.

Nel presente accordo viene prevista anche la possibilità di avviare forme sperimentali di ciò che è già previsto e concordato all'interno dell'Accordo Collettivo Nazionale in corso di formalizzazione. Ciò, anche al fine di realizzare concretamente, in tempi brevi, quanto è stato previsto dallo stesso ACN individuando concretamente il percorso per l'attuazione del nuovo Accordo Integrativo Regionale.

Il presente accordo è articolato nei seguenti moduli:

1. Valorizzazione aggiuntiva del compenso per turni non coperti per i medici che garantiscono la copertura dei servizi in postazioni limitrofe a quelle assegnate;
2. Sperimentazioni del nuovo ACN nell'ambito della continuità assistenziale;
3. Coinvolgimento dei medici di CA nella campagna vaccinale anti-covid19.

Si precisa che i contenuti del presente accordo, attivabili mediante accordi aziendali di area vasta, per un tempo definito e limitato, in ragione di situazioni locali di evidente, dimostrabile e perdurante criticità, restano validi per il tempo necessario a fronteggiare concretamente le difficoltà e non potranno in alcun modo essere prorogati oltre la data di entrata in vigore del nuovo Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale. Occorrerà inoltre rivalutare a livello locale la necessità di applicare i contenuti del presente accordo a seguito della eventuale riconduzione delle attività delle USCA nelle forme ordinarie al termine dello stato di emergenza o di altre disponibilità di medici per il servizio di continuità assistenziale.

Le parti si impegnano a definire un nuovo accordo integrativo regionale specifico per il servizio di continuità assistenziale, implementando nuovi strumenti per l'integrazione e l'ottimizzazione delle attività coerenti con l'introduzione del ruolo unico di assistenza primaria.

1. **Valorizzazione aggiuntiva del compenso per turni non coperti per i medici che garantiscono la copertura dei servizi in postazioni limitrofe a quelle assegnate**

Ai medici di Continuità Assistenziale che, con carattere di eccezionalità e straordinarietà, per un periodo definito, limitato e per non più di dieci turni al mese per sede, garantiscono l'assistenza per la popolazione afferente a sedi limitrofe non coperte aggiuntive rispetto a quella in cui già operano, è riconosciuta una quota oraria aggiuntiva di euro 6,61, al netto degli oneri previdenziali e assicurativi previsti dall'Art. 72 dell'ACN vigente. I casi particolari di copertura di più di una sede scoperta contemporaneamente, saranno disciplinati da accordi aziendali di area vasta, tenendo conto della proporzionalità dell'impegno ed in funzione del numero di sedi scoperte per le quali viene garantita l'assistenza, fino ad un tetto massimo della quota oraria aggiuntiva pari a € 16,61, al netto degli oneri previdenziali e assicurativi previsti dall'Art. 72 dell'ACN vigente, per un compenso orario complessivo massimo non superiore a € 40/ora.

Il riconoscimento è attivabile solo a seguito di:

- accordi attuativi aziendali di area vasta, con durata definita e limitata, finalizzati a definire le modalità operative locali per la gestione del servizio in ragione degli effettivi bisogni del territorio;
- richiesta effettuata dal Direttore di Distretto, o in via straordinaria dal Direttore di Area Vasta, puntuale e riferita al singolo caso, in ragione di criticità documentabili e verificata l'impossibilità di coprire i turni in altro modo, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 62 dell'ACN vigente;
- adozione da parte delle Aree Vaste di un sistema di reportistica che permetta di acquisire la rendicontazione puntuale delle varie tipologie di prestazione (consulto, ricette, visite, ecc..) al fine di rappresentare e valorizzare l'attività aggiuntiva e l'effettiva copertura del servizio nei territori interessati. A tal fine saranno tenute presso la sede di Continuità assistenziale specifiche registrazioni dei servizi svolti, in presenza o telefonicamente, che consentano di evidenziare quali prestazioni abbiano interessato i pazienti del bacino aggiuntivo coperto.

