

Analisi della bozza di Accordo Integrativo Regionale (AIR) Lazio 2026

Documento dell'Intersindacale della Medicina Generale

La recente delibera di giunta 1216 del 11 dicembre 2025 della Regione Lazio inerente i Modelli Organizzativi delle AFT, è stata realizzata unicamente con figure interne alle ASL e a Regione senza il contributo della medicina generale: il suo contenuto è stato “**illustrato**” al Comitato Regionale per la medicina generale ma **MAI** sottoposto alla necessaria e doverosa approvazione formale.

- Vengono chiesti obblighi informativi relativi all’inserimento in tempi strettissimi dei profili personali dei nostri pazienti nel Fascicolo Sanitario Elettronico sottovalutando e sottostimando l’impegno organizzativo, economico e clinico che tale attività comporta, le responsabilità sotto il profilo medicolegale che ne derivano e la mancanza della prevista formazione rivolta ai professionisti interessati finanziata, peraltro, dal governo centrale.
- Le Aziende Sanitarie Locali, con molta fantasia, cercano modalità di riempimento delle Case della Comunità sfruttando i medici a rapporto orario e i nuovi colleghi a ruolo unico, neolaureati senza le dovute garanzie di un formale accordo e con irrituali fughe in avanti che, nelle more della adozione di un valido AIR, ipotizzano scenari assolutamente discutibili e privi di riscontri normativi.
- Regione Lazio con una serie di delibere, impegna risorse per effettuare nelle farmacie territoriali esami diagnostici, proponendo di fatto una sperimentazione “**per il coinvolgimento delle farmacie nel contribuire alla realizzazione del modello regionale di medicina di iniziativa**”..... Attività proprie della medicina generale che vengono appaltate ai farmacisti senza essere inserite nella proposta di AIR fatta pervenire alle organizzazioni sindacali per la medicina generale
- Regione Lazio con nota 34522 del 15 gennaio 2026, inviata alle Aziende Sanitarie Locali di fatto disdetta le Unità di Cure Primarie previste dagli accordi integrativi vigenti non ancora sostituiti da nuovi accordi
- Viene inserita la **deprescrizione** di farmaci come fattore premiante tra gli indicatori della quota variabile, creando presupposti in grado di minare il rapporto fiduciario con il cittadino

Tutto ciò premesso

L’Intersindacale della Medicina Generale, a seguito della trasmissione dell’ultima bozza di Accordo Integrativo Regionale (AIR) Lazio 2026, ritiene necessario formulare alcune osservazioni di merito.

L’analisi che segue **non intende mettere in discussione l’impianto riformatore del DM 77**, né il suo obiettivo, pienamente condiviso, di rafforzare l’assistenza territoriale e superare un modello ospedale-centrico non più adeguato ai bisogni di salute della popolazione, l’intento è invece quello

di **verificare la coerenza applicativa** tra i principi fondanti del DM 77 e le soluzioni organizzative ed economiche proposte dalla bozza di AIR, con particolare riferimento a:

- prossimità delle cure,
- garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA),
- presa in carico dei pazienti cronici,
- ruolo e valorizzazione della Medicina Generale,
- sostenibilità ed equità del sistema dei pagamenti.

1. Prossimità delle cure: Centralità delle Case Hub e rischio di centralizzazione

- Il DM 77 individua nella **prossimità delle cure** uno degli elementi fondanti del nuovo modello di assistenza territoriale, prevedendo una rete articolata di servizi diffusi, accessibili e capaci di intercettare il bisogno di salute prima che esso si trasformi in emergenza.
- Nella bozza di AIR Lazio tale principio viene correttamente richiamato sul piano concettuale, ma **non trova una declinazione organizzativa coerente e funzionale**.
- In particolare, appare evidente una **sottovalutazione del ruolo delle Case della Comunità Spoke**, che nel DM 77 rappresentano lo strumento principale per garantire prossimità nei territori periferici, interni e ad alta complessità socio-assistenziale.

