

PREINTESA SULL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE MMG ANNO 2019

Con riferimento al principio ispiratore della LR 33/2009, come modificata dalla LR 23/2015, dell'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso, all'interno di un sistema sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato nelle sue componenti e organizzato in reti di offerta in grado di garantire appropriatezza clinica e organizzativa e continuità dell'assistenza la medicina territoriale, che già rappresenta per l'assistito il luogo di primo accesso alle cure, assume un ruolo fondamentale nella sua dimensione proattiva per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili, in aderenza al Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.)

Il modello organizzativo lombardo delineato a partire dal 2017 è stato ulteriormente perfezionato grazie al confronto con i Presidenti degli Ordini dei Medici delle province Lombarde che ha dato vita al documento approvato con D.G.R. n. XI/754 del 5.11.2018, nel quale viene riconosciuto al MMG il ruolo di clinical manager, cioè di diretto referente clinico dei propri assistiti e come tale redattore del PAI con la sola esclusione dei pazienti monopatologici o polipatologici complessi per i quali il medico specialista sia il referente più qualificato.

Ciò in coerenza anche con gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale approvato il 21 giugno 2018, tra i quali è prevista l'attuazione del Piano Nazionale Cronicità attraverso la previsione nell'Accordo integrativo regionale, in coerenza con le scelte di programmazione regionale, dell'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente. Gli AA.II.RR, nel rispetto del P.N.C., definiscono altresì il ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini."

Le parti concordano di prorogare l'Accordo Integrativo Regionale 2018 per il 2019 nella parte economica e normativa, con le modifiche/integrazioni di seguito descritte.

ACCORDI AZIENDALI

Le ATS dovranno stipulare gli Accordi aziendali entro il 31 maggio 2019, nei quali dovranno individuare le attività che intendono assicurare con la quota RAR di 0.81€/assistito dettagliando la ripartizione delle stesse fra voci previste nel precedente AIR.

PROGETTI DI GOVERNO CLINICO

Il MMG, affinché sia assolto l'obiettivo di governo clinico, deve aderire ad uno dei seguenti progetti:

- 1) Progetto: Chiamata proattiva dei propri assistiti qualificati come "pazienti cronici" ai fini della presa in carico;

Obiettivi: a) Valutazione dei propri assistiti individuati dalla ATS come cronici e verifica della corretta classificazione e individuazione di questi ultimi. b) Considerato che nell'anno 2019, a differenza del 2018, gli assistiti non riceveranno una comunicazione diretta da parte di ATS, è affidato ai Medici di Medicina Generale il compito di chiamare attivamente i pazienti cronici già reclutati per proporre loro il rinnovo, nonché i pazienti che ancora non sono stati arruolati per illustrare la proposta e invitarli ad aderire al modello regionale della presa in carico.

Indicatore:

- Ai medici aderenti alla PIC nel corso del 2019 per il primo anno, adesione alla presa in carico per almeno il 30% dei propri assistiti cronici arruolabili e redazione dei relativi PAI completi dell'offerta vaccinale (ove prevista dal piano regionale vaccini).
- Ai medici aderenti alla PIC nel corso del 2018 che nel predetto anno non abbiano raggiunto la percentuale del 30% di adesione dei propri assistiti, adesione alla presa in carico e redazione del relativo PAI completi dell'offerta vaccinale (ove prevista dal piano regionale vaccini) per almeno il 30% con un incremento comunque non inferiore al 10% sul totale dei pazienti cronici in carico;
- Ai medici aderenti alla PIC a partire dal 2018 che nel corso del medesimo anno abbiano già raggiunto il 30% di adesione degli assistiti, nel corso del 2019 oltre al rinnovo dei PAI 2018 adesione e redazione dei relativi PAI completi dell'offerta vaccinale (ove prevista dal piano regionale vaccini) ad almeno il 15% dei propri assistiti cronici non ancora arruolati;
- Ai medici aderenti alla PIC a partire dal 2018 che nel corso del medesimo anno abbiano già raggiunto il 70% di adesione degli assistiti, nel corso del 2019 mantenimento del risultato ottenuto nella annualità precedente

compresi i rinnovi completi dell'offerta vaccinale (ove prevista dal piano regionale vaccini).

