

**ACCORDO REGIONALE
IN ATTUAZIONE DELL'ACN RESO ESECUTIVO IN DATA 23 MARZO 2005,
MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA STATO – REGIONI, PER LA DISCIPLINA
DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE - PERIODO 2001/2005**

Parte I

PREMESSA

1. Le novità introdotte, nell'ordinamento costituzionale e nelle procedure di contrattazione con la legge 27 dicembre 2002 n. 289, comportano una nuova e più funzionale strutturazione del rapporto convenzionale in particolare negli articolati di settore. E' necessario cioè coordinare e rendere sequenziale la normativa di ogni specifica categoria con gli obiettivi e i contenuti generali e comuni a tutte le categorie che operano nel territorio sia pure con la necessaria gradualità. La stesura dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale è finalizzata ad attrezzare meglio il rapporto Regioni – Categorie Mediche che operano nel territorio, con l'obiettivo di avviare un processo di innovazione in grado di rispondere in modo più adeguato alle esigenze dei cittadini, a rivalutare il ruolo degli operatori e consolidare in modo significativo il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale nel nostro Paese.

2. Il presente Accordo, così, come già esplicitato nell'ACN del 23.3.05, riconosce la caratterizzazione della Medicina Generale italiana secondo i principi espressi dalla Definizione Europea di Medicina generale/di Famiglia.

Pertanto i Medici di Medicina Generale, sono specialisti formati ai principi della disciplina, sulla base di precise caratteristiche che identificano le peculiarità professionali.

In particolare:

- ✍ La medicina generale è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario
- ✍ Fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità;
- ✍ Sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia, ed alla sua comunità

ART. 1
PRINCIPI GENERALI

Il presente Accordo, in armonia con quanto già previsto dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale – periodo 2001/2005, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, prevede essenzialmente:

- ✍ un ampio potere delle Regioni di modificare ed integrare la disciplina nazionale;
- ✍ la responsabilizzazione dei medici e delle altre professionalità in maniera integrata sugli obiettivi regionali ed aziendali;
- ✍ una funzionale organizzazione del lavoro;
- ✍ il ruolo della formazione continua;
- ✍ l'introduzione, in via sperimentale, delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP);
- ✍ l'incremento delle forme associative.

Sostanzialmente l'attuazione della nuova disciplina, appena citata, è demandata alla capacità delle regioni di trasformare gli indirizzi generali in azioni per il governo della Medicina Generale.

Per l'attuazione del nuovo Accordo, pertanto, è richiesta la condivisione di alcuni principi fondamentali:

- ✍ il processo di regionalizzazione della disciplina del rapporto di lavoro dei Medici di Medicina generale e degli altri professionisti, coordinando i nuovi principi con gli atti regionali di programmazione socio-sanitaria;
- ✍ l'integrazione di tutti i professionisti interessati, attraverso l'assunzione diretta di responsabilità sugli obiettivi condivisi;
- ✍ lo sviluppo di una logica di sistema, per mettere insieme medici che operano in ambiti diversi (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni) nelle varie fasi del processo di riorganizzazione del territorio;
- ✍ la definizione di nuovi modelli per l'organizzazione dell'attività al fine di essere sempre più rispondenti alle esigenze dell'utenza;
- ✍ il riconoscimento del ruolo insostituibile del Medico di Medicina Generale per l'Assistenza Primaria.

Quanto sopra, senza derogare ai principi sull'uniformità dei livelli essenziali di Assistenza Primaria su tutto il territorio nazionale, e sulle garanzie per i medici professionisti fissate dalla disciplina generale.

ART.2
CONTESTO GENERALE

Il Sistema delle cure primarie richiede in particolare una parziale rimodulazione organizzativa che scaturisce, da una parte, dall'accentuarsi delle problematiche inerenti la sostenibilità economica del SSN e, dall'altra, dalla nuova ed accresciuta domanda di salute, a cui bisogna fornire una risposta sanitaria e sociale efficace ed appropriata per un pieno utilizzo delle risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del Sistema. Si rende pertanto necessaria una integrazione tra i professionisti impegnati nelle cure primarie, che concorra soprattutto a garantire servizi più efficienti ai cittadini, che sia in grado di risolvere il problema della frammentarietà delle cure e dell'assistenza, che realizzi l'unitarietà di approccio ai loro bisogni e che produca in definitiva una maggiore qualità del SSN e SSR.

