ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE MEDICI DI MEDICINA GENERALE ANNO 2024

Bozza PREINTESA

**Premessa**

Il presente Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale rappresenta l’esito di un metodo di lavoro partecipativo, strutturato con incontri bilaterali oltre che collegiali, a cui le OO.SS firmatarie dell’Accordo Collettivo Nazionale del 4 aprile 2024 hanno aderito in pieno spirito costruttivo.

Il confronto “ampio”, oltre le tematiche oggetto di negoziazione, ha costituito un indubbio momento valoriale in ragione del ruolo delle Cure Primarie, della Medicina Generale, quale Soggetto cardine dell’evoluzione dell’assetto organizzativo del Servizio Sociosanitario Regionale.

Il presente Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale viene redatto a valle del recente passaggio – 1 gennaio 2024 - dei Dipartimenti di Cure Primarie dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) in adempimento alla Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 e nel contesto di un complesso e articolato quadro normativo, di cui si richiamano nel seguito i disposti di principale rilievo:

* Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77: “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
* 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 2019-2021
* Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 Modifiche al Titolo I e al [Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33](https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/accessibile/main.aspx?view=showpart&urn=urn:nir:regione.lombardia:legge:2009-12-30;33) (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)
* PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE 2023-2027
* DGR 1827/2024 DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L’ANNO 2024 - Allegato 3 – AREA CURA E RIABILITAZIONE
* DGR N. XII/2089 APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER I PIANI DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE DELLE ASST (PPT) AI SENSI DELL’ART. 7 C. 17 DELLA LEGGE REGIONALE 30 DICEMBRE 2009, N. 33 “TESTO UNICO DELLE LEGGI REGIONALI IN MATERIA DI SANITÀ”, COSÌ COME MODIFICATA DALLA LEGGE REGIONALE DI RIFORMA DEL 14 DICEMBRE 2021, N. 22, IN ATTUAZIONE DELLA DGR XII/1827/2024
* DGR 2588 del 21 giugno 2024 ad oggetto: DETERMINAZIONI IN ORDINE AL MODELLO DI FUNZIONAMENTO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

Il lavori si sono svolti condividendo quanto indicato dalle c.d. Regole 2024 (di cui alla DGR 1827/2024) e segnatamente che *Le Cure primarie sono la porta di accesso, il primo contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario*.

Il quadro normativo qui sopra richiamato documenta il delicato percorso di potenziamento ed evoluzione della Rete Territoriale in atto sia a livello nazionale che regionale.

In sintesi, il modello di riorganizzazione della Rete Territoriale, a livello regionale, affida al Polo Territoriale delle ASST il funzionamento dei Distretti in cui si collocano: le Case della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC), le Centrali Operative Territoriali (COT) e le Cure Primarie.

Riconoscendo che l’integrazione del Sistema delle Cure Primarie con gli altri “Soggetti” presenti nel Distretto debba passare attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), quali anelli di congiunzione e parte integrante del *Sistema*, ne deriva che le attività, gli obiettivi e i livelli di performance della AFT, compresi quelli relativi al coordinamento tra i vari setting assistenziali, sono parte integrante del programma delle attività territoriali.

Per tale ragione si rende necessario **armonizzare** l’assetto organizzativo attuale della Medicina Generale (supporto all’attività di studio e Forme Associative) in logica di AFT dando così attuazione al Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 e al profilo del Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria.

La complessità del percorso qui richiamato potrebbe giungere a completamento in un momento successivo con previsione di condivisione di un secondo Accordo Integrativo Regionale nel corso del 2024, mentre si ritiene, con il presente Accordo, di assumere gli indirizzi in ordine a:

1. Governo Clinico
2. Esplorazione di specifiche attività in coerenza con l’art. 28 del vigente ACN
3. Attività con impiego di fondi residui di Governo Clinico
4. Programmi di Sorveglianza Domiciliare
5. Continuità Assistenziale
6. Telemedicina
7. Supporto alle attività di studio del Medico di Assistenza Primaria che frequenta il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

In considerazione della rilevanza dei contenuti tracciati nei presenti indirizzi, si condivide che:

* I contenuti e l’approccio attuativo dei medesimi possano contribuire a sostenere il percorso di sviluppo e integrazione della Medicina Generale con gli altri Soggetti del Territorio
* Le ASST ne dovranno dare applicazione con le stesse modalità, ivi compresi i Progetti di Governo Clinico, al fine di garantire uniformità sul territorio regionale e consentire il monitoraggio delle attività
* I percorsi qui delineati non possano esaurirsi nel corso del 2024 e che i medesimi debbano trovare progressiva applicazione e implementazione in armonia con i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) 2025-2027delle ASST.
1. **GOVERNO CLINICO**

La DGR 1827/2024 all’Allegato 3 – *AREA CURA E RIABILITAZIONE* definisce le aree tematiche per le progettualità di governo clinico:

1. Partecipazione attiva alle vaccinazioni (in ambulatorio e al domicilio con la presa in carico di tutti i pazienti non deambulanti)
2. Appropriatezza prescrittiva
3. Partecipazione attiva a programmi e attività di prevenzione e promozione della salute

Il profilo dell’assistito a cui le presenti progettualità prioritariamente sono destinate è quello del paziente cronico mono o pluripatologico e gli obiettivi delle progettualità sono orientati al miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici.

La partecipazione e il raggiungimento degli obiettivi per ogni singola progettualità a) e b) determina la corresponsione dell’intera quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al Governo Clinico, pari a € 4,74 per assistito.

Sarà possibile l’adesione del MMG ad entrambe le progettualità a) e b) che saranno remunerate, sulla base dell’obiettivo raggiunto, con i fondi dell’anno corrente e con i residui del Governo Clinico degli anni precedenti.

La partecipazione e il raggiungimento degli obiettivi per la progettualità c) determina la corresponsione pari a € 1,90 per assistito.

1. Partecipazione attiva alle vaccinazioni (in ambulatorio e al domicilio con la presa in carico di tutti i pazienti non deambulanti)

In premessa si richiama l’ART. 4 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE del vigente ACN e quanto previsto alla lettera b) PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE: *“… Le Regioni definiscono il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e nell'ambito degli AAIIRR prevedono una attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate*”.

Le vaccinazioni di interesse:

* Anti Herpes Zoster
* Anti Difterite-Tetano-Pertosse
* Antinfluenzale
* Anti CoviD-19
* Anti Pneumococco

Si prevede specifica premialità di Governo Clinico a riconoscimento della CAPACITA’ ORGANIZZATIVA espressa dalle AFT.

Il Progetto di Governo Clinico è denominato *Partecipazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) all’attività vaccinale, ai fini del raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti per la popolazione destinataria della ASST*.

L’adesione alla progettualità comporta la vaccinazione al domicilio di tutti gli assistiti target non trasportabili per patologia/condizione.

Si prevede specifica premialità di Governo Clinico, così ripartita:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attività | % Quota di GC | Area di risultato per il singolo MMG |
| Adesione alla campagna di vaccinazione Antinfluenzale 2024-2025 | 50 | Completamento della registrazione in ARVAX, entro il 1 febbraio 2025, delle vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococco somministrateNumero registrazioni pari o superiore all’85% delle dosi ritirate presso le farmacie del territorio |
| Adesione a progettualità volte al riconoscimento della CAPACITA’ ORGANIZZATIVA nella somministrazione di vaccinazioni il cui target prioritario coincide con i pazienti cronici inseriti in percorsi di presa in carico.Per l’erogazione delle prestazioni, la progettualità richiede l’applicazione di un modello organizzativo di gestione diretta dell’attività vaccinale in ambito di AFT o, in alternativa, di un modello di partecipazione della AFT all’attività gestita dal Centro Vaccinale (CV) di ASST, secondo percorsi procedurali coerenti con le indicazioni di cui all’allegato 1 del presente Accordo Le vaccinazioni di interesse, sono le seguenti: * Anti Herpes Zoster
* Anti Pneumococco (attività non legata alla campagna antinfluenzale)
* Anti Difterite-Tetano-Pertosse
* Anti Covid-19
 | 50 | Vaccinazione, secondo il modello organizzativo scelto, del seguente numero di assistiti target:* Anti Herpes Zoster 🡪almeno n° 5 assistiti target (prima e seconda dose)

