

PREINTESA

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE MEDICI DI MEDICINA GENERALE ANNO 2021

PREMESSA

Nel riconfermare le motivazioni di cui all' AIR 2020 si evidenzia che l' AIR 2021 si inserisce in un contesto di valorizzazione delle cure primarie, dei professionisti e delle strutture operanti nel territorio. Questo percorso si rende altresì necessario in prospettiva futura, visto il ricambio generazionale in corso nella Medicina Generale nonché in coerenza con le linee di sviluppo dell'assetto del sistema socio sanitario lombardo delineate dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 di cui alla D.G.R. XI 4811/21.

Risulta peraltro necessario nel biennio 2021 – 2022 condividere e delineare uno scenario di evoluzione del ruolo della Medicina Generale, implementandone i contenuti e generando altresì sistemi di relazione con gli altri livelli di cura che salvaguardino la specificità delle Cure primarie e, nello specifico, della Medicina Generale.

L'obiettivo rimane quello di generare modalità di lavoro tali che nel solco dell'appropriatezza e del rispetto "deontologico" sia valorizzato il ruolo proprio di ciascuno, nel "triangolo" Paziente, Medico di Medicina Generale (Medico di Continuità Assistenziale) e Medico Specialista.

Con D.G.R. XI/4225 del 25 gennaio 2021 è stata approvata la pre-intesa avente per tema la partecipazione alla campagna di vaccinazione anti-SARSCOV-2/COVID-19 che ha definito:

- 1) l'apporto dei medici per il governo clinico in relazione alla vaccinazione anti-SARSCOV-2/COVID-19;
- 2) Il riconoscimento della tariffa legata alla somministrazione del vaccino;
- 3) Il sistema premiante per le attività connesse alla vaccinazione.

L' AIR 2021 entra nel merito di alcune aree di lavoro, di carattere sia professionale che strutturale, per le quali si forniscono gli elementi di indirizzo che, a partire dal presente accordo, saranno oggetto di sviluppo nel biennio, secondo le indicazioni generali di cui alla D.G.R. XI 4811/21 e della conseguente definizione dell'apporto, del ruolo e delle responsabilità del MMG evitando replicazioni inutili dei servizi:

- a) partecipazione all'attività delle equipe territoriali delle cure primarie anche attraverso le loro aggregazioni funzionali AFT/ CRT;
- b) partecipazione attiva all'organizzazione delle Strutture di ASST che dovranno realizzare una forte integrazione tra territorio e ospedale, anche sulla base delle esperienze maturate nei centri COVID territoriali e che dovrebbero portare alla realizzazione/implementazione dei PRESST/Distretti/Case di Comunità, Presidi territoriali ad alta integrazione professionale;
- c) collaborazione e valorizzazione degli Infermieri di famiglia e comunità che allo stato attuale fanno riferimento ad ASST;
- d) collaborazione con i Medici Specialisti operanti nelle strutture ospedaliere e i Medici Specialisti Ambulatoriali quali riferimenti professionali;
- e) possibilità di avvalersi di società di servizio/forme complesse della medicina generale (cooperative);
- f) partecipazione all'attività nelle degenze di comunità che possono costituire una opzione significativa nella gestione dei pazienti in situazioni di instabilità clinica;
- g) collaborazione con la rete delle farmacie sul territorio.

Tutto ciò premesso, le parti concordano di prorogare nella parte economica e normativa quanto contenuto nei precedenti Accordi Integrativi Regionali a partire da quanto in essere, comprensivo anche di quanto siglato nel 2021 di cui alla D.G.R. XI/4225 avente oggetto "Approvazione della pre-intesa sull'accordo integrativo regionale di Medicina Generale per la partecipazione alla campagna per la somministrazione del vaccino anti-SARSCOV-2/COVID-19" con le seguenti modifiche/integrazioni.

1. GOVERNO CLINICO

1.1. Progetti di governo clinico anno 2021

La pre-intesa del gennaio 2021 aveva indicato come progetto qualificante la sensibilizzazione e il reclutamento alla somministrazione del vaccino anti-SARSCOV-2/COVID-19. Il predetto accordo, peraltro, nel ribadire la volontarietà dell'adesione aveva dato indicazione che le altre opzioni di partecipazione al governo clinico 2021 sarebbero state poi definite nell'ambito dell' AIR 2021 .

Atteso che la partecipazione alle attività connesse alla vaccinazione anti-SARSCOV-2/COVID-19 è considerata azione deontologicamente doverosa, e considerato:

- il **livello** di adesione manifestato dai Medici di Medicina Generale (superiore al 70% a livello regionale),
- la necessità di favorire la significativa ripresa dell'attività specialistica ospedaliera per l'assistenza dei pazienti No Covid,
- la eventuale necessità di una rivaccinazione di "richiamo" anti-SARSCOV-2/COVID-19,

si reputa necessario favorire ogni possibile iniziativa per perseguire l'obiettivo del pieno coinvolgimento di tutti i Medici di Medicina Generale al piano vaccinale anti SARS-Cov-2/COVID-19.

A tal fine si concorda quanto segue:

ai medici di medicina generale non partecipanti al Governo clinico di cui alla D.G.R. XI 4225/21, deve essere offerta la possibilità di partecipare alle azioni definite in sede di ATS in termini non solo di sensibilizzazione ma anche di somministrazione ai propri assistiti della vaccinazione antinfluenzale (e delle concomitanti altre attività di immunizzazione individuale) e della eventuale rivaccinazione anti-SARSCOV-2/COVID-19. A costoro verranno riconosciute le quote di governo clinico esclusivamente a saldo.

2. ACCORDI INTEGRATIVI AZIENDALI

Le ATS dovranno stipulare gli Accordi aziendali entro il 15 ottobre 2021, nei quali dovranno individuare le attività che intendono assicurare con la quota RAR di 0,81 €/assistito e la ripartizione dei costi per tipologia di attività.

Si conferma quanto già evidenziato nell'AIR del 2020 ove veniva precisato che per "tipologia di attività" si intendono nel dettaglio i livelli di costo attualmente in essere delle forme associative (medicina di rete e medicina di gruppo) e del personale (collaboratore di studio/infermiere) che quindi costituiranno fondi di riferimento per eventuali ulteriori e futuri sviluppi e integrazioni.

3. ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE DELL'OFFERTA DELLE CURE PRIMARIE

3.1. CENTRI RIFERIMENTO TERRITORIALI

Nel riconfermare le disposizioni relative ai CRT anche per l'anno in corso, si conviene che questi ultimi rappresentino una modalità di lavoro in aree geografiche omogenee, in grado di fornire al Dipartimento di Cure Primarie e al Comitato Aziendale strumenti per la gestione, condivisa con ATS e ASST, delle questioni che riguardano le tematiche inerenti la Medicina generale. In particolare dovranno essere previsti all'interno dei CRT momenti di confronto anche in tema di appropriatezza dei percorsi terapeutici e di governo clinico.

Per il rinnovo dei coordinatori dei CRT si prevede che gli stessi siano nominati dalle ATS sulla base di una rosa di tre MMG, proposti dal Comitato aziendale.

3.2. SVILUPPI ORGANIZZATIVI PER LA COSTITUZIONE DI EQUIPE MULTIPROFESSIONALI

DGW, anche in relazione agli sviluppi possibili di cui alla DGR XI/4811/21, intende continuare a supportare gli ulteriori sviluppi organizzativi e pertanto si ritiene che:

- le risorse già assegnate alle diverse ATS con l'accordo 2020 e non ancora completamente utilizzate dovranno essere utilizzate dalle predette ATS per il riconoscimento del personale di studio e delle medicine di gruppo e di rete a tutt'oggi già costituite ed attive;
- atteso che le risorse messe a disposizione dal comma 468 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2020, n. 178 nella misura di un fondo pari a € 4.000.000 hanno valore solo per l'esercizio corrente, si conviene che tali risorse possano essere impegnate per un valore di € 1.500.000 per l'acquisizione di nuovo personale infermieristico e per il restante importo di € 2.500.000 per il riconoscimento di una quota aggiuntiva pari a € 0,80 per assistito per i MMG che dichiareranno un incremento del 20% della presenza oraria del personale infermieristico, nell'ultimo trimestre 2021, rispetto ai requisiti orari minimi in essere.

Queste risorse saranno assegnate ai soggetti che offriranno il loro supporto alla campagna vaccinale anti-SARS- CoV-2 (comprensiva dei richiami), e alle vaccinazioni antinfluenzali con proprio personale, dato che la partecipazione alle attività vaccinali da parte del MMG si ritiene che porti alla necessità o di acquisire nuovo personale infermieristico o di incrementare l'orario di attività del personale infermieristico presente.