L'impostazione della bozza di AIR concentra l'attenzione quasi esclusivamente sulle **Case della Comunità Hub**, con il rischio concreto di:

- accentuare processi di centralizzazione dei servizi,
- ridurre l'accessibilità reale alle cure,
- allontanare l'offerta sanitaria dal cittadino, in particolare da quello fragile.

Ne deriva una criticità di fondo: **come si realizza la prossimità delle cure se il livello Spoke non viene strutturato, valorizzato e reso operativo?**

2. DEFINIZIONE DEI LEA DELLA MEDICINA GENERALE E COLLEGAMENTO ALLA QUOTA INCREMENTALE REGIONALE

Per la definizione dell'AIR regionale, costituiscono LEA della Medicina Generale le seguenti macro-aree funzionali:

A. Prevenzione primaria e secondaria

1. Promozione e somministrazione delle vaccinazioni previste dal Piano Nazionale e Regionale di Prevenzione:
 - Vaccinazione antinfluenzale
 - Vaccinazione anti-pneumococcica

- Vaccinazione anti-Herpes Zoster
 - HPV
 - Recupero soggetti fragili non vaccinati
2. Partecipazione attiva ai programmi di screening oncologico:
 - Mammografia
 - Screening colon-retto
 - Screening cervicale
 3. Identificazione e monitoraggio dei fattori di rischio cardiovascolare.

B. Presa in carico della cronicità

1. Stratificazione della popolazione assistita per livello di rischio.
2. Predisposizione e aggiornamento del Piano Assistenziale Individuale (PAI) per i pazienti cronici complessi.
3. Monitoraggio periodico degli indicatori clinici per:
 - Diabete (HbA1c)
 - Ipertensione arteriosa
 - Dislipidemia
 - BPCO
 - Scompenso cardiaco
 - Demenza in fase iniziale
4. Interventi finalizzati alla riduzione delle ospedalizzazioni evitabili.

C. Appropriatezza e governo della domanda

1. Riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso.
2. Verifica dell'aderenza terapeutica e dell'appropriatezza prescrittiva . Riconciliazione farmacologica.
3. Esecuzione degli esami di 1° livello previsti dai PDTA
4. Prenotazione in cooperazione applicativa e per il tramite delle centrali infermieristiche degli esami di II livello previsti dal PDTA
5. Educazione sanitaria e counseling strutturato

3. Disparità contrattuali e disomogeneità nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria

L'impianto dei **pagamenti differenziati** previsto dalla bozza di AIR introduce una **marcata disomogeneità di trattamento economico all'interno del Ruolo Unico di Assistenza Primaria**, in evidente contraddizione con il principio di unificazione dei ruoli.

In particolare:

- ai medici del Ruolo Unico viene attribuita una quota dedicata alle AFT (segreteria, infermiere, supporto organizzativo) con tetto massimo pari a **12 euro per paziente/anno**, configurando un sistema di riconoscimento rigido e standardizzato;

- parallelamente, i medici a quota capitaria in servizio prima del 1° gennaio 2025 mantengono le indennità precedentemente riconosciute, riproducendo di fatto le differenze storiche della ex quota UCP.
- **L'ex continuità assistenziale viene ulteriormente penalizzata addirittura con una riduzione degli emolumenti**

Questo meccanismo rischia di **cristallizzare disparità economiche non più giustificabili**, generando una frattura tra professionisti formalmente appartenenti allo stesso ruolo.

4. Quota incrementale e squilibrio Hub–Spoke

Ulteriore elemento critico è la previsione di riconoscere la **quota incrementale per le attività orarie esclusivamente ai medici operanti nelle Case della Comunità Hub**, in assenza di una reale definizione e attuazione delle Case della Comunità Spoke.

Tale scelta:

- incentiva la concentrazione delle attività nei contesti Hub,
- indebolisce la medicina di prossimità,
- orienta le scelte professionali in direzione opposta agli obiettivi del DM 77.

5. Diagnostica di primo livello: assenza di una strategia strutturata

Un ulteriore elemento di rilevante criticità riguarda la **diagnostica di primo livello**.

La bozza di AIR vi fa solo un riferimento marginale, senza inserirla in una strategia complessiva, nonostante:

- la carenza strutturale di specialisti,
- l'aumento delle liste d'attesa,
- le difficoltà di accesso dei cittadini alle prestazioni di base.