Questo comporta una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sul territorio, riservando l'assistenza ospedaliera sempre più alle patologie acute, modificando il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale, a favore del territorio: quest'ultimo deve caratterizzarsi come "soggetto attivo" che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini. L'assistenza territoriale deve dunque prevedere un maggiore coinvolgimento della Medicina Convenzionata (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni) nel governo dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con le altre figure sanitarie territoriali. In particolare il processo di integrazione dei diversi attori può avvenire con gradualità, dai modelli caratterizzati dall'integrazione professionale dei Medici di Assistenza Primaria, dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici di Continuità Assistenziale (es. équipe territoriali), fino a modelli che contemplino anche la presenza di operatori sociali e che prefigurino un intervento complessivo tra Aziende USL e Comuni (es. le cosiddette UTAP).

ART.3
STRUMENTI

I principi di cui sopra si realizzano in concreti obiettivi, attraverso l'individuazione dei seguenti strumenti:

1. l'integrazione progressiva funzionale tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni;

2. l'implementazione di percorsi clinico assistenziali condivisi dai diversi operatori, anche attraverso l'adozione di specifici protocolli operativi;
3. lo svolgimento di percorsi formativi multidisciplinari;
4. L'avvio del budget di distretto.

Gli strumenti di cui sopra, inoltre, consentirebbero di finalizzare l'attività sanitaria alla realizzazione ed al conseguimento dei seguenti obiettivi prioritari, che favorirebbero la centralità del cittadino:

- ✍ L'appropriatezza di uso delle risorse (specialistiche e farmaceutiche);
- ✍ la garanzia di una risposta ai bisogni sanitari afferenti alle cure primarie 24 ore su 24 per 7 giorni su 7;
- ✍ la promozione della salute e la prevenzione, nonché, l'educazione e l'informazione sanitaria;
- ✍ il contenimento delle richieste improprie di ricoveri e di accessi al Pronto Soccorso;
- ✍ lo sviluppo dell'integrazione informativa (rete comunicativa)
- ✍ i percorsi assistenziali che determinino l'integrazione dell'ospedale con il sistema di cure primarie sia nel percorso pre ospedale che all'atto della dimissione;
- ✍ l'adozione a livello regionale/aziendale di linee guida condivise e concordate per patologie di particolare rilevanza.

Pertanto, gli obiettivi sopra esposti, sono realizzati, avviando e/o completando i seguenti percorsi:

- ✍ *dalla cura della malattia ✍ all'assistenza globale della persona;*
- ✍ *dall'approccio per prestazione (output) ✍ all'approccio per processo e alla valutazione degli esiti sulla salute (outcome);*
- ✍ *dalla produzione di singole prestazioni e dalla frammentarietà delle specializzazioni ✍ alla progettazione e realizzazione di processi assistenziali integrati finalizzati all'assistenza della persona;*
- ✍ *la semplificazione delle procedure amministrative attraverso una maggiore responsabilizzazione degli operatori coinvolti nel processo;*
- ✍ *dall'approccio solo individuale ✍ alla dimensione di servizio centrato sulla persona, orientato all'individuo e alla sua famiglia, inserito nella Comunità.*

Parte II

ACCORDO REGIONALE

Gli strumenti privilegiati che l'Accordo Regionale individua per il perseguimento

degli obiettivi strategici della gestione integrata dei pazienti e della continuità della assistenza, sono gli accordi aziendali ovvero degli accordi che ciascuna Azienda USL negozia con i propri Medici Convenzionati, per promuovere attività di governo della domanda, obiettivi di salute, attività di formazione, di crescita professionale dei Medici e di erogazione di servizi.

Il presente Accordo Regionale, pertanto, intende valorizzare la valenza strategica dell' accordo aziendale.

ART.4

CONTENUTI DELL' ACCORDO REGIONALE

Gli Accordi Regionali di cui all' art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle Regioni rispetto a quelli dell'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

Lo scopo di quanto previsto dal comma precedente è quello di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo e consentire, al contempo, il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza.

Pertanto, gli accordi regionali e, successivamente quelli aziendali, individuano modalità operative sulla base degli indirizzi generali individuati nell' ACN.

ART.5

DURATA DELL' ACCORDO REGIONALE

L'art.1, c.178 della Legge 311/04 - Finanziaria 2005 - prevede che la parte normativa delle convenzioni abbia durata quadriennale.

Il presente Accordo, pertanto, in analogia con quanto previsto per l'ACN, entra in vigore dalla data del relativo provvedimento di approvazione da parte della Giunta della Regione Lazio ed ha durata quadriennale e comunque fino alla stipula del successivo Accordo.