Quanto sopra riassume le indicazioni di cui alla pre-intesa relativamente all'accordo integrativo regionale medicina generale "partecipazione alla campagna per la somministrazione del vaccino ANTI-SARS-COV-2/COVID-19" di cui alla DGR 4225/21 che così

recita:

La somministrazione del vaccino nel proprio studio ovvero in altri spazi esterni allo studio comporta anche un impegno orario aggiuntivo per il personale che collabora con i medici; questo anche nel caso che i medici si avvalgano per le attività di supporto delle forme associative complesse della medicina generale (cooperative) e le Società di Servizio. Allo scopo viene istituito un fondo a livello regionale pari € 1.500.000,00 comprensivo di oneri, da destinare all'incremento del 20% della presenza oraria del personale di studio rispetto ai requisiti orari minimi in essere ed atta a supportare nell'anno 2021 il medico di medicina generale nella somministrazione del vaccino nel proprio studio o nelle sedi esterne.

4. PRESA IN CARICO, TELEMEDICINA

Nel condividere la necessità di un confronto rispetto agli sviluppi della PIC anche in relazione alle linee di sviluppo del SSR di cui alla D.G.R. XI 4811/21 e s.m.i., si riconfermano i valori economici connessi alla formulazione da parte del MMG di un PAI.

Tale confronto dovrà tenersi entro il mese di ottobre in relazione al prossimo esercizio e valutando l'operatività dei centri servizi in relazione alla riprogrammazione delle visite specialistiche.

La DGW, all'interno delle linee di sviluppo della medicina territoriale, da una parte prevede di valorizzare e favorire le attività di tele-monitoraggio domiciliare effettuate autonomamente dalle forme associative complesse della medicina di famiglia, dall'altra ricercherà soluzioni per l'avvio di sperimentazioni in tema di trasmissione di segnali biomedici, coinvolgendo le ASST.

5. QUALIFICAZIONE DEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE: SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Si confermano le indicazioni di cui all'AIR 2021 in merito all'informatizzazione del servizio di continuità assistenziale.

Si prevede inoltre di riattivare il tavolo di confronto previsto nell'AIR 2019 al fine di meglio strutturare il ruolo del Medico di Continuità Assistenziale all'interno delle attività di Assistenza Primaria anche in relazione all'evoluzione della riforma della legge sanitaria regionale.

6. ALTRE INDICAZIONI

- 1) Viene istituito un gruppo di lavoro regionale per la definizione di un documento condiviso con MMG/PLS e rappresentanti di ATS e ASST sul ruolo degli infermieri di famiglia e sui meccanismi di accesso ed integrazione dei medici nelle strutture della rete territoriale. Ai partecipanti individuati dal Comitato Regionale sarà riconosciuto quanto previsto in tema di partecipazione a gruppi tecnici.
- 2) Quanto previsto dalle disposizioni regionali in tema di subentro non deve essere applicato automaticamente ma deve essere ricondotto a una valutazione complessiva da parte di ATS e Comitato Aziendale rispetto al contesto generale, che tenga anche conto della cronologia delle domande di adesione a forme associative e/o di acquisizione di personale di studio in attesa di definizione.
- 3) Regione si impegna a definire modalità semplificate di prescrizione a carico degli MMG di protesi e ausili sul sistema di Assistant RL.
- 4) Regione si impegna a definire modalità volte al superamento del sistema SAR (Sistemi di Accoglienza Regionali) per il passaggio al sistema (SAC Sistemi di Accoglienza Centrale), in funzione della garanzia di omogeneità nell'ambito dell'assistenza farmaceutica.
- 5) Preso atto dei contenuti dell'AIR 2020 laddove si *auspica che l'infermiere di famiglia possa opportunamente collaborare con le Agenzie per costruire un'analisi del bisogno della comunità collaborando anche con il sistema socio assistenziale che fa riferimento ai Comuni*, si dà mandato ad ATS di stipulare accordi con le ASST per l'integrazione degli infermieri di famiglia con il medico di medicina generale che rimane il gestore del piano di cura del paziente territoriale. Quanto sopra sia per l'attivazione diretta dell'infermiere di famiglia sia per la gestione delle dimissioni in pazienti fragili e in tutte le altre situazioni laddove è necessaria una supervisione di natura assistenziale. Resta inteso che l'infermiere di famiglia costituisce un'opzione alternativa all'infermiere del medico di medicina generale a cui sono demandati anche compiti di sorveglianza domiciliare qualora ritenuti necessari dal medico di medicina generale del paziente.