L.A.M.G.

LIBERA ASSOCIAZIONE MEDICINA GENERALE

coccarde gialle Lombardia

I Convegno LAMG

Rocca Brivio, 9 ottobre 2022

San Giuliano Milanese

ATTI

INTRODUZIONE

Domenica 9 ottobre 2022, novanta MMG (Medici di Medicina Generale) lombardi appartenenti alla LAMG (Libera Associazione Medicina Generale) hanno partecipato al convegno "A che medico giochiamo?" che si è svolto a Rocca Brivio Sforza, nel comune di San Giuliano Milanese

Questa intensa giornata di incontro, studio e confronto ha portato all'elaborazione di interessanti e puntuali giudizi e proposte in merito alle problematiche che affliggono attualmente le Cure Primarie sul Territorio e in generale la Medicina Generale. All'inizio della prima assemblea è stato proposto ai convenuti un sondaggio su varie tematiche inerenti alla professione del MMG.

I temi affrontati dagli otto tavoli di discussione e confronto sono stati:

• Il significato e le ricadute pratiche del nuovo Ruolo Unico del MMG, compreso nell'ACN (Accordo Collettivo Nazionale) approvato recentemente;

• una visione rinnovata della PIC (Presa In Carico dei pazienti con malattie croniche), alla luce del fallimento del precedente progetto di Regione Lombardia;

• il ruolo dei tavoli di confronto tra MMG e Regione Lombardia per una effettiva riduzione e semplificazione del carico di lavoro burocratico;

• l'utilità e il senso attuale del tirocinio formativo in Medicina Generale, considerata la situazione critica di disponibilità di nuovi MMG;

• le problematiche nella Continuità Assistenziale, connesse a recenti disposizioni di organizzazione;

• l'organizzazione razionale delle Vaccinazioni Covid e antinfluenzali;

• la Telemedicina e un suo efficiente sviluppo nell'attività clinica del MMG;

• la regolamentazione dei rapporti tra medicina generale e enti assicurativi sanitari.

A conclusione dei lavori in gruppo e nel confronto in plenaria è stato elaborato questo documento che illustra varie osservazioni e proposte pratiche per superare le difficoltà della professione del MMG.

L'Associazione LAMG trasmette questo documento ai colleghi MMG – in particolare a quelli coinvolti nei tavoli di discussione con Regione Lombardia - e a tutti gli organi istituzionali e di rappresentanza sindacale, per contribuire fattivamente al dibattito in corso.

Il Consiglio Direttivo della LAMG desidera che questo documento serva da linea di indirizzo per i nostri soci e si inserisca nel lavoro previsto dai tavoli tecnici regionali in cui siamo stati chiamati a partecipare.

Questo primo Convegno LAMG "A che medico giochiamo?" è stato un momento di riconoscimento e di cordiale unità, che speriamo apra una nuova stagione di dialogo e collaborazione tra tutti i medici di medicina generale che si riconoscono negli ideali della nostra Associazione, con tutti i colleghi che credono ancora nella grande dignità e nella bellezza del nostro lavoro.

Milano, 10 ottobre 2022 - Il Consiglio Direttivo LAMG - www.lamg. – info@lamg.it

IL SONDAGGIO

90 partecipanti

Sei un Medico di Medicina Generale. La tua età è:

Inferiore a 40 anni	8,9%
40-50 anni	35,6%
50-60 anni	35,6%
Maggiore di 60 anni	20%

La tua forma associativa è di:

MMG singolo	21,1%
MMG associato in rete	25,6%
MMG in medicina di gruppo	53,3%

Sezione A

1. Da un punto di vista professionale ritieni che la tua attività clinica debba essere riconosciuta, valutata e remunerata come prioritaria e non tanto per eseguire prestazioni integrative esterne (vaccinazioni, monitoraggi, formulazione di Piani Assistenziali)?

1	NO	4,4%
2	sono in parte d'accordo	16,7%
3	SI	78,9%

2. Ritieni utile e importante l'abolizione di ogni carico burocratico relativo al rinnovo periodico di documenti per problematiche cliniche di per sé persistenti?

1	NO	1,1%
2	sono in parte d'accordo	4,4%
3	SI	94,4%

3. In studio hai collaboratori o personale di segreteria?

Sì	14,4%
No	23,3%
No, ma vorrei averli	62,2%

4. Se hai o non hai personale di segreteria - Ritieni utile e importante che il personale di segreteria sia messo in grado di abbattere efficacemente quasi tutto il carico di lavoro burocratico (trasmissione di dati, compilazione delle parti non cliniche dei portali)?

1	NO	7,1%
2	sono in parte d'accordo	12,9%
3	SI	80%

5. Ritieni utile, possibile ed efficiente svolgere parte della tua attività clinica in una sede diversa dal tuo studio medico personale?

1	NO	68,9%
2	sono in parte d'accordo	21,1
3	SI	10%

6. Ritieni utile importante che esista uno strumento di comunicazione informatico di uso facile e corrente per risolvere rapidamente quesiti clinici grazie al parere di un medico specialista?

1	NO	4,4%
2	sono in parte d'accordo	16,7%
3	SI	78,9%

7. Se l'area in cui eserciti la professione venisse riconosciuta come carente, saresti disposto ad aumentare il tuo massimale?

1	NO	76,7%
2	sono in parte d'accordo	15,6%
3	SI	7,8%

8. Se il tuo software cartelle cliniche che utilizzi in studio fosse in grado di trasmettere automaticamente dati sanitari saresti d'accordo a contribuire alla compilazione del FSE fascicolo sanitario elettronico del paziente?

1	NO	11,1%
2	sono in parte d'accordo	36,7%
3	SI	52,2

9. Ritieni utile e importante che la ricettazione periodica dei farmaci dei pazienti con malattia cronica possa avvenire in maniera diretta e continua da parte delle farmacie, se non vi sono state modifiche alla terapia continuativa?

1	NO	14,4%
2	sono in parte d'accordo	23,3%
3	SI	62,2%

10. Ritieni utile e importante che esista un documento di sintesi da consegnare o trasmettere a tutti i pazienti che riassuma le prestazioni di competenza del medico di famiglia e quelle da richiedere in altre sedi?

1	NO	1,1%
2	sono in parte d'accordo	13,3%
3	SI	85,6%

11. Ritieni importante che esista una modalità unitaria adottata dai medici di famiglia in caso di richiesta di trascrizione di accertamenti per parte di enti assicurativi?

1	NO	0%
2	sono in parte d'accordo	4,4%
3	SI	95,6%

12. Ritieni importante una radicale revisione delle note AIFA e dei piani terapeutici, limitando la problematica ai controlli attuati dal MMG e alla corretta formazione sulle responsabilità cliniche che gli competono, eliminando ove possibile ogni l'obbligo di formulazione e trasmissione di documenti?

1	NO	1,1%
2	sono in parte d'accordo	2,2%
3	SI	96,7%

13. Ritieni utile e importante che Regione Lombardia investa risorse per abbattere i costi di gestione dello studio per giovani colleghi che iniziano le attività?

1	NO	5,6%
2	sono in parte d'accordo	17,8%
3	SI	76,7%)

14. Sei interessato a svolgere attività di coordinatore di AFT / coordinatore-responsabile di CdC?

Sì	22,2%
No	77,8%

Sezione B

1. Hai aderito alla precedente proposta di Regione Lombardia di presa in carico del 2017?

Sì	16,7%
No	83,3%

2. Ritieni in qualche modo di eseguire a favore dei tuoi assistiti una attività clinica di presa in carico nel tempo, indipendentemente dalle proposte di Regione Lombardia?

1	NO	7,8%
2	sono in parte d'accordo	25,6%
3	SI	66,7%

3. Ritieni possibile e adeguato che il medico di famiglia gestisca autonomamente la presa in carico di pazienti mono patologici non complicati?

1	NO	5,6%
2	sono in parte d'accordo	23,3%
3	SI	71,1%

4. Ritieni giusto e adeguato che pazienti con più di una patologia che richiedono un piano di assistenza individualizzato siano gestiti esclusivamente da medici di famiglia organizzati in gruppo con personale di segreteria e infermieristico?

1	NO	25,8%
2	sono in parte d'accordo	37,1%
3	SI	37,1%

5. Ritieni utile e necessario che ogni eventuale PAI piano di assistenza integrato di pazienti cronici debba essere prodotto dal proprio software trasmettendo automaticamente dati al FSE, senza dover intervenire su un nuovo e diverso software?

1	NO	10,3%
2	sono in parte d'accordo	23%
3	SI	66,7%

6. Ritieni necessario e adeguato che i pazienti pluri-patologici complessi siano presi in carico esclusivamente dall'ospedale?

1	NO	34,4%
2	sono in parte d'accordo	35,6%
3	SI	30%

7. Ritieni utile importante che ogni attività di presa in carico dei pazienti cronici sia organizzata innanzitutto a partire da una reale misurazione del carico di lavoro del medico di famiglia a favore di questi pazienti?

1	NO	2,3%
2	sono in parte d'accordo	13,6%
3	SI	84,1%

8. Ritieni giusto che la remunerazione del medico di famiglia che esercita una presa in carico dei pazienti cronici sia proporzionata all'esito di alcuni indicatori clinici rilevati automaticamente dal SISS?

1	NO	36,7%
2	sono in parte d'accordo	41,1%
3	SI	22,2%

9. Ritieni giusto e necessario che qualunque proposta di presa in carico di pazienti cronici sia accompagnata da un'adeguata e parallela attività di formazione specifica?

1	NO	1,1%
2	sono in parte d'accordo	36%
3	SI	62,9%

Sezione C

1. Ritieni appropriato che regione Lombardia assegni ai giovani colleghi ancora in formazione un massimale di 1000 scelte senza un adeguato supporto a tutela della qualità assistenziale?

1	NO	80%
2	sono in parte d'accordo	17,8%
3	SI	2,2%

2. Se un collega in formazione è in grado di gestire un migliaio di pazienti da solo, ritieni che la scuola di formazione in medicina generale così com'è sia utile e importante?

1	NO	78,7%
2	sono in parte d'accordo	18%
3	SI	3,4%

3. Ritieni utile adeguato che il corso di formazione in medicina generale si concentri principalmente sul tirocinio pratico sul territorio e in ospedale?

1	NO	14,4%
2	sono in parte d'accordo	44,4%
3	SI	41,1%

4. Attualmente nel tuo carico di lavoro riesci a inserire anche una attività di formazione individuale adeguata e sufficiente?

1	NO	54,4%
2	sono in parte d'accordo	34,4%
3	SI	11,1%

5. Sei interessato a svolgere attività di tutor per i colleghi della scuola di medicina generale?

Sì	42,2%
No	57,8%

Sezione D

1. Nell'ACN in corso la vaccinazione antinfluenzale è inserita tra i nostri compiti. Sei d'accordo?

1	NO	33,7%
2	sono in parte d'accordo	42,7%
3	SI	23,6%

2. Nella tua pratica vaccini in studio?

Sì	12,2%
No	87,8%

3. Nella tua pratica vaccini a domicilio?

Sì	7,8%
No	92,2%

4. Se vaccini, in quali ambito riscontri le maggiori criticità?

Ritiro vaccini	3.1%
Rendicontazione	16,7%
Smaltimento taglienti	4.0%
Riconsegna vaccini	6%
Tutti i precedenti	70,2%

5. Esegui la vaccinazione anti-Covid a domicilio per i tuoi pazienti intrasportabili?

Sì	56,7%
No	43,3%

6. Quanti sono i tuoi pazienti intrasportabili da vaccinare per la Covid (compresi quelli già vaccinati con IV dose)?

Nessuno	1%
1-5	23.6%
6-10	33.7%
10-15	18%
15-20	14.6%
Oltre 20	9.1%

CONTRIBUTI DEI TAVOLI DI DISCUSSIONE

Tavolo 1 - Capire il nuovo ACN 2016-2018 approvato a maggio 2022; proposte per il prossimo ACN 2019-2021.

PREMESSA

Il tavolo 1 è stato il più partecipato, innanzitutto per la necessità di conoscere meglio il nuovo ACN, che nasce già scaduto e non ancora completamente applicato. Il contributo di alcuni colleghi provenienti da esperienze extra lombarde (Veneto e Liguria) ha permesso di confrontare realtà differenti con quelle lombarde, già attive su questi temi. La discussione è stata a volte animata ma, grazie al contributo di figure esperte nella contrattazione sindacale, al termine sono emersi con chiarezza i punti di interesse fondamentale per tutta la categoria.

PROPOSTE

1. Le organizzazioni sindacali devono a tutti i MMG un chiarimento sul significato e la struttura del “ruolo unico”, in particolare relativamente alle sue implicazioni future nell'organizzazione della Continuità Assistenziale nel contesto delle AFT.

2. Nonostante la nostra associazione LAMG sia nata come associazione a-sindacale, nella discussione è emersa in modo evidente l’importanza del rapporto di forza tra rappresentanze sindacali. È evidente che un’associazione come la nostra, minoritaria ed esclusa dai tavoli aziendali, non può avere un'incidenza diretta nella scrittura di Accordi Collettivi. Assumersi la responsabilità di dare un orientamento al dibattito interno alla nostra categoria professionale passa quindi necessariamente dall’iscrizione individuale al sindacato che ci appare più coerente con la nostra lettura della situazione e con le esigenze di tutti i MMG.

È importante contribuire al dibattito interno ad un sindacato partecipando in prima persona, ma anche portando più iscrizioni. Questo dà ad esso maggiore rappresentatività numerica ed incidenza nelle trattative, equilibrando le forze tra i soggetti in campo. Attualmente la normativa che regola l’approvazione degli Accordi Collettivi è carente e poco democratica. Se un sindacato maggioritario sottoscrive un accordo, lo rende automaticamente esecutivo; gli altri sindacati minoritari sono costretti ad apporre una firma obbligata; è evidente che una trattativa tra di loro non può essere equilibrata. Uno scenario più corretto si potrebbe realizzare se tutte le rappresentanze sindacali fossero portate al di sotto del 50%. La nostra raccomandazione è quindi di promuovere nuove iscrizioni al sindacato che si presenta con

proposte più convincenti, condizionando la permanenza in esso in base al raggiungimento degli obiettivi per cui lo si è scelto.

3. Il nostro sito www.lamg.it deve diventare un punto di approdo chiaro per tutti i colleghi, uno strumento che aiuta quotidianamente a capire come orientarci in tante decisioni professionali ricompresa nell’ACN. Il tavolo raccomanda quindi di creare sul nostro sito una pagina orientativa e informativa che potrebbe avere per titolo “le dieci regole per difendersi quando diventi MMG”.

4. Occorre riportare il più possibile la ripartizione degli emolumenti verso il 100% per quanto riguarda i compiti clinici riconosciuti al MMG. Come richiamato molte volte, la dignità clinica del MMG è il centro della sua professione. Occorre un lavoro di approfondimento su come dare riconoscimento a questo aspetto. L’attuale ripartizione al 70/30% risulta invece di sempre difficile comprensione e ultimamente non fa che incentivare il lavoro “a cottimo”. Si fa vincere nell’ ACN il principio del “prestazionificio”, un orientamento che lascia troppi margini discrezionali alle Regioni per definire la nostra retribuzione professionale.

Tavolo 2 - Una nuova PIC (Presa In Carico) dei pazienti cronici. La PIC in riferimento alla riforma delle CDC (Case Di Comunità).

PREMESSA

Il MMG che si dedica quotidianamente a svolgere una normale attività clinica a favore dei suoi assistiti realizza già una vera e reale Presa In Carico dei pazienti cronici. La nostra esperienza documenta che questa attività determina un carico di lavoro molto grave per il MMG.

Il SISS sistema informatico attualmente registra automaticamente alcuni indicatori che documentano in parte questa attività clinica, ma non restituisce una descrizione sufficiente e completa della qualità clinica delle prestazioni (visita, valutazione degli accertamenti, controllo della compliance, aggiornamento delle terapie, verifica della loro efficacia, prescrizione di altri accertamenti di controllo) erogate ai pazienti cronici.

La PIC proposta da Regione Lombardia nel 2017 era preoccupata soprattutto di far redigere al MMG il PAI (Piano di Assistenza Individuale), quindi ad avviare il ciclo prescrizione-esecuzione degli accertamenti e il loro finanziamento. Ma senza una valutazione unitaria da parte del MMG di questi accertamenti il percorso clinico risultava inadeguato a gestire realmente il bisogno dei pazienti cronici e non veniva riconosciuto il suo ruolo clinico.

Il MMG in realtà è già in grado di realizzare una PIC a favore di pazienti cronici non complessi (mono o oligopatologici), seguendo precise Linee Guida – PDTA, che però il MMG applica con libertà nel tempo in base alle caratteristiche cliniche, all’età e alla evoluzione clinica dei singoli pazienti.

PROPOSTE

1. Il primo obiettivo per formulare una nuova ipotesi di PIC è una ristrutturazione del SISS (sistema informatico). Il MMG deve contare su un sistema stabile che dialoga con il FSE e i

dati clinici inseriti nella propria cartella clinica d’ambulatorio: le diagnosi inserite, le esenzioni per patologia attive, gli accertamenti e i farmaci prescritti su ciascuna diagnosi.

2. Ogni software in carico ai MMG e agli ospedali deve trasmettere dati, esiti e documenti di estensione omogenea, tale da permettere un continuo dialogo informatico tra gli operatori sanitari, che contribuisca a migliorare la qualità dell’attività clinica.
3. Ogni Portale attualmente in uso nella Medicina Generale deve essere modificato per essere inserito in un unico strumento informatico che dialoga con la cartella del MMG, senza richiedere più volte la digitazione di dati già registrati.
4. Tutte le strutture di Cure Secondarie devono pubblicare nel Sistema gli esiti delle proprie prestazioni.
5. Per gestire le dimissioni di pazienti cronici ricoverati e per la loro gestione dopo controlli ambulatoriali è importante realizzare una comunicazione strutturata e veloce tra MMG e ospedali. Una comunicazione tra MMG e specialisti attraverso strumenti informatici di facile accesso potrà migliorare e semplificare i percorsi di cura dei pazienti cronici.
6. Un sistema informatico così concepito potrà trasmettere ai MMG anche messaggi di Alert che permettono nel tempo un miglioramento della PIC.
7. Non è possibile introdurre nuovi strumenti informatici senza un parere competente dei MMG sul campo; non è sufficiente sottoporre i prodotti informatici ad un Beta-test, che non considera gli aspetti di carico di lavoro necessario per adottare un nuovo processo informatico. Ogni nuovo strumento informatico rivolto alla Medicina Generale deve essere preventivamente valutato e collaudato all’interno delle Commissioni di Regione Lombardia preposte alla consultazione dei MMG, a cominciare dalla Commissione Medicina Generale, Commissione Presa in Carico, Commissione Semplificazioni.
8. L’implementazione delle Case Di Comunità deve vedere una realizzazione progressiva di questi obiettivi, che porterà ad una collaborazione sempre più integrata tra Cure Primarie e Secondarie.

Tavolo 3 – La Formazione rivolta a tutti i MMG e la Scuola regionale di Medicina Generale.

PREMESSA

Attualmente ogni medico specialista laureato prima del 1995 può iniziare a svolgere l’attività di MMG, senza aver svolto il corso di formazione regionale; inoltre, tutti i laureati in medicina iscritti alla Scuola Regionale possono da subito inserirsi nei territori optando per l’acquisizione di un ambito carente, con attribuzione di 1000 assistiti, frequentando contemporaneamente il corso di medicina generale.

Alla luce dell'attuale normativa, dunque, non possiamo eludere alcune domande critiche. Innanzitutto, dato che è consentita l’iscrizione di moltissimi assistiti (fino a 1000 pazienti più 150 scelte in deroga) in carico ai tirocinanti ancora in formazione, la domanda chiave è: il tirocinio è ancora necessario, utile e davvero formativo?

Leggendo un recente Sondaggio di Assimefac, vediamo che la stragrande maggioranza dei medici intervistati (89%) è favorevole all’istituzione di una scuola di formazione di livello specialistico universitario. Ci siamo chiesti: chi e come potrebbe attuare un passaggio dalla formazione regionale in MG ad una vera scuola di specializzazione? Come potrebbe essere regolata la permeabilità delle carriere con la costituzione di questa specialità? Chi e come potrà dare una corretta informazione sulla Medicina Generale agli studenti del corso universitario di medicina, sponsorizzando questa scelta specialistica?

E’ inutile nascondersi che esiste un problema politico di interessi nella formazione, sia da parte delle agenzie regionali, che dei sindacati di categoria, che spingono affinché il percorso formativo in Medicina Generale resti al di fuori delle università.

Esistono poi dei problemi più pragmatici: come riuscire a valorizzare il concetto di "territorialità" in un contesto universitario? Come potrebbe avvenire l’accreditamento dei docenti? È infatti auspicabile che i MMG possano contribuire alla formazione specialistica sia teorica che pratica e che siano finalmente reclutati in base alla propria competenza.

PROPOSTE

1. Va ripensato il rapporto tra tirocinanti e tutor. Esistono strumenti di collegamento a distanza che possono rispondere alle nuove esigenze. Ad esempio: chat istantanee, individuali o di gruppo con i tutors; gruppi di supporto a distanza con cadenza definita con i referenti ed i tutors.

2. È necessario ridurre le ore dedicate ai seminari e migliorarne la qualità.

3. Occorre rivedere i criteri di selezione dei tutor e dei docenti. Non in base all’appartenenza sindacale, ma, tramite una valutazione del curriculum vitae e tenendo conto effettivamente dell’analisi dei questionari di valutazione finale dei tirocinanti.

4. Occorre aumentare la disponibilità di nuovi tutor, anche riducendo il numero di anni di convenzione richiesti per essere ammessi a questa funzione.

5. Riteniamo che la permeabilità delle carriere, ovvero che un medico di Medicina Generale possa pensare di poter lavorare anche in ospedale (così come un collega ospedaliero possa esercitare come medico di Assistenza Primaria) sia un fatto positivo. Per arrivare ad elaborare questa ipotesi, tuttavia, occorre che la medicina generale venga riconosciuta come specializzazione universitaria e che, quindi, vengano definite delle equipollenze con altre discipline specialistiche (come è accaduto per la specializzazione di Cure Palliative, ad esempio).

Tavolo 4 – Telemedicina.

PREMESSA

In questi ultimi anni il rapporto fiduciario tra medico e pazienti si sta arricchendo di nuovi strumenti tecnologici che possono favorire l’efficienza della nostra attività ambulatoriale. Gli imminenti fondi dal PNRR, che vedono uno stanziamento complessivo di 1 miliardo di € per la telemedicina (di cui 250 milioni solo per la piattaforma nazionale unica) necessitano di progetti che tengano conto della realtà lavorativa territoriale.

PROPOSTE

1. È fondamentale che la piattaforma nazionale unica di telemedicina sia integrata con il FSE, con la possibilità di alimentarla con dati provenienti dagli studi di tutti i medici specialisti (pubblici e privati) e dei MMG.

2. Questi strumenti, per riuscire ad incidere favorevolmente sulla salute dei pazienti, devono essere estesamente validati e regolamentati. In alcuni progetti sperimentali finora è

stata utilizzata in modo appropriato la telemedicina in questi settori: il monitoraggio degli esami e delle terapie nelle patologie croniche, il rinnovo dei piani terapeutici, l’educazione sanitaria.

3. È fondamentale inoltre che venga realizzata una vera dematerializzazione a livello nazionale, senza la quale non sarebbe possibile completare il processo di digitalizzazione globale. In particolare è importante che tutti i farmaci possano essere ritirati tramite NRE (ad esempio comprendendo anche le benzodiazepine) e che tutte le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici possano essere prenotati ed erogati senza la ricetta cartacea.

Tavolo 5 – Continuità Assistenziale.

PREMESSA

La CA Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) è il presidio con le caratteristiche di vicinanza all’assistito sempre presente ed immediatamente attivo in grado di rispondere a tutte le urgenze più o meno prevedibili. È un servizio che non deve essere valutato per prestazione, ma solo in funzione della risposta che lo stesso può dare alla richiesta urgente dal territorio. Non dimenticando che ancora oggi - a causa delle incompatibilità previste dalla legge - è occasione di lavoro per i colleghi specializzandi o ricercatori.

PROPOSTE

1. Chiediamo a tutte le ATS in egual modo e di concerto a Regione Lombardia un contratto “ponte” nel quale venga definita la procedura di vicariamento, che attualmente non è contemplata in ACN e che da un punto di vista medico legale è oggi carente, essendo sostanzialmente inesistente;

3. ovvero chiediamo la possibilità di definire l’impegno richiesto al singolo medico per contratto e il conseguente riconoscimento economico, mantenendo l’adesione su base volontaria;
4. esigiamo da parte di ATS l’obbligo di definire per ogni medico che accetta il vicariamento il carico di lavoro secondo principi di garanzia ai cittadini e sicurezza per l’operatore. Tali principi sono rispettati solo mantenendo il numero di pazienti in carico ad ogni medico il più vicino possibile a quanto contenuto in ACN.

In questa fase di transizione riteniamo utile che LAMG somministri un questionario ai MMG in merito alla figura del medico di CA, per poter programmare le future azioni a sostegno di questo ruolo.

Tavolo 6 – Semplificazioni.

PREMESSA

In merito a possibili semplificazioni delle attività del MMG si devono considerare le diverse modalità di lavoro dipendenti dalla organizzazione degli studi di Medicina Generale:

- Postazione singola

- Medicina di gruppo/rete
- Presenza o meno di personale di studio

Ciascuna di queste tipologie presenta un carico di lavoro diverso, che resta comunque elevato. La diversa organizzazione ha portato nel tempo a molte e differenti modalità di evasione delle richieste dei pazienti. La problematica della certificazione INPS di malattia per lavoratori colpiti da infezione Covid non è semplice, e ha portato ad un lungo confronto tra varie posizioni e proposte. La dematerializzazione va estesa a tutto ciò che ancora oggi deve essere gestito con ricette cartacee (su carta intestata o ricette rosse). Sono stati toccati anche altri due argomenti rilevanti, su cui però non è possibile esprimere proposte definitive: la fornitura periodica senza ricetta dei farmaci ai pazienti in terapia cronica e il coinvolgimento dei medici specialisti per una revisione sostanziale dei carichi burocratici imposti dalle Note AIFA.

PROPOSTE

1. COVID. Una semplificazione rilevante potrebbe arrivare da provvedimenti attivati automaticamente a seguito del riscontro certificato di infezione Covid mediante l’esito positivo di tamponi registrati dalle farmacie o dall’ospedale. Questa registrazione potrebbe attivare la certificazione di malattia e comunicazioni al MMG o ad altri sanitari competenti.

2. AUTOCERTIFICAZIONE MALATTIA. Resta sempre valida la proposta di regolamentare i brevi periodi di malattia (primi 3 giorni) attraverso l’autocertificazione. Occorre in merito una nuova disciplina contrattuale accettata nel mercato del lavoro pubblico e privato. Su questo argomento l’Associazione approfondirà contatti e consulenze per capire che margine di intervento è possibile.

3. DEMATERIALIZZAZIONE. La dematerializzazione estesa e permanente nella gestione di farmaci e accertamenti rimane un punto insostituibile per velocizzare queste funzioni.

4. È necessario ottenere la dematerializzazione delle ricette per la prescrizione di benzodiazepine creando una funzione informatica di contatore a scalare, visibile in tutte le farmacie. Va superato ogni ostacolo per abolire la prescrizione di ricoveri ospedalieri e visite fisiatriche su ricetta rossa.

7. RINNOVI PERIODICI. Non vi è nessun motivo clinico che giustifichi l’obbligo a rinnovare forniture per malati cronici permanenti: vanno rinnovati automaticamente tutti i Piani terapeutici forniture di protesica per diabetici e per i presidi di assorbenza. Anche la prima fornitura potrebbe essere resa disponibile in base alla registrazione della esenzione per diabete e la prescrizione di terapie, in base alle caratteristiche dei farmaci in uso. Per i presidi assorbenti potrebbe essere sufficiente la registrazione di invalidità, l'esenzione d'invalidità comprendente la diagnosi di incontinenza, lasciando alle competenze del fornitore le caratteristiche dei presidi.

8. PROTESICA MAGGIORE. Sul server di Assistant vanno eliminati tutti i presidi bloccati o non più in appalto; vanno diversificate le utenze in relazione al livello di rischio/gravità (basso, medio ed alto).

9. MAIL CRS. Va ripristinata la qualifica per argomento di tutte le notifiche di accertamenti (secondo categorie di referto), per permettere la loro differenziazione da quelle di scelta- revoca.

10. FSE. Va implementata la registrazione di “Patient Summary” (dati essenziali di anamnesi e patologie del paziente), la visione delle ricette emesse (farmaci e visite emesse anche da specialisti), la possibilità di inserire referti del MMG e la notifica degli accessi in strutture di MG e del Territorio.

11. PRIVACY. L’acquisizione del consenso al trattamento dati gestiti da medici va acquisita allo sportello scelta/revoca o alle medesime funzioni on-line.

12. PRIORITA'. Per i casi che non prevedono urgenze (priorità con bollino verde o B di 10 giorni), le aziende ospedaliere pubbliche o convenzionate dovrebbero garantire disponibilità di slot che permettano di accettare le prenotazioni anche svincolandole dalla priorità scelta dal medico che ha redatto l’impegnativa, previa accettazione e autorizzazione firmata da parte del paziente.

13. NOMENCLATORE. Va revisionato il catalogo dei codici delle prescrizioni. (per poter prescrivere l'esame richiesto dallo specialista)

14. ESENZIONI. Devono essere visibili da parte di tutto il personale medico sul FSE, anche senza esibizione della tessera sanitaria, in base alla norma di privacy già espressa allo sportello scelte. (credo sia già così).

15. PORTALI. Il carico di lavoro del MMG è gravato da una pesante pletora di richieste burocratiche, in progressivo e continuo aumento da anni. Questo problema è già stato affrontato in questo documento nelle osservazioni e proposte del Tavolo 2 – PIC. Ma considerando l’enorme numero di portali attualmente in uso va sottolineato che è indispensabile una loro ristrutturazione, che preveda innanzitutto l’accorpamento in un unico applicativo e il collegamento all’anagrafica e alla lista problemi attivi dei software usati dai MMG.

Tavolo 7 – Vaccinazioni.

PREMESSA

Nell’ACN 2016-2018, approvato recentemente, la vaccinazione antinfluenzale viene considerata come compito assegnato a tutti i MMG, secondo però modalità – attualmente molto disomogenee - declinate dalle Regioni e dalle Aziende Sanitarie. Sottolineiamo ancora una volta che il progressivo smantellamento dei distretti ha penalizzato la nostra attività lavorativa.