La soluzione in oggetto sarà sottoposta a periodica valutazione a livello dei Comitati aziendali di area vasta della medicina generale. In particolare verranno esaminati gli esiti degli accordi e verrà effettuato un monitoraggio delle attività svolte e delle risorse impiegate.

La copertura economica è garantita a livello locale dai costi cessanti dalla mancata copertura dei turni. Il compenso individuato per la copertura del turno vacante risulta evidentemente inferiore al costo che si dovrebbe sostenere in caso di copertura del turno con le modalità ordinarie.

2. Sperimentazioni del nuovo ACN nell'ambito della continuità assistenziale

L'ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – triennio 2016-2018 prevede *"l' attivazione del servizio di continuità assistenziale realizzato con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, organizzato 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), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, disciplinato con protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118".*

Vista la situazione inerente la carenza di medici e la necessità del migliore utilizzo degli stessi, si ritiene opportuno avviare una sperimentazione locale al fine di ridurre l'impegno notturno dei medici disponibili a favore delle attività diurne esistenti sul territorio. Tale riorganizzazione potrà anche favorire le realtà territoriali all'interno delle quali il numero di medici di CA risulti insufficiente a coprire tutti i turni contemporaneamente attivati.

Pertanto, in considerazione di quanto previsto dal nuovo ACN, a livello di accordi aziendali di area vasta è possibile attivare sperimentazioni, in determinati ambiti territoriali, che possano essere già ricondotte alle caratteristiche individuate dall'ipotesi di nuovo ACN, organizzando le fasce orarie in modo da consentire una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato ore 24.00 - 8.00.

In tal senso è possibile individuare un sistema a rete "hub and spoke" con sedi principali e secondarie. Le ore non assegnate ai medici titolari per i turni notturni, potranno essere utilizzate in attività diurne di natura territoriale inerente l'area della medicina generale.
La sperimentazione si avvierà previo parere del Comitato Regionale di Medicina Generale, nelle more e fino alla definizione del nuovo accordo integrativo regionale.
Le attività sperimentali dovranno essere rendicontate ai Distretti nelle forme previste nel paragrafo 1 e costituiranno la base informativa per le valutazioni prodromiche all'assetto che sarà definito con il nuovo AIR.
Le sperimentazioni decadranno con l'entrata in vigore del nuovo Accordo Integrativo Regionale sopracitato.
Resta fermo che qualora risultasse un turno scoperto nell'orario previsto, potrà essere corrisposto il compenso previsto al paragrafo 1.

3: Coinvolgimento dei medici di CA nella campagna vaccinale anti-covid19

Analogamente ai medici di assistenza primaria, anche ai medici di continuità assistenziale che partecipano alle attività vaccinali anti COVID 19 secondo la specifica organizzazione territoriale, qualora non abbiano sottoscritto contratti individuali che prevedano altre forme di remunerazione, vengono corrisposti i compensi previsti dall' allegato D del ACN (6,16 + ENPAM per ciascuna somministrazione vaccinale).

APPENDICE

Rendicontazione vaccinazione antinfluenzale

Per quanto concerne la rendicontazione delle vaccinazioni antinfluenzali 2021-2022, al fine di stabilire modalità omogenee e condivise all'interno delle aree vaste evitando difformità applicative e interpretative, si richiama quanto già stabilito nella DGR 1296 del 27/10/2021 punto 3. Per la erogazione dei relativi compensi previsti, si precisa che il MMG dovrà predisporre un file unico formato csv o excel della lista delle vaccinazioni

eseguite che sarà successivamente caricato sulla piattaforma http://serviziweb.asur.marche.it/accesso , con modalità analoghe alla precedente rendicontazione delle vaccinazioni antinfluenzali 2020-2021.

IL DIRETTORE DEL
DIPARTIMENTO SALUTE
dott. Armando Marco Gozzini

IL SEGRETARIO REGIONALE
FIMMG
dott. Massimo Magi

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'ASUR
dott.ssa Nadia Storti

IL SEGRETARIO REGIONALE
SNAMI
dott. Fabrizio Valeri

L'ASSESSORE ALLA SANITÀ
DELLA REGIONE MARCHE
dott. Filippo Saltamartini