Oppure* Anti Pneumococco: almeno n° 35 assistiti target (prima dose)

Oppure* Anti Difterite-Tetano-Pertosse: vaccinazione di n° 35 assistiti target (richiamo vaccinale)

Oppure* Anti Covid-19: vaccinazione di 35 assistiti target individuati con specifiche indicazioni della DGW per la stagione in corso
 |

1. Appropriatezza prescrittiva

L’OMS propone di implementare la diffusione presso i Medici del manuale “AWaRe” (tradotto da AIFA in Italiano): una guida sugli antibiotici di prima e seconda scelta per le infezioni comuni. Nel manuale gli antibiotici vengono suddivisi in 3 categorie:

1. La prima denominata “Access”, la cui prescrizione dovrebbe raggiungere il 60% del totale della prescrizione antibiotica
2. La seconda classe denominata “Watch” che comprende antibiotici da prescrivere con maggiore parsimonia
3. L’ultima classe denominata “Reserve” che comprende antibiotici da utilizzare solo in casi particolari

Nel General Program of Work 2019-2023 sul tema, l’OMS ha adottato un nuovo obiettivo per il sistema sanitario in funzione delle indicazioni del manuale “AWaRe”, in base al quale sulla prescrizione totale di antibiotici la percentuale di quelli appartenenti alla categoria “Access” dovrebbe essere maggiore del 60% entro fine 2023.

La progettualità prevede la FORMAZIONE dei Medici da parte della Direzione Generale Welfare in raccordo con i Servizi di Malattie Infettive delle ASST e il MONITORAGGIO prescrittivo in raccordo con i Servizi FARMACEUTICI delle ATS.

Il Progetto di Governo Clinico è denominato *Contrasto all’Antibioticoresistenza* e l’*Area di risultato* si intende raggiunta se la quota di antibiotici prescritti in categoria Access al 31 dicembre 2024 supera di 2 punti percentuali la quota di antibiotici prescritti nella medesima categoria al 31 dicembre 2023.

1. Partecipazione attiva a programmi e attività di prevenzione e promozione della salute

Aggiornamento nel diario clinico dei dati del proprio assistito affetto da quadro nosologico cronico, pertanto preso in carico dal MMG secondo il modello regionale di Presa In Carico (PIC), secondo la scheda in Allegato 2, contenente le seguenti informazioni:

* Misure antropometriche (peso e altezza) 🡪**BMI**
* Abitudine al **fumo**

Il Medico coglie l’occasione della rilevazione del BMI e dell’abitudine al fumo per effettuare un **breve counselling** per l’adozione dei corretti stili di vita. Le informazioni desunte dalla scheda accompagnano il PAI dell’assistito e pertanto sono tracciabili nel **FSE**.

Il Progetto di Governo Clinico è denominato *Partecipazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) all’attività di prevenzione e promozione della salute per la popolazione con patologie croniche della ASST*.

L’*Area di risultato* si intende raggiunta se la compilazione della scheda avviene per 45 pazienti in PIC.

1. **ESPLORAZIONE DI SPECIFICHE ATTIVITÀ IN COERENZA CON L’ART. 28 DEL VIGENTE ACN**

Sono state condivise con la UO Prevenzione della Direzione Generale Welfare ulteriori attività *CORE* per le quali si prevedono assegnazioni economiche alle ASST oltre a quelle che alimentano il fondo della Medicina Convenzionata, per l’espletamento da parte dei *Medici a ciclo di scelta di specifiche attività definite dalle Aziende anche con soggetti terzi, in forma organizzata e continuativa, al di fuori degli orari di attività convenzionale, nell’ambito degli Accordi Attuativi Aziendali*.

Nello specifico sono state individuate 2 aree di intervento:

* Concorso al contenimento degli accessi impropri al Pronto Soccorso nel contesto del Piano Pandemico Influenzale (PANFLU) – Allegato 3
* Diagnostica precoce per l’invio precoce al trattamento delle malattie HCV correlate – Allegato 4

Qui si richiama quanto definito in merito all’**attività vaccinale destagionalizzata** di cui all’Allegato 1 per precisare che anche questa attività è regolata dall’art. 28 comma 2 lettera e) con previsione di assegnazioni economiche alle ASST oltre a quelle che alimentano il fondo della Medicina Convenzionata.