2) Progetto Partecipazione all'offerta vaccinale

Obiettivo: fermo restando che l'obiettivo minimo fissato dai LEA prevede la copertura vaccinale antinfluenzale ad almeno il 75% della popolazione target, partecipazione attiva all'offerta vaccinale (campagna vaccinazione antinfluenzale) prevista dal piano regionale di prevenzione vaccini 2017/2019, e collaborazione al raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti dai LEA.

Indicatore: l'Accordo Integrativo Aziendale deve prevedere:

- Incremento a livello aziendale dell'adesione alla campagna vaccinale per la popolazione target rispetto al risultato dell'anno precedente del 20% oppure fino al raggiungimento del livello minimo di copertura previsto dai LEA;
- Modalità di rilevazione dell'avvenuto contatto ed invito a partecipare alla campagna vaccinale da parte del singolo medico ad almeno il 75% della popolazione in età \geq a 65;
- Valutazione della partecipazione attiva del singolo al raggiungimento dell'obiettivo Aziendale;
- Clausole di salvaguardia per documentata impossibilità a reperire il vaccino e computare nel totale degli assistiti vaccinati anche quelli che aderiscono alla campagna vaccinale tramite canali alternativi, documentabili, al Medico di Assistenza Primaria.

3) Progetto: Partecipazione ai programmi di screening oncologici

Obiettivo: Partecipare attivamente ai programmi di screening per il tumore di mammella, colon-retto e cervice uterina al fine di contribuire all'incremento dell'adesione.

Indicatore: I medici partecipanti al progetto contatteranno ed inviteranno ad aderire almeno il 80% dei propri assistiti target che non hanno risposto nell'anno 2018 alla chiamata attiva dei centri screening delle ATS, secondo modalità di partecipazione del singolo e di rilevazione dell'apporto individuale definite in sede di Accordo Integrativo Aziendale. Per tale attività ATS si impegna a produrre le liste degli assistiti che non hanno effettuato lo screening. L'indicatore sopra definito viene valutato positivamente in presenza di attestazione di avvenuta chiamata dell'assistito e di un incremento dell'adesione alle linee di screening attivate a livello Aziendale di almeno il 5%

dei propri assistiti target che non hanno aderito allo screening o degli assistiti target che non hanno aderito allo screening dei Medici partecipanti alla presente linea progettuale. Nella elaborazione del progetto le ATS dovranno ricomprendere anche le segnalazioni di avvenuta effettuazione della prestazione in un ambito non a carico del Servizio Sanitario Regionale.

I progetti dovranno contenere obiettivi e indicatori certi e misurabili, permettere una valutazione quali-quantitativa sia dei risultati raggiunti che dell'attività del singolo medico. Qualora le progettualità prevedano anche interventi di tipo formativo dovrà essere certificata l'effettiva partecipazione del medico a corsi di formazione coerenti con l'obiettivo scelto.

Le ATS potranno utilizzare gli eventuali residui di governo clinico su uno o più progetti di seguito individuati a titolo indicativo definendo degli indicatori di esito oggettivamente misurabili:

- 1) Antibioticoresistenza: progettualità di Agenzia tenendo conto delle indicazioni regionali;
- 2) Presa in carico degli assistiti in terapia con anticoagulanti orale;
- 3) Rilascio della certificazione ai fini dell'esenzione per patologia da parte dei MMG;
- 4) Prescrizione informatizzata dei presidi per l'assistito affetto da diabete;
- 5) Prescrizione informatizzata degli ausili;
- 6) Partecipazione a rete attiva per progetto "Medici per l'ambiente";
- 7) Partecipazione a progetti nelle scuole di educazione alla salute e/o al buon utilizzo del SSN (curvatura biomedica, corretti stili di vita, ecc...);
- 8) Progetto di disassuefazione del fumo di sigaretta.

Le ATS individueranno i progetti previa intesa in sede di Comitato Aziendale entro il 30 maggio 2019 e li invieranno alla competente struttura della Direzione Generale Welfare entro il 31 maggio 2019. Qualora si ritenessero necessarie modifiche o integrazioni ai progetti presentati, saranno richieste dalla competente struttura della DG Welfare entro il 15 giugno 2019 previo confronto con il Comitato regionale MMG.

Entro il 31 luglio 2019 agli aderenti al progetto di governo clinico verrà corrisposto il 50% della somma prevista dal vigente ACN a titolo di anticipazione, a seguito dell'avvenuta adesione al progetto e all'avvio delle relative attività. Il riconoscimento dell'emolumento legato al raggiungimento degli obiettivi, previa verifica del nucleo di valutazione aziendale, sarà corrisposta a saldo proporzionalmente al raggiungimento degli obiettivi fissati e nel rispetto delle indicazioni già fornite con i precedenti accordi.

CARENZA MEDICI

In riferimento alla carenza di medici derivanti dalla cessazione sempre maggiore di MMG e all'inserimento insufficiente di MMG, si richiamano le disposizioni contenute nell'Accordo Integrativo Regionale sottoscritto in data 24 gennaio 2018 e approvato con D.G.R. n. 7851 del 12/02/2018.

Inoltre si precisa che l'autolimitazione non può essere inferiore al rapporto ottimale determinato con l'AIR del 5 ottobre 2011, approvato con D.G.R. n. IX/2382 del 20/10/2011. Nel caso in cui invece la limitazione del massimale sia determinata da attività libero-professionale strutturata, si consente alle ATS di autorizzare, sentito il Comitato aziendale, la limitazione fino a 1000 scelte soltanto in presenza di attività compatibili necessarie al sistema del SSR.

Non è previsto il riconoscimento di nuove indennità di personale di studio ai medici con limitazione per attività compatibile non necessaria al sistema del SSR. Si rammenta inoltre che non è previsto il riconoscimento di indennità di forme associative ai medici con limitazione per attività di libera professione strutturata (rif. Art.54 ACN 2009). Pertanto, sarà compito delle ATS verificare le disposizioni dell'art. 54 del vigente ACN e comunicare al medico che, qualora non rispettasse tali requisiti, avrà un mese di tempo per sanare la situazione. In caso contrario l'ATS provvederà automaticamente alla revoca delle indennità.

Si rammenta inoltre che il mantenimento delle indennità di forma associativa e personale di studio è subordinata ai due requisiti previsti nell'AIR 2009 -2010 (effettiva disponibilità e aggiornamento della Carta dei servizi e adesione ai progetti di governo clinico). Analogamente al punto precedente le ATS verificheranno la sussistenza dei requisiti richiamati e salvo preventiva comunicazione al medico procederanno alla revoca delle indennità se entro un mese il medico non avrà adempiuto.

REMUNERAZIONE PAI 2019

A seguito dell'avvio del percorso di presa in carico della cronicità che dal Mese di aprile del 2018 ad oggi ha visto la realizzazione di 200.000 PAI e la raccolta di circa 300.000 manifestazioni di interesse ad aderire, si possono fare delle prime valutazioni nel merito dell'impegno richiesto per la stesura del PAI, che rappresenta il tempo zero della presa in carico e che è l'occasione per effettuare con il paziente un importante ed unico lavoro di raccordo anamnestico e di riconciliazione delle terapie farmacologiche in atto e delle attività di follow up già in corso ma non integrate e coordinate tra loro.

Si tratta quindi di un momento di grande valenza clinica che necessita di integrare tra loro varie informazioni sugli stili di vita, sui fattori di rischio e sulle diverse terapie ed attività diagnostiche in corso.

Nel nomenclatore ambulatoriale vigente non è presente una prestazione con questa denominazione né una prestazione che approssimi l'atto di redazione del PAI. Si può altresì prendere come riferimento operativo e di impegno di risorse la visita di controllo e, sulla base delle considerazioni sopra esposte, si ritiene che il compenso da corrispondere per la stesura del PAI passi dai 10 ai 15 euro e che questa remunerazione debba valere sia per i PAI di nuova redazione sia per i rinnovi annuali dello stesso.

La D.G.R. n. XI/754 del 5/11/2018 amplia la possibilità anche al medico in forma singola di aderire al modello regionale in qualità di clinical manager e redattore del PAI per i propri assistiti.

ATTUAZIONE ACN 21 GIUGNO 2018 – pubblicazione ambiti carenti e graduatorie aziendali

Si concorda sulle indicazioni contenute nell'accordo collettivo nazionale 2018 in tema di pubblicazione di incarichi vacanti.

Con riferimento all'art. 15 comma 6 dell'ACN, le ATS dovranno pubblicare avviso per graduatorie aziendali entro il 15 febbraio (a partire dal 2020) al fine di disporre della graduatoria aziendale entro la data di pubblicazione degli ambiti carenti. La graduatoria aziendale ha validità annuale.

SPERIMENTAZIONE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)

A seguito dell'entrata in vigore della legge 189/2012, in questa Regione è stato avviato un percorso di confronto con le OO.SS per l'attuazione della riforma territoriale prevista nella predetta legge in sinergia con la definizione del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale che ne avrebbe definito i contenuti normativi ed economici. Con l'Accordo Integrativo regionale 2014 sono stati definiti i criteri per la prima individuazione delle Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) da parte delle ex ASL:

- a. riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale;
- b. dimensione coerente con le condizioni oro-geografiche del territorio, ricompresa tra un minimo di 15.000 assistiti – circa 10 medici - nelle aree territoriali a elevata rarefazione abitativa e un massimo di 60.000 assistiti – circa 40 medici - nelle aree territorialmente omogenee a elevata densità abitativa;
- c. individuazione di una sede di riferimento che coincida con una/la associazione di medicina di gruppo o con uno studio o una sede indicata dalla ASL idonea in prospettiva a ospitare attività di altri medici e personale di studio;
- d. integrazione del medico di continuità assistenziale nell'attività delle cure primarie prevedendo quale elemento che ulteriormente garantisce la continuità dell'assistenza una relazione strutturata di quest'ultimo con i medici di assistenza primaria e le forme associative strutturate di questi ultimi.

Per individuare correttamente i medici facenti parte delle AFT le ex ASL dovevano verificare l'ubicazione dei singoli studi e la presenza di associazioni già attive al fine di mantenere o realizzare con la AFT un ulteriore vantaggio per i pazienti in termini di accessibilità agli studi (vicinanza tra gli studi, condizioni orogeografiche, di viabilità), cercando di inserire, qualora presente, almeno una medicina di gruppo. Le ex ASL hanno definito la mappatura delle AFT che le ATS hanno successivamente rivisto e/o riconfermato a seguito del mutato assetto territoriale alla luce della LR 23/2015. In questa prima fase la mappatura ha ricompreso soltanto i medici di assistenza primaria rinviando le modalità di inserimento dei medici di continuità assistenziale.

In vista di uno sviluppo delle AFT in armonia con le disposizioni della LR 23/2015 si dà mandato alle ATS rappresentate in Comitato regionale di sviluppare un modello

organizzativo condiviso che possa rappresentare la base di partenza per un confronto in Comitato Regionale e dare avvio ad una successiva sperimentazione su tutto il territorio regionale. Considerato che ogni AFT dovrà fare riferimento ad una UCCP, l'analisi richiesta dovrà prevedere anche il raccordo con le strutture/ articolazioni organizzative già individuate dalla LR 23/2015 (a titolo di esempio POT, PreSST.), ed evidenziare elementi utili alla futura individuazione delle UCCP. La definizione del modello organizzativo sopra delineato dovrà tenere conto anche della presenza sul territorio di AFT della specialistica ambulatoriale già avviate e dovrà essere sviluppata in collaborazione con le ASST del proprio territorio.

Il modello organizzativo sarà presentato in Comitato regionale entro 90 giorni dalla adozione della Delibera di approvazione del presente Accordo.

Inoltre, poiché la Dichiarazione congiunta n. 1 al nuovo ACN del 21 giugno 2018 prevede che nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, in coerenza con la programmazione regionale, vengano definite le modalità organizzative per regolamentare il libero accesso dei pazienti in orari diurni e serali prestabiliti e divulgati ai cittadini, si chiede alle ATS di inviare entro 90 giorni dalla adozione della Delibera di approvazione del presente Accordo alla Struttura regionale competente la propria articolazione oraria e le modalità organizzative previste per gli ambulatori della Continuità assistenziale.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI RESE DAI MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE AI CITTADINI NON RESIDENTI

I medici di continuità assistenziale forniscono al sistema un contributo essenziale nella gestione e nella presa in carico del paziente. Pertanto si confermano le disposizioni normative contenute nell'AIR 2007 e s.m.i. con particolare riferimento alle prestazioni ambulatoriali e domiciliari non differibili ivi comprese quelle rivolte ai residenti fuori ambito. Le parti altresì confermano le disposizioni normative ed economiche dell'AIR 2007 e s.m.i. con la sola eccezione dell'incremento della retribuzione oraria pari a 1€/ora prevista per i Medici di Continuità Assistenziale che, a far dalla adozione della Delibera di Approvazione della presente preintesa non verrà più riconosciuto e si riservano, indicativamente nel mese di novembre, di rivedere gli impatti conseguenti alle indicazioni contenute nei precedenti punti riferiti alla continuità assistenziale. Si precisa inoltre che al fine di garantire la sicurezza degli operatori le attività ambulatoriali dovranno essere organizzate nelle ore serali esclusivamente nella fascia

oraria 20:00 - 23:30 salvaguardando le attività domiciliari nelle restanti ore, oltreché nei diurni prefestivi e festivi in orari concordati con ATS.

INFORMATIZZAZIONE SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Si reputa fondamentale nella prospettiva della integrazione delle cure primarie poter fruire di sistemi informativi integrati al fine di migliorare il raccordo tra Medico di assistenza primaria e Medico di Continuità Assistenziale anche in relazione alla presa in carico della cronicità ovvero delle situazioni di fragilità.

A tal fine ai medici di continuità assistenziale, sarà consentito, quale valore aggiunto alla propria prestazione professionale, l'apertura della cartella informatizzata al momento della richiesta dell'assistenza e al termine delle visite ambulatoriali e domiciliari, il caricamento dell'allegato M sull'FSE di cui una copia cartacea sarà da consegnare all'assistito. Gli oneri economici derivanti dalla messa in esercizio delle postazioni di lavoro, ivi compresi gli applicativi informatici, al fine di assicurare la nuova modalità di redazione dell'allegato M, saranno posti a carico delle ATS. Per l'attività così definita, dalla adozione della Delibera di Approvazione della presente Preintesa verrà riconosciuto ai medici con contratto a tempo determinato e indeterminato un compenso di 77,47€/mese qualora vengano prodotti almeno il 70% degli allegati M in formato elettronico; il valore dell'apporto individuale deve essere calcolato al netto di documentate impossibilità di utilizzo del sistema indipendenti dalla volontà del medico, con modalità di segnalazione da definire in sede di comitato aziendale. Per la remunerazione di detta attività si prevede la spesa massima di 1.590.000€ al lordo delle somme già erogate per l'incremento della retribuzione oraria di 1€/ora riconosciuto con l'accordo 2007 e non più in vigore dalla sottoscrizione del presente accordo. Regione Lombardia alla data di sottoscrizione della presente Preintesa dà mandato alle ATS di completare l'informatizzazione di tutte le prestazioni di Continuità Assistenziale e di avviare con immediatezza un percorso formativo per i medici di continuità assistenziale al fine di coinvolgere da subito il Medico di Continuità Assistenziale nel percorso di integrazione informatica.

I residui dei fondi stanziati per la Continuità Assistenziale dall'AIR 2007 dovranno essere destinati a valorizzare i medici in relazione al numero complessivo di allegati M pubblicati, fatto salvo il livello di raggiungimento individuale previsto. Si prevede detto pagamento entro il mese di aprile 2020.

Nelle more dell'implementazione della strumentazione informatica rimangono vigenti le disposizioni previste dall'ACN.

PROGETTO DI SVILUPPO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Le indicazioni contrattuali così come sopra definite configurano una differente modalità di esercizio dell'attività da parte del medico di continuità assistenziale che rappresenta un primo passo verso l'implementazione di un nuovo ruolo del MCA nel SSR che lo veda parte attiva all'interno della organizzazione territoriale così come delineata dalla legge 23/2015 e più specificatamente all'interno dell'area delle cure primarie. Al fine di meglio strutturare questo rinnovato ruolo si rende necessario attivare un tavolo di confronto. Le parti prevedono di avviare detta attività nel mese di giugno 2019.

PRESTAZIONI PREVISTE NEI PAI EROGABILI DA MMG

In attuazione di quanto disposto dal punto 1.4.1.7 della DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 e nel rispetto delle disposizioni contenute nell'allegato D, lettera C dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente, si riconoscono come prestazioni diagnostiche eseguibili dai medici di medicina generale anche in telemedicina quelle assicurate esclusivamente nei confronti dei propri assistiti per i quali è stato redatto e validato il PAI nell'ambito degli accordi regionali quelle di seguito riportate:

- 1) ECG
- 2) Monitoraggio continuo (24 H) della pressione arteriosa;
- 3) Spirometria Semplice;
- 4) Ecografia addome superiore;
- 5) Ecografia addome inferiore;
- 6) Ecografia addome completo;
- 7) Eco(color) dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, Arteriosa o Venosa;
- 8) Eco(color) dopplergrafia TSA;
- 9) Esame del Fundus oculi.

10) Esami ematochimici eseguiti con metodologia POCT (Point Of Care Testing), secondo quanto normato dal DDG n. 252 del 21/1/2013:

- a. Colesterolo HDL;
- b. Colesterolo Totale;
- c. Creatinina;
- d. Glucosio;
- e. Hb - Emoglobina Glicata;
- f. Potassio;
- g. Sodio;
- h. Trigliceridi;
- i. Urato;
- j. Tempo di Protrombina (PT);
- k. Tempo di Trombina (TT);
- l. Tempo di Tromboplastina Parziale (PTT);
- m. Alanina Aminotransferasi (ALT) (GPT);
- n. Gamma Glutamil Transpeptidasi (gamma GT

Nel pieno rispetto del compito di programmazione finalizzata ad assicurare l'erogazione dei LEA con il concorso di tutti i soggetti erogatori attribuito dall'art. 6 L.R. 23/2015 alle ATS, le parti concordano che l'erogazione delle prestazioni sopra riportate siano vincolate alla programmazione delle ATS.

In particolare tali prestazioni non devono generare duplicazione di costo per il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ed essere erogate ad assistiti esenti per le determinate prestazioni.

Nel pieno rispetto del punto A 1.4.1.7 della DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 le ATS dovranno accogliere le manifestazioni di interesse a partecipare alla erogazione di dette prestazioni da parte dei medici operanti nel territorio di competenza e verificare la sussistenza dei requisiti strutturali, tecnologici e professionali dell'operatore.

In attesa che venga emanata la circolare applicativa sulle modalità operative di esecuzione delle prestazioni sopra elencate è data facoltà alle ATS, nell'ambito del compito di programmazione che le è proprio autorizzare l'erogazione delle prestazioni sopra riportate ai medici che si avvalgono della refertazione eseguita da strutture già contrattualizzate, anche tramite telemedicina.

Le prestazioni sopra indicate eseguite dal medico di assistenza primaria verranno retribuite secondo le modalità previste dal punto 1.4.1.7 della DGR n. XI/1046 del 17.12.2018, in presenza sia dei requisiti strutturali, tecnologici e di appropriatezza degli spazi che dei requisiti professionali dell'operatore così come previste dalla normativa vigente in materia alle quali le indicazioni di cui all'allegato B) – Sub Allegato 7 della D.G.R. n. X/2989 del 23/12/2014 non possono comunque derogare.

IMPLEMENTAZIONE INDENNITÀ

Al fine di potenziare la rete di offerta ambulatoriale dei Medici di Medicina Generale Regione Lombardia e le OO.SS. di categoria convengono di approvare le richieste presentate nel corso del periodo 2015-2017 di attivazione di forme associative di gruppo e di rete e le richieste di indennità per assunzione di collaboratore di studio ed infermiere. Ciò non di meno per supportare lo sviluppo della progettualità in tema di AFT e della presa in carico Regione Lombardia e le OO.SS. di categoria convengono di approvare le richieste di indennità per assunzione di personale di studio e infermiere già attive nel 2018 ovvero così come da rilevazione di ogni singola ATS già inviata alle competenti strutture regionali. Oltre alle risorse già assegnate alle ATS si prevede una ulteriore integrazione delle RAR pari a 2.155.334 così ripartite:

	TOTALE	Di cui per personale 2018
Milano	1.382.408,00	315.946,00
Insubria	196.421,00	39.998,00
Montagna	105.710,00	6.804,00
Brianza	313.950,00	215.250,00
Bergamo	91.111,00	91.111,00
Brescia	45.368,00	28.962,00
Valpadana	20.366,00	20.366,00
	2.155.334,00	

Le parti convengono che eventuali risorse emergenti a partire dal 1 gennaio 2019 dovranno essere impegnate prioritariamente nel riconoscimento delle forme associative di gruppo, fatta salva la tutela di particolari situazioni orogeografiche valutate a livello di ATS.

Siglato in Milano, il

Per la Direzione Generale Welfare

Luigi Cajazzo

Paola Palmieri

Per le ATS

Lorella Cecconami

Massimo Giupponi

Claudio Sileo

Per le OO.SS.

Gabriella Levato per FIMMG

Roberto Carlo Rossi per SNAMI

Enzo Scafuro per SMI

Antonio Sabato per INTESA SINDACALE

DICHIARAZIONE A VERBALE A.I.R. PER L'ANNO 2019

S.N.A.M.I., dopo una lunga e faticosa trattativa, firma il presente AIR lombardo 2019

- per non mandare perdute le risorse, pur non ingenti, messe in campo da Regione per la Medicina Generale
- e, soprattutto, per non perdere la rappresentatività a livello aziendale.

È giusto dare atto come tutte le parti abbiano compiuto sforzi per avvicinare tra loro le rispettive posizioni che, all'inizio della trattativa, apparivano alquanto distanti.

Ciò detto, al fine di misurare l'effettivo impegno da parte dei MMG che parteciperanno al Governo Clinico, sono stati introdotti alcuni indicatori che SNAMI non ritiene né corretti né scientificamente validi, come quello relativo all'incremento della percentuale dei pazienti che effettivamente accettano di partecipare agli *screening*. Infatti, tutte le percentuali che premiano gli incrementi senza valutare il pregresso possono finire per penalizzare i Medici che hanno già inviato molti pazienti ad eseguire esami con un preciso sospetto diagnostico o gratificare coloro che, paradossalmente, non hanno mai creduto negli *screening*.

Per le stesse ragioni, è criticabile anche l'indicatore che richiede un importante aumento nella percentuale di vaccinati.

Infine, SNAMI auspica l'apertura di un tavolo per la Continuità Assistenziale che possa risolvere in maniera esaustiva i numerosi problemi di questa preziosa componente della Medicina Generale.

*per SNAMI Regione Lombardia
il Presidente Regionale – Dott. Roberto Carlo Rossi*