ART.6

OBIETTIVI STRATEGICI DELL' ACCORDO REGIONALE

Il Medico di medicina generale rappresenta la figura di riferimento immediato e diretto per i cittadini in carico, in qualità di garante della loro assistenza sanitaria di base, nel rispetto del principio della libera scelta e del rapporto di fiducia; egli è altresì attore fondamentale di interventi integrati, multidisciplinari e multiprofessionali, in ulteriori forme assistenziali.

La Regione Lazio riconosce nel MMG una fondamentale risorsa del Distretto nei processi di gestione dell' assistenza territoriale, con un ruolo di:

- ✗ **interprete della domanda di salute** al fine di individuare le soluzioni più appropriate per soddisfare i reali bisogni;
- ✗ **ordinatore ed erogatore di prestazioni;**
- ✗ **facilitatore dei processi assistenziali.**

La DCR 31 luglio 2002, n.114, "*Indirizzi per la programmazione sanitaria Regionale per il triennio 2002/2004 - PSR*", ha evidenziato come la figura del MMG debba essere fortemente integrata nel Sistema sanitario regionale e responsabilizzata sul **governo della domanda**, superando il ruolo tradizionale di libero professionista che risponde alla domanda di salute dei propri assistiti, senza particolari interazioni con gli altri attori del sistema.

La valorizzazione e la qualificazione dell'assistenza territoriale, strategicamente orientata all' **appropriatezza clinica e organizzativa**, all' **integrazione istituzionale, gestionale e professionale** e alla **continuità assistenziale**, vedono nella Medicina generale una funzione portante.

Il presente Accordo Integrativo regionale ha l' obiettivo fondamentale di definire le "**garanzie di sistema**" che possono consentire al medico dell' assistenza primaria di rappresentare un **nodo operativo integrato della rete dei servizi** offerti dal SSR, nell'ottica di governare i percorsi assistenziali.

Garantire l'appropriatezza delle cure attraverso la realizzazione di **percorsi assistenziali integrati** e condivisi con tutti i professionisti e i contesti assistenziali operanti nell' ambito del SSR, ha la finalità di ottimizzare gli esiti di salute collegati agli interventi intrapresi e di migliorare l'utilizzo delle risorse disponibili, tutelando la sostenibilità economica del sistema.

Elementi fondanti per il perseguimento dell' appropriatezza delle cure primarie sono rappresentati dall'informare ogni intervento assistenziale ai principi e alla metodologia della **Medicina basata sulle prove di efficacia** (EBM) e dal permanente ricorso agli strumenti tipici della **Verifica e revisione della qualità** (VRQ).

Tra le "garanzie di sistema" volte ad assicurare la continuità assistenziale, si

considera di particolare importanza il fatto che il MMG possa rappresentare un riferimento certo per il cittadino in termini di **raggiungibilità nel momento del bisogno** e di mediazione con le diverse tipologie di strutture e servizi del SSR, attraverso una **efficace e tempestiva comunicazione**; tali garanzie possono essere realizzate individualmente o attraverso il ricorso a forme associative già attive o da sperimentare.

La Regione Lazio, pertanto, considera di particolare importanza:

✍ l'attivo coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle iniziative e progetti relativi ad **attività di prevenzione** promossi a livello territoriale, ed in particolare per:

? la promozione di corretti stili di vita;

? le attività di prevenzione delle patologie prevenibili mediante vaccinazione, in particolare attraverso programmi vaccinali concordati a livello regionale o aziendale;

? le attività di prevenzione secondaria, con particolare riferimento ai programmi di screening coordinati a livello regionale.

✍ Lo sviluppo delle attività di assistenza sanitaria di base relativamente a:

? valutazione dei bisogni, pianificazione e gestione assistenziale e valutazione degli interventi rivolti alla **popolazione di assistiti anziani** ed in particolare a quella caratterizzata da **fragilità**, con rischio di rapido decadimento delle condizioni di salute e della qualità di vita.

? attiva partecipazione dei MMG alla strutturazione di un **'sistema' regionale, aziendale e distrettuale per l'appropriatezza** e ai conseguenti interventi in ambiti/settori ritenuti di particolare criticità (prestazioni ospedaliere, prescrizioni diagnostiche e terapeutiche);

il complesso delle iniziative volte a realizzare l'effettiva **presa in carico** dell'utente, attraverso la sperimentazione di modalità organizzative dell'assistenza primaria, da attuarsi a livello aziendale, adeguate rispetto alla realtà del territorio, che vedano la **integrazione operativa** del medico di famiglia con altre figure professionali, attraverso la costituzione di un sistema di relazioni tra diversi attori e livelli di cura nell'ottica della **continuità dell'assistenza**