In assenza di una chiara collocazione della diagnostica di primo livello nel setting della medicina generale e delle strutture territoriali, la medicina di prossimità rischia di restare **un enunciato privo di strumenti operativi**.

6. Presa in carico dei pazienti cronici: mandato non definito

La bozza di AIR **non affida un mandato chiaro e strutturato** alle AFT e ai Medici di Medicina Generale per la presa in carico dei pazienti cronici.

Manca così il **vero valore aggiunto** che un AIR dovrebbe garantire: affrontare la principale emergenza sanitaria del Paese, rappresentata da:

- invecchiamento della popolazione,

- aumento dei pazienti cronici multipatologici,
- necessità di una presa in carico continuativa e proattiva.

7. Il rischio sistemico: strutture senza contenuti

Alla luce delle criticità evidenziate, emerge un rischio sistemico evidente.

In assenza di:

- un mandato clinico chiaro,
- strumenti diagnostici e organizzativi adeguati,
- una valorizzazione del ruolo del MMG,

le Case della Comunità rischiano di trasformarsi in **muri vuoti di contenuti**, con un capitale umano privo di un ruolo clinico definito.

8. Il ricollocamento del personale medico in caso di disabilità, malattia o infortunio

È inderogabile prevedere forme di tutela del personale medico che, in seguito a evento negativo per il proprio stato di salute, diventi parzialmente inidoneo alle funzioni ordinarie dell'attività come declinate, e quindi andrebbero previsti sistemi di ricollocamento professionale all'interno del ruolo unico, per impiegare in modo diverso, ma altrettanto valido una risorsa professionale, spesso anche di esperienza, a garanzia del medico e della stessa amministrazione.

9. La sicurezza sul lavoro.

Nello scenario che si va a configurare è indispensabile garantire ai medici validi standard in materia di sicurezza a salute sul lavoro, altrimenti la figura del medico di medicina generale sarebbe ingiustificatamente discriminata rispetto agli altri operatori che con lui costituiscono *il team* aziendale di assistenza nelle stesse partizioni operative. Particolare attenzione dovrà essere inoltre rivolta alle problematiche legate alla genitorialità

10. La razionalizzazione dell'attuale scenario lavorativo.

Poiché si va a superare un modello ultradecennale di metodologia lavorativa, al fine di evitare inopinate stratificazioni di adempimenti risalenti a vecchie logiche, va attuata preliminarmente, e poi continuativamente, una tipologia di riconciliazione tecnico burocratica, per eliminare le ridondanze inutili, gli adempimenti ingiustificati e tutte gli impedimenti amministrativo burocratici che già frenano molto l'attività clinica, e che nel nuovo scenario diventano inconciliabili totalmente con la nuova mission operativa.

11. Riconoscimento delle zone disagiate e disagiatissime

Nella bozza AIR presentata non vengono valorizzate economicamente le zone disagiate e disagiatissime tra le quali potrebbero essere inserite le carceri

Considerazioni conclusive

L'Intersindacale della Medicina Generale ritiene pertanto indispensabile una revisione sostanziale della bozza di AIR Lazio, affinché:

- La prossimità delle cure sia reale e non solo dichiarata,
- I LEA siano garantiti in modo uniforme,
- La diagnostica di primo livello sia integrata nella medicina territoriale,
- La presa in carico della cronicità sia affidata con mandato chiaro alle AFT e ai MMG,
- Il sistema dei pagamenti sia equo e coerente con il Ruolo Unico.

Solo in questo modo l'AIR potrà rappresentare uno strumento capace di affrontare le vere emergenze sanitarie del presente e del futuro e non una cornice organizzativa priva di contenuti clinici.

Restiamo fiduciosi che Regione Lazio sappia recepire quanto rappresentato in questo documento, in caso contrario, le OOSS della medicina generale trarranno le dovute considerazioni.

Le OOSS della medicina Generale

FIMMG Lazio

SMI Lazio

SNAMI Lazio

FMT Lazio

CISL Medici Lazio

