Accordo Integrativo Aziendale 2019 per la Medicina Generale

Premessa

- *Richiamato l'ACN vigente;*
- *Richiamata la Legge regionale n. 23/2015;*
- *Vista la D.G.R. n. XI/754 del 5.11.2018 che riconosce al MMG il ruolo di clinical manager, quale diretto referente clinico dei propri assistiti;*
- *Vista la DGR XI/1046 del 17.12.2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2019";*
- *Vista la Preintesa sull' Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale valido per il 2019, approvata dalla Giunta Regionale in data 7.05.2019;*
- *Preso atto della quota Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) destinata alla sottoscrizione degli Accordi Integrativi Aziendali;*

tra ATS Città Metropolitana di Milano
e le OOSS dei Medici di Medicina Generale,
si concorda:

1. *RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI (RAR)*

La quota economica RAR 2019 assegnata all'ATS Città Metropolitana di Milano di € 2.462.014 (pari ad € 0,81 oneri compresi per i 3.039.524 assistiti in carico ai MMG al 30 novembre 2018) viene così ripartita:

Mantenimento forme associative in essere	*€ 1.615.880*
Mantenimento forme personale di studio in essere	*€ 846.134*

Inoltre, la quota di integrazione delle RAR, assegnata ad ATS Milano nella misura di € 1.382.408,00, oneri compresi è destinata, come previsto dall'AIR, per € 1.066.462,00 alle forme associative di gruppo e di rete e alle indennità per assunzione di collaboratore di studio ed infermiere, attivate nel corso del periodo 2015-2017 e per € 315.946,00 alle richieste di indennità per assunzione di personale di studio e infermiere già attive nel 2018.

2. *GOVERNO CLINICO*

La quota di € 3,08 per assistito (complessivamente pari a € 10.333.013 oneri inclusi) viene utilizzata, secondo quanto previsto dall'AIR, per la realizzazione dei seguenti Progetti di Governo clinico (Allegato 1):

1. *Chiamata proattiva dei propri assisiti qualificati come "pazienti cronici" ai fini della presa in carico*
2. *Partecipazione all'offerta vaccinale*
3. *Partecipazione ai programmi di screening oncologici*

Il MMG che intende aderire al Governo Clinico è tenuto a partecipare ad almeno uno dei progetti definiti nell'allegato.

Obiettivi, indicatori, modalità e tempi di attuazione, valutazione quali-quantitativa sia dei risultati raggiunti che dell'attività del singolo medico e remunerazione sono indicati negli specifici progetti.

La quota parte del fondo aziendale eventualmente non distribuita per minori adesioni o il mancato raggiungimento degli obiettivi da parte di alcuni MMG sarà ridistribuita, con nuove progettualità e modalità da concordare in Comitato aziendale, secondo le indicazioni contenute nella Preintesa sull' Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale valido per il 2019.

3. *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, ancorché caratterizzate da eccezionalità.

Si dà atto inoltre 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, ATS potrà autorizzare, sentito il Comitato aziendale, la limitazione fino a 1000 scelte soltanto in presenza di attività compatibili, necessarie al sistema del SSR, effettuati i dovuti controlli (Allegato L).

4. *REMUNERAZIONE PAI*

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI), formulato per i pazienti cronici in carico, come previsto in attuazione della Legge Regionale 23/2015, comprensivo degli aggiornamenti,

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969

sarà remunerato al MMG € 15 e riconosciuto come prestazione aggiuntiva inserita nel cedolino con cadenza semestrale, 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.

5. *CONTINUITA' ASSISTENZIALE*

Le indicazioni contrattuali definite nell'AIR 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. Nelle more del confronto in sede regionale per meglio strutturare questo rinnovato ruolo si ritiene di destinare il fondo RAR di €750.862, oneri compresi, per l'indennità di "Coordinamento postazioni" per €115.000 e per € 635.862 oneri compresi al progetto "Sperimentazione nuove modalità di integrazione territoriale tra assistenza primaria e continuità assistenziale" (allegato 2), propedeutico allo sviluppo delle AFT.

Si dà atto che le previsioni della preintesa, di cui ai capitoli "prestazioni ambulatoriali e domiciliari rese dai medici di continuità assistenziale ai cittadini non residenti" e "informatizzazione servizio continuità assistenziale" decorreranno dal 1° giugno 2019.

ATS provvederà a completare l'informatizzazione di tutte le prestazioni di Continuità Assistenziale, al fine di poter effettuare il caricamento del modulo M sul FSE del Cittadino.

6. PRESTAZIONI PREVISTE NEI PAI EROGABILI DA MMG

Sono riconosciute come prestazioni diagnostiche eseguibili dai medici di medicina generale, quelle assicurate esclusivamente nei confronti dei propri assistiti per i quali è stato redatto e validato il PAI e che siano esenti per le determinate prestazioni.

ATS raccoglierà le manifestazioni di interesse a partecipare alla erogazione delle prestazioni elencate nell'Accordo integrativo regionale, da parte dei medici operanti nel territorio di competenza e provvede a verificare la sussistenza dei requisiti strutturali, tecnologici e professionali dell'operatore, così come previsti dalla normativa vigente in

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969

materia come integrata dalle specifiche indicazioni regionali di cui alla DGR XI/1046 del 17/12/2018 citata in premessa e successive indicazioni regionali.

L'autorizzazione all'erogazione delle prestazioni sarà comunque vincolata alla programmazione ATS, che terrà conto della mappatura dei bisogni di prestazioni diagnostiche dei gestori o dei Medici in Forma Singola, e dai livelli di offerta da parte degli erogatori

Per tutto quanto non esplicitato nel presente accordo, si fa riferimento a quanto riportato nella "Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale valido per il 2019", citata in premessa.