PROPOSTE

1. L’adesione da parte dei MMG ai programmi vaccinali deve restare sempre su base volontaria, come avviene da anni. Viste le importanti differenze strutturali e di collocazione degli studi di Medicina Generale sul territorio non è accettabile una disciplina obbligatoria per tutti i casi. Analogamente la scelta di vaccinare solo i propri pazienti o anche quelli di altri colleghi deve rimanere su base volontaria. Resta chiaro il nostro impegno a promuovere la vaccinazione tra i tutti i nostri pazienti in cui vi è indicazione clinica.
2. Al medico che aderisce e che non ha condizioni idonee nel proprio studio per eseguire le vaccinazioni deve essere offerta la possibilità di vaccinare in uno spazio e in condizioni adeguate in una sede esterna. La sede esterna deve essere la più prossima possibile, adeguata come spazio, attrezzata e organizzata con personale di segreteria e infermieristico.
3. La modalità di rendicontazione deve essere molto più semplice e veloce di quella attuale, per ridurre il carico burocratico che allunga inutilmente i tempi di esecuzione delle vaccinazioni.
4. Insieme ai vaccini consegnati dalle farmacie devono essere forniti anche i box per i taglienti; questi si dovranno poter smaltire gratuitamente in adeguate sedi. I vaccini non utilizzati devono poter essere riconsegnati in sedi predisposte.
5. La popolazione deve essere informata chiaramente che la vaccinazione a domicilio è prevista solo per i pazienti effettivamente intrasportabili.
6. L’adesione alla vaccinazione anti Covid deve rimanere su base volontaria, sia per le vaccinazioni a domicilio per i pazienti intrasportabili, che per quelle eseguite presso lo studio del MMG.
7. In considerazione delle diverse realtà territoriali, resta valida la possibilità che ogni MMG possa collaborare presso i centri hub o altre realtà organizzate localmente, in base alle proprie disponibilità.
8. La remunerazione delle vaccinazioni deve essere adeguata al carico di lavoro e alla responsabilità professionale che implica. Tale prestazione deve rimanere considerata come aggiuntiva. È evidente che l’attuale compenso è gravemente carente rispetto a questi principi, sia a riguardo delle vaccinazioni domiciliari che di quelle eseguite in studio.

Tavolo 8 – Rapporto con le Assicurazioni.

PREMESSA

Abbiamo letto e discusso una proposta di lettera da parte della nostra Associazione da inviare ad ANIA, che puntualizza tutte le criticità esistenti attualmente tra assistiti SSN iscritti con il proprio MMG, nel momento in cui essi avanzano richieste di trascrizione di accertamenti clinici prescritti in ambito libero-professionale da altri medici specialisti.

PROPOSTE

1. Abbiamo raggiunto un ampio consenso sul comportamento da tenere nei confronti dei nostri pazienti in tali circostanze, specificati chiaramente anche in una comunicazione scritta o trasmissibile destinata a loro per conoscenza.
2. Tutti i soci della nostra Associazione LAMG adotteranno queste direttive e proporranno di seguirle anche agli altri colleghi di nostra conoscenza o con cui collaboriamo, al fine di creare una radicale e diffusa modifica del rapporto tra Assicurazioni e Medicina Generale.
3. Oltre che agli enti assicuratori comunicheremo la nostra posizione, per conoscenza, alle Aziende ATS, all’Ordine dei medici, ai Sindacati rappresentanti di categoria.

In allegato a questo documento di sintesi del Primo Convegno di LAMG del 9 ottobre 2022 troverete i file della

- Lettera alle Assicurazioni
- Lettera agli Assistiti – informazioni su problematiche assicurative.

L.A.M.G.
LIBERA ASSOCIAZIONE MEDICINA GENERALE
coccarde gialle Lombardia

LETTERA ALLE ASSICURAZIONI

Destinatario: Spett.le Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratici - ANIA

Negli ultimi anni la comparsa sul mercato di polizze sanitarie assicurative ha portato ad un aumento consistente di pazienti che usufruiscono di questi servizi.

Purtroppo il riconoscimento da parte delle compagnie assicuratrici delle prestazioni richieste è spesso soggetto a limitazioni di vario genere, che mettono gli assicurati in difficoltà nell’ottenere i rimborsi, secondo loro previsti, per prestazioni spesso già erogate e pagate di tasca propria.

Alla luce di alcune criticità del nostro lavoro per un aumento del carico burocratico e di un importante aumento delle polizze sanitarie stipulate dai nostri pazienti, vogliamo ribadirvi alcune modalità lavorative.

1. Non trascriveremo ai fini del rimborso assicurativo le richieste prescritte da colleghi specialisti durante le visite, in quanto lo riteniamo una inutile ripetizione. Qualora doveste richiedere ai vostri assicurati la trascrizione da parte nostra in qualità di Medici di Medicina Generali Convenzionati, lo dovremo ritenere una prestazione in regime libero professionale.
2. Secondo le Linee Guida Internazionali ci atterremo ad indicare negli esami tipo mammografia, Pap-test, ecc. la motivazione “prevenzione” come da condizione di erogabilità in ambito SSN. Questo a titolo di chiarimento nei confronti del cliente/pz ad evitare inutili aspettative.
3. Per giungere ad una conclusione diagnostica nel richiedere accertamenti apporremo sempre come motivazione all'accertamento un sintomo/segno clinico o un sospetto diagnostico ma non una diagnosi compiuta, che potrà essere espressa solo al termine del percorso clinico. Non è comprensibile come alcune Assicurazioni richiedano a priori una diagnosi.
4. In tutte le patologie croniche (ad esempio diabete mellito, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica) la diagnosi è già stata accertata, ma resta l’esigenza di monitorare il quadro clinico per escludere eventuali peggioramenti. Riporteremo quindi come motivazione all’esame esclusivamente la malattia degenerativa causa di eventuali aggravamenti.

Questa modalità prescrittiva mira ad ottimizzare il nostro lavoro ed evitare di sottrarre tempo alla clinica. Il medico di famiglia risponde del suo operato e delle sue richieste ESCLUSIVAMENTE al SSN e non ad un ente terzo come l’Assicurazione verso la quale non intrattiene alcun rapporto di lavoro retribuito né tantomeno concordato.

In attesa di una Vostra cortese risposta in merito, a far data da oggi i nostri iscritti rilasceranno le richieste di visite ed accertamenti ESCLUSIVAMENTE con quesito diagnostico pertinente con la clinica e con i criteri di erogabilità del SSN e di appropriatezza prescrittiva. Riteniamo importante che i pazienti all’atto della stipula dei contratti vengano resi edotti di tutto ciò.

Milano, 09/10/2022 - Cordialità. **LAMG Libera Associazione Medicina Generale.**

LETTERA AGLI ASSISTITI

Gentile assistito/assistita,

per favorire una maggiore qualità del nostro lavoro nei vostri confronti e per non sottrarre tempo alla attività clinica vogliamo esprimervi alcune difficoltà riscontrate nel vostro rapporto con le Assicurazioni o con i Fondi Sanitari o Società di Mutuo Soccorso.

Negli ultimi anni l’offerta di un numero sempre più elevato di polizze sanitarie assicurative, ha portato ad un aumento consistente di pazienti che usufruiscono di questi servizi.

Purtroppo, il rimborso da parte delle compagnie assicuratrici delle prestazioni richieste è spesso soggetto a limitazioni di vario genere che vi mettono in difficoltà.

Riteniamo importante che all’atto della stipula sia vostra premura verificare le condizioni contrattuali.

Il medico di famiglia risponde del suo operato e delle sue richieste ESCLUSIVAMENTE al SSN e non ad un ente terzo come l’Assicurazione o altri Enti Privati, con i quali non intrattiene alcun rapporto di lavoro.

Vogliamo ribadirvi alcune nostre irrinunciabili modalità lavorative:

1. Non trascriveremo ai fini del rimborso assicurativo le richieste prescritte da colleghi specialisti in quanto lo riteniamo una inutile ripetizione. Qualora le Assicurazioni non dovessero accettare la richiesta degli specialisti. la trascrizione della prescrizione, se condivisa, avverrà in regime libero-professionale.

2. Il quesito diagnostico riportato sulle prescrizioni verrà stabilito dal medico e non è modificabile.

3. Rammentiamo che ogni richiesta di prestazioni deve essere preventivamente concordata e condivisa dal Medico di Famiglia onde evitare richieste improprie a posteriori e per noi impossibili da rilasciare una volta effettuate.

Distinti saluti.

Dottor. …

Il testo di questa lettera è approvato da: LAMG - Libera Associazione Medicina Generale

L.A.M.G.
LIBERA ASSOCIAZIONE MEDICINA GENERALE
coccarde gialle Lombardia

CONCLUSIONI

A che medico giochiamo?

Da quando regione Lombardia ha suonato il fischio di inizio della sua riforma, la maggioranza dei medici di famiglia si sente spettatore impotente di una partita dove le regole sono decise altrove.

Ovvio che molti cominciano a dubitare della capacità dei sindacati di difenderci. E pure del loro ruolo da “panchinari” in questa partita.

Noi, che abbiamo partecipato a questa giornata di dibattito e confronto (soprattutto i giovani), siamo certi solo di questo: che sgobbiamo da mane a sera per gestire i problemi sanitari dei cittadini, cercando di smarcarci soprattutto tra tre grandi avversari: la burocrazia, la privatizzazione, la maleducazione sanitaria,

A che medico giochiamo?

Finiremo ad essere meri esecutori di rapide prestazioni, dettate dai mutevoli desideri dei coordinatori AFT, oppure saremo noi stessi, cioè il riferimento prossimo al cittadino nel tempo? Perché in questo gioco sembrano dimenticate le arcinote regole della Medicina Generale, quelle codificate da organizzazioni mondiali come la WONCA?

Questa riforma del territorio sembra un campionato giocato in fretta e furia, senza chiarezza su tutti i fondamentali, tranne che su uno: salvare per la propria squadra il controllo di una parte del “mercato” indotto.

Mai abbiamo visto in giro tanti colleghi disorientati e perplessi, nonostante una narrazione da parte dei sindacati fatta di messaggi rassicuranti, che però non spiegano bene cosa sta succedendo.

Ma cari decisori: perché non capite che la nostra capacità clinica è l’ultimo baluardo per sostenere l’appropriatezza e la continuità nei milioni di contatti quotidiani con la cittadinanza? Perché non vi accorgete che depotenziare sempre di più un medico di famiglia che fa il clinico è anti-economico! Vedrete cosa succederà con la recessione!

Mai la “base” dei medici di famiglia è stata così distante dalla partita e coinvolta solo… a giochi fatti. Cari colleghi, i sindacati sono necessari, ma: niente tessere regalate e niente tessere accettate senza aver capito le vere intenzioni di chi ci dovrebbe rappresentare tutti.

Fine del primo tempo?

Dagli spalti urlano contro tutte le squadre.

Possiamo sperare in un secondo tempo migliore?

Apriamo un confronto leale con tutti.

Altrimenti ci rivedrete in piazza, più della volta precedente.

…a che medico giochiamo?

Per conoscere la nostra Associazione collegati al sito

www.lamg.it

Per inviare osservazioni e chiedere le modalità per associarsi, invia una mail a:

info@lamg.it

Grazie per la tua attenzione!

Il direttivo LAMG.