1. **ATTIVITÀ CON IMPIEGO DI FONDI RESIDUI DI GOVERNO CLINICO**

Si propongono due specifici filoni di attività in considerazione di esperienze affini già maturate da diversi territori di Regione Lombardia che documentano la capacità da parte della Medicina Generale nel Sistema multiprofessionale delle Cure Primarie di contribuire alla prevenzione delle complicanze del Piede Diabetico (Allegato 5) e alla sorveglianza post-critica di lesioni cutanee con effettuazione di medicazioni complesse (Allegato 6).

1. **PROGRAMMI DI SORVEGLIANZA DOMICILIARE**

In premessa si condivide la necessità, anno di esercizio in corso, di attivare un confronto strutturato con i MMG, per il tramite dei referenti di AFT, orientato a delineare il profilo degli assistiti arruolabili nei differenti setting di assistenza domiciliare programmata: ADI espletata dal MMG, ADP, PSD. Tale confronto trova adeguata collocazione nei lavori di elaborazione di protocolli con i Soggetti della rete Territoriale di cui alla più recente nota emanata dalla Direzione Generale Welfare del 21.06.2024 ad oggetto *Interrelazioni dei Medici di Assistenza Primaria con i Soggetti della rete Territoriale.*

Le c.d. Regole di cui alla DGR 1827/2024 prevedono la partecipazione attiva ai progetti di monitoraggio/sorveglianza domiciliare dei pazienti cronici e con fragilità, proseguendo il percorso avviato con la DGR XII/717/2023 sulle risorse di PNRR legate all’obiettivo di investimento di cui al POR approvato con DGR XII/430 del 12/06/2023 recante “PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – Missione 6 salute componente Allegato 3 – AREA CURA E RIABILITAZIONE 4 l’investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare”.

Si ritiene che uno sviluppo anche quantitativo dei Programmi di Sorveglianza Domiciliare possa essere quello derivante dall’introduzione del TELEMONITORAGGIO - attuato secondo i criteri richiamati nella DGR N° XII/715 del 24/07/2023 – con conseguente aumento del numero di assistiti sorvegliati al domicilio – PSD - prevedendo che il monitoraggio delle condizioni di stabilità clinica dell’assistito in telemedicina venga valorizzato in misura pari all’Accesso Domiciliare Programmato di Euro 18,90.

1. **CONTINUITA’ ASSISTENZIALE**

Regione Lombardia, con specifico provvedimento - DGR XII/2588 del 21 giugno 2024 ad oggetto: *Determinazioni in ordine al modello di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT)* - ha dato avvio ad una riorganizzazione del modello di Continuità Assistenziale in piena coerenza con le previsioni di cui all’art. 44 del vigente ACN – *ATTIVITÀ ASSISTENZIALE A PRESTAZIONE ORARIA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA* puntando in via prioritaria sui seguenti fondamenti:

* Definizione dei criteri e delle modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117 da parte della popolazione generale a favore di un accesso programmato alle sedi ambulatoriali da parte dell’utenza
* Introduzione di un triage professionale medico supportato da percorsi formativi dedicati, tra gli altri, all’impiego di flow-chart decisionali costruite sul consenso clinico
* Razionalizzazione della presenza medica in orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00)
* Soddisfacimento del requisito di presenza medica h 24 nelle Case di Comunità HUB, in coerenza con le recenti norme in materia di cure primarie e con la necessità di offrire adeguata risposta alla domanda di cura urgente dei cittadini, che spesso viene inappropriatamente convogliata verso i servizi di emergenza (chiamata al 112/118 o autopresentazione in pronto soccorso).

Tale modello poggia su un’ampia letteratura internazionale ed è già stato oggetto di parziale sperimentazione nel corso del 2023 in territori connotati da assetti demografici differenti (area montana ed area metropolitana) con esiti positivi in termini di appropriatezza del percorso clinico/sanitario.

Il modello assunto da Regione Lombardia è delineato nell’allegato tecnico della DGR sopra richiamata al capitolo *PRESENZA MEDICA H24 IN CASA DI COMUNITA’ IN RACORDO CON IL SISTEMA DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE*.

Il modello regionale è coerente con le indicazioni delle Regioni, espresse nella seduta della Commissione Salute in data 15 maggio 2024, in accompagnamento alle “*Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub*” che ricomprendono nella definizione di Casa di Comunità *sia i servizi erogati direttamente all’interno della struttura sia quelli erogati da altri soggetti che si prendono cura della salute della comunità nel suo territorio di riferimento. Questo significa che, nell’ambito del ruolo che il DM 77 assegna al Distretto quale luogo privilegiato di gestione e coordinamento dei servizi, la CdC è complessivamente intesa come l’insieme dei punti erogativi e dei professionisti presenti nel territorio di riferimento e quelli ad essa funzionalmente collegati*.

Per quanto qui sopra richiamato, si riconosce ai Medici di Assistenza Primaria che operano in qualsiasi sede di Continuità Assistenziale/Centrali UNICA la quota oraria prevista dall’art. 47 comma 2 lettera E punto 3 lettera C del vigente ACN, pari ad Euro 13,62 per ciascuna ora di incarico svolta. Inoltre, ai sensi dell’all’art. 47 comma 2 lettera E punto 4 dell’ACN, si prevede un’integrazione economica alla quota oraria pari a Euro 12,00 in ragione dell’avvio di un modello avanzato di Continuità Assistenziale la cui *Area di risultato* è oggettivata dall’incremento delle attivazioni del NEA 116117, nelle fasce orarie 20-24 7/7 e 8-20 nei prefestivi, festivi e superfestivi, da parte degli assistiti residenti nei territori su cui insistono le ASST che hanno applicato il nuovo modello di Continuità Assistenziale.

La suddetta integrazione economica trova capienza nei fondi di Progetto della Continuità Assistenziale. Si stabilisce, pertanto, che l’avvio del modello organizzativo di cui alla DGR XII/2588 del 21 giugno 2024 rappresenti un’unica progettualità su tutto il territorio di Regione Lombardia.

Si stabilisce, infine, di definire il rapporto ottimale nelle fasce orarie 20-24 7/7 e 8-20 nei prefestivi, festivi e superfestivi in misura pari a 1 medico/ora ogni 6.000 abitanti. A tale rapporto contribuiscono le ore di attività previste nelle sedi ambulatoriali di Continuità Assistenziale e nelle Centrali UNICA.

1. **TELEMEDICINA**

Con il presente Accordo si individua il percorso per l’erogazione di prestazioni in telemedicina da parte dei MMG, percorso che verrà meglio strutturato con successivi provvedimenti regionali. Si prevede che le ASST pubblichino specifici avvisi per l’affidamento ai MMG, che manifestino interesse, di quote definite di accertamenti in telemedicina con refertazione specialistica a cura della ASST alla quale il MMG è legato dal rapporto di Convenzione.

Tale attività è regolata dall’art. 28 comma 2 lettera e) con previsione di assegnazioni economiche alle ASST oltre a quelle che alimentano il fondo della Medicina Convenzionata.

1. **SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI STUDIO DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA CHE FREQUENTA IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE**

Si intende investire sulla formazione dei futuri Medici di Medicina Generale prevedendo che le ASST organizzino con risorse umane proprie (amministrative e sanitarie) forme di supporto all’attività di studio dei Medici iscritti al Corso, che ne facciano richiesta, al fine di sostenere l’impegno formativo a fronte di attività di Assistenza Primaria assunte dai medesimi con incarico temporaneo/temporaneo di sostituzione/a tempo determinato.

**ALLEGATO 1**

**Modelli organizzativi per la partecipazione dei MMG all’attività vaccinale di ASST**

1. **GESTIONE DIRETTA DELL’ATTIVITA’ IN AMBITO DI AFT**

|  |  |
| --- | --- |
| Destinatari dell’offerta  | Assistiti target dell’ambito di AFT, iscritti negli elenchi di MMG  |
| Proposta attiva di vaccinazione | Ogni MMG della AFT, per i propri assistiti |
| Sede dell’attività | Studio medico/altre sedi del territorio/Ambulatorio CdC |
| Agende ARVAX/non ARVAX | Personale infermieristico e amministrativo di studio |
| Gestione vaccini – Magazzino Lotti e consegne | ASST/MMG |
| Gestione vaccini – StoccaggioAi fini della garanzia di stabilità ed efficacia del prodotto, lo stoccaggio di vaccino in frigorifero richiede la disponibilità di idonee apparecchiature per il controllo del mantenimento della temperatura tra 2 e 8 °C, con registrazione dei valori H24, da produrre in caso di shock termico*.**La modalità organizzativa di sedute vaccinali pianificate da più MMG (vaxday) consente, nella stessa giornata, il ritiro del vaccino e la restituzione dell’eventuale esubero, presso sedi ASST.* | ASST/MMG |
| Consenso informato /Anamnesi | MMG |
| Seduta vaccinale | MMG e personale infermieristico di studio |
| Registrazione in portale ARVAX | MMG e personale infermieristico di studio |

La retribuzione per l’attività svolta dal MMG, con il contributo del personale infermieristico/amministrativo di studio, è riconosciuta come segue:

* Compenso per singolo inoculo: € 6,16
* Compenso aggiuntivo per vaccinazione al domicilio: € 18,90
* Riconoscimento per raggiungimento obiettivi di progetto
1. **PARTECIPAZIONE DELLA AFT ALL’ATTIVITA’ GESTITA DAL CENTRO VACCINALE**

|  |  |
| --- | --- |
| Destinatari dell’offerta  | Assistiti target dell’ambito di AFT, iscritti negli elenchi di MMG o afferenti agli AMT del territorio |
| Proposta attiva di vaccinazione | Ogni MMG della AFT, per i propri assistiti |
| Sede dell’attività | Centro Vaccinale/Ambulatorio CdC |
| Agende ARVAX | ASST/MMG  |
| Gestione vaccini - Magazzino lotti e consegne | ASST  |
| Gestione vaccini – Stoccaggio | ASST |
| Consenso informato /Anamnesi | MMG |
| Svolgimento seduta vaccinale | MMG/Personale infermieristico di ASST |
| Registrazione in portale ARVAX | MMG/Personale ASST, secondo modello organizzativo del CV |

La retribuzione per l’attività svolta dal MMG e dal personale infermieristico/amministrativo di studio è riconosciuta come segue, nel caso di **attività nell’ambito di campagne vaccinali:**

* Compenso per singolo inoculo: € 6,16
* Compenso aggiuntivo per vaccinazione al domicilio: € 18,90
* Riconoscimento per raggiungimento obiettivi di progetto

La retribuzione per l’attività svolta dal MMG e dal personale infermieristico/amministrativo di studio è riconosciuta come segue nel caso di **attività vaccinale destagionalizzata**:

* Compenso per attività libero professionale su base oraria (\*): € 80,00/ora
* Compenso aggiuntivo per vaccinazione al domicilio: € 18,90
* Riconoscimento per raggiungimento obiettivi di progetto

(\*) *Il medico con attività a ciclo di scelta non può svolgere in libera professione attività già previste dal presente Accordo e dagli accordi decentrati in favore dei propri assistiti. Fanno eccezione, a titolo esemplificativo, alcune prestazioni tra cui … specifiche attività definite dall’Azienda anche con soggetti terzi, in forma organizzata e continuativa, al di fuori degli orari di attività convenzionale, nell’ambito degli Accordi Attuativi Aziendali.*

**ALLEGATO 2**

**Partecipazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) all’attività di prevenzione e promozione della salute per la popolazione con patologie croniche della ASST**

|  |  |
| --- | --- |
| CODICE FISCALE ASSISTITO |  |
| BMI | Peso in Kg |
| Altezza in cm |
| ABITUDINE AL FUMO | Attualmente fuma sigarette SI NO |
| Se SI: * saltuariamente (< 10/settimana)
* <10/die
* Tra 10 e 20/die
* >20/die
 |
| Attualmente fuma sigarette elettroniche SI NO |

La retribuzione per l’attività svolta dal MMG è riconosciuta in misura pari a Euro 1,90 per assistito in ragione del raggiungimento obiettivi di progetto.

**ALLEGATO 3**

**Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu)**

Nel periodo dell’anno maggiormente soggetto alla diffusione delle sindromi respiratorie su base virale (novembre – dicembre – gennaio) prevedere l’attivazione di hotspot dedicati (in ogni ASST) con apertura 7/7 dalle ore 20:00 alle ore 24:00 in cui operano contemporaneamente 3 Medici + 1 figura amministrativa (ASST) + 1 figura infermieristica (ASST).

🡪 L’hotspot viene avviato a valle di formazione specifica regionale (breve FAD) unitamente a sistema di consultabilità sincrona del Servizio di Malattie Infettive Ospedaliero di riferimento locale.

🡪 L’hotspot è attivabile dal NEA116117/UNICA

Nei mesi sopra indicati, gli hotspot si affiancheranno alle sedi di Continuità Assistenziale manifestando una capacità di risposta più mirata verso le sindromi influenzali, integrandosi con il complesso sistema della continuità assistenziale secondo il modello regionale, contenendo, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate.

La retribuzione per l’attività svolta dal MMG è riconosciuta come segue: compenso per attività libero professionale su base oraria (\*): € 80,00/ora

**ALLEGATO 4**

**Diagnostica per l’invio precoce al trattamento delle malattie HCV correlate**

L’attività consiste nella somministrazione del TEST RAPIDO Antigenico HCV agli assistiti nati nelle coorti tra il 1969 e il 1989. I kit verranno distribuiti ai MMG direttamente dalle ASST. A fronte di specifiche indicazioni, che verranno fornite dalla Direzione Generale Welfare, il MMG registrerà l’esito del test sul portale SMI.

La retribuzione per l’attività svolta dal MMG è riconosciuta come segue: compenso pari a € 250,00 ogni 30 assistiti eleggibili sottoposti a test.

**ALLEGATO 5**

**LA** **GESTIONE INTEGRATA DELLA VULNOLOGIA IN AMBITO TERRITORIALE**

***Sorveglianza post-critica di lesini cutanee e medicazioni complesse presso lo studio del Medico di Medicina Generale***

CONTESTO

Le Lesioni Cutanee sono un problema rilevante in termini di costi e di risorse per il SSN, sia per la complessità del loro trattamento che per la loro prevenzione e se ne osserva il costante aumento, anche in relazione all’invecchiamento della popolazione. L’ISTAT prevede che la popolazione ultraottantenne in Italia - quella presso cui si concentra il maggior fabbisogno assistenziale - passerà dagli attuali 2,9 a ben 7,7 milioni nel 2030. In termini generali, si stima in 2 milioni il numero di persone affette in Italia da lesioni croniche cutanee e, più precisamente:

* Le ulcere da decubito colpiscono circa l'8% dei pazienti ospedalizzati e tra il 15% e il 25% di quelli ricoverati nelle strutture di lungo degenza
* La prevalenza delle ulcere degli arti inferiori è dell’1% circa nella popolazione generale, con un picco del 3,6% nella popolazione con età superiore a 65 anni
* Il 15% dei pazienti diabetici presenta un’ulcera del piede e il numero delle lesioni è destinato ad aumentare in previsione dell’aumento dei pazienti diabetici nel prossimo decennio.

OBIETTIVI

Nell’ottica del processo di qualificazione delle Cure Primarie in ambito territoriale, si propone la sperimentazione di ambulatori dedicati alle medicazioni avanzate, presso le sedi delle Forme Associative della Medicina Generale/Case di Comunità.

Negli ambulatori, l’attività è svolta da personale infermieristico specificamente addestrato, con la supervisione del Medico di Medicina Generale, che mantiene la responsabilità clinica del processo.

ATTIVITA’

Target elettivo del progetto sono i pazienti deambulanti, individuati dai Medici della Forma Associativa/AFT, ma in casi specifici, potrà essere garantito l’accesso al domicilio.

Si prevede l’erogazione delle seguenti prestazioni:

1. Visita per sorveglianza post-critica di lesioni cutanee
2. Effettuazione di medicazioni complesse

Le medicazioni semplici (eseguite su ferite pulite, senza perdita di sostanza e che solitamente guariscono per prima intenzione) rientrano nell’attuale ACN come Prestazione di Particolare Impegno Professionale (PPIP), vengono già regolarmente garantite dalla Medicina Generale ed esulano, pertanto, dalla presente trattazione.

1. Attività di educazione sanitaria ed addestramento del paziente, per una partecipazione attiva al processo di cura.
2. Invio a struttura di secondo livello, per casi complessi: questa attività prevede necessariamente l’integrazione dei diversi attori della rete assistenziale di ASST, atta a garantire la sinergia nella presa in carico del paziente.

REQUISITI NECESSARI PER L’AVVIO DEL PROGETTO

1. Formazione continua del personale medico e infermieristico, per l’attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici aderenti alle Linee guida nazionali ed internazionali in ambito di ASST
2. Partecipazione alla definizione del processo funzionale di rendicontazione dell’attività in SGDT
3. Definizione dell’elenco del materiale e delle modalità di approvvigionamento presso ASST

AREA DI RISULTATO

L’adesione formale del MMG al progetto prevede il raggiungimento degli obiettivi di seguito specificati:

1. Presentare un progetto elaborato in Forma Associativa/AFT
2. Assicurare percorso formativo Infermiere, in ambito di ASST
3. Partecipare al GdL per il Processo Funzionale SGDT “Gestione lesioni cutanee”

**ALLEGATO 6**

**PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL PIEDE DIABETICO**

**Primo livello di monitoraggio del paziente presso lo studio del Medico di Medicina Generale**

**CONTESTO**

Si riporta in letteratura come circa il 30% dei pazienti diabetici di età superiore ai 40 anni soffra di disturbi a carico degli arti inferiori (polineuropatia e arteriopatia periferica) e che circa il 15-20% degli stessi andrà incontro, nel corso della vita, ad un’ulcera del piede, con necessità di cure, talora sino all’intervento chirurgico demolitivo.

La DGR n. 6253/2022 pone in carico alle Cure Primarie la gestione del primo livello avvalendosi, secondo necessità del quadro clinico, del supporto del segmento specialistico.

 **OBIETTIVO**

Il progetto ha la finalità di fornire al Medico di Medicina Generale (MMG) e all’Infermiere di studio gli strumenti utili a garantire la **diagnosi precoce di neuropatia e/o vasculopatia in pazienti affetti da diabete mellito tipo II**, al fine di ridurre e contenere i possibili aggravamenti della patologia diabetica, concorrendo al contempo ad un abbattimento dei costi di gestione e cura delle complicanze.

**ATTIVITA’**

Erogazione di un monitoraggio con interventi di anticipo diagnostico ed educazionali, assicurati dalla forma associativa avanzata della Medicina Generale, per tramite dell’Infermiere di studio e secondo un percorso condiviso.

L’attività prevede, nello specifico, l’*utilizzo di strumentazione a basso impatto tecnologico* per la diagnosi ed il monitoraggio della malattia (Monofilamento di Semmens/Diapason).

L’arruolamento dei pazienti al progetto richiede che siano soddisfatti entrambi i seguenti criteri:

1. Pazienti reclutati nell’ambito dell’attività di Presa in Carico del Cronico (PIC)
2. Pazienti affetti da diabete tipo II, senza episodi pregressi di ulcerazioni, con specifici fattori di rischio evidenziati nel corso della prima visita di presa in carico.

I pazienti già in cura presso Centri Specialistici possono essere anch’essi arruolati dal MMG, stante l’adesione del paziente e un passaggio di consegne/definizioni di ruoli tra i differenti livelli di cura.

**AREA DI RISULTATO**

L’adesione formale del MMG al progetto prevede il raggiungimento degli obiettivi di seguito specificati:

1. Presentazione di un progetto elaborato in Forma Associativa/AFT
2. Partecipazione di MMG/Infermiere ad evento formativo ECM, con la condivisione di un *percorso di monitoraggio e counselling* per i pazienti target