

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;
- 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, completano l'impegno orario svolgendo attività organizzate e promosse dal distretto che si aggiungono alle 18 ore precedentemente richiamate.

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 - I MMG 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 promossi dal distretto.
- B. con ulteriori 18 ore settimanali di attività promosse dal distretto di cui almeno 6 ore nella casa della comunità.

2.3 - I MMG 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 seconda 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.

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.

2.5 - Le iniziative promosse dal distretto, utilizzando il “monte ore” previsto dai punti 2.2, 2.3 del presente documento, saranno definite sulla base degli indirizzi e della programmazione regionale che determina le “priorità” e gli “obiettivi di salute” da perseguire.

3. Ruolo della CDC.

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

- 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’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.

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 AFTe/o la casa della comunità;
- l'assistenza domiciliare programmata o integrata nei confronti dei propri assistiti;
- l'assistenza residenziale, semiresidenziale e 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 diseguaglianze territoriali.

7 bis. Zone carenti

I medici in formazione in medicina generale, al fine della copertura delle "zone carenti", assumono incarichi in dette zone sino ad un massimo di mille assistiti, quale attività pratica prevista dal programma formativo.

Tale attività, definita dall'ACN per gli aspetti organizzativi e contrattuali, verrà svolta con la supervisione di un tutor di medicina generale, in rapporto funzionale con la casa di comunità di riferimento.

L'assolvimento di tale servizio di assistenza costituisce titolo preferenziale per la copertura a tempo indeterminato della zona carente dopo aver conseguito il titolo di formazione specifica.

8. Rapporto fiduciario.

I MMG, nella piena valorizzazione della loro autonomia professionale **g a r a n t i s c o n o** 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 ed tutte le altre figure professionali.

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.

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.