Siglato in Milano, il 29/05/2019

ATS Città Metropolitana di Milano:

DIRETTORE GENERALE: Dr Walter Bergamaschi

OOSS:

- *FMMG*
- *INTESA SINDACALE*
- *SMI*
- *SNAMI*

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969

Allegato 1

Progetti di GOVERNO CLINICO 2019 per la Medicina Generale

Gli Accordi Integrativi Regionali per la Medicina Generale Anno 2019 hanno definito i seguenti progetti di governo clinico, valevoli per l'anno 2019:

1. *Chiamata proattiva dei propri assisiti qualificati come "pazienti cronici" ai fini della presa in carico;*
2. *Partecipazione all'offerta vaccinale;*
3. *Partecipazione ai programmi di screening oncologici*

Il Medico di Medicina Generale che intende aderire al Governo clinico si impegna a partecipare ad almeno uno dei progetti di seguito descritti.

Si rammenta inoltre che l'adesione al Governo clinico è uno dei requisiti previsti nell'AIR 2009 -2010 per il mantenimento delle indennità di forma associativa e personale di studio.

Il medico che aderisse a più progetti, sarà valutato sull'insieme degli obiettivi raggiunti, tenendo conto, ai fini del riconoscimento economico, del progetto nel quale risulteranno raggiunte le migliori performance.

Progetto 1: Chiamata proattiva dei propri assisiti qualificati come "pazienti cronici" ai fini della presa in carico

Introduzione

Il modello organizzativo lombardo (LR 23/2015) sulla presa in carico e la successiva D.G.R. n. XI/754 del 5.11.2018 che riconosce al MMG il ruolo di clinical manager, cioè di diretto referente clinico dei propri assistiti e come tale redattore del PAI, presuppone l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure con individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente. Con questo scopo gli AA.II.RR. nel rispetto del Piano Nazionale Cronicità, definiscono 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 dei soggetti cronici, per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza.

Obiettivi

a) Valutare i propri assistiti individuati da ATS come cronici e verificare la corretta classificazione e individuazione di questi ultimi;
b) 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.

Modalità di attuazione

Il MMG che aderisce al progetto si impegna a:

1. *Valutare i propri assistiti individuati da ATS come cronici, il cui elenco è pubblicato nell'area riservata del sito ATS e verificarne la corretta classificazione;*
2. *Chiamare attivamente gli assistiti cronici già reclutati lo scorso anno per proporre loro il rinnovo;*
3. *Contattare gli assistiti non ancora in PiC presenti nell'elenco per illustrare la proposta ed invitarli ad aderire al modello regionale di presa in carico;*
4. *Redigere il PAI ai pazienti aderenti, utilizzando, se in forma singola, la propria cartella clinica (SSI) integrata con i servizi esposti da GPC;*
5. *Attenersi agli indicatori previsti dal progetto ed illustrati di seguito.*

Indicatori

Al fine del raggiungimento degli obiettivi, di seguito sono dettagliati gli indicatori previsti dal progetto:

- *<u>Medici aderenti alla Presa in Carico dei Cronici (PIC) nel corso del 2019 per il primo anno</u>: 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);*

- ***Medici aderenti alla PIC nel corso del 2018 che nel predetto anno non abbiano raggiunto la percentuale del 30% di adesione dei propri assistiti:*** *oltre al rinnovo dei PAI 2018, adesione alla presa in carico e redazione del relativo PAI completo 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;*

- ***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;*

- ***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).*

Tempi di realizzazione

- *Entro 30 giugno 2019: adesione da parte dei MMG interessati attraverso il portale nel sito web ATS*
- *Entro 20 giugno: pubblicazione degli elenchi dei pazienti arruolabili;*
- *1° marzo 2020: chiusura del progetto, fatta salva la possibilità di arruolamento oltre il 31 dicembre 2019.*

Riconoscimento economico

Entro il 31 luglio 2019 ai MMG aderenti al progetto verrà corrisposto il 50% della somma prevista dal vigente ACN a titolo di anticipazione, con riferimento alla popolazione assistita al 1° gennaio 2019, 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 corrisposto a saldo proporzionalmente al raggiungimento degli obiettivi fissati. La quota di acconto non sarà riassorbita qualora siano effettuati i punti 1, 2, 3 delle modalità operative.

Progetto 2: Partecipazione all'offerta vaccinale

Introduzione

L'influenza costituisce un importante problema di sanità pubblica dato l'elevato numero di casi che si verificano ogni anno e che si manifestano in forma epidemica durante la stagione invernale. I casi severi e le complicanze dell'influenza sono maggiormente frequenti nei soggetti ultra 65enni ed in determinate categorie a rischio, quali diabete, malattie immunitarie, cardiovascolari e respiratorie.
Nell'ambito del Piano regionale di prevenzione vaccinale 2017/2019, è prevista la partecipazione attiva dei medici di medicina generale alle campagne vaccinali attivate da ATS, contribuendo all'offerta vaccinale e al raggiungimento dei piani di copertura previsti dai LEA.

Obiettivi

Fermo restando che l'obiettivo minimo fissato dai LEA prevede la copertura vaccinale antinfluenzale ad almeno il 75% della popolazione target, è obiettivo del progetto la partecipazione attiva all'offerta vaccinale (campagna vaccinazione antinfluenzale) e la collaborazione da parte dei MMG al raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti dai LEA.

Modalità di attuazione

Il MMG che aderisce al progetto si impegna a:

- *contribuire all'incremento di almeno il 20%, a livello aziendale, dell'adesione alla campagna vaccinale da parte della popolazione target rispetto al risultato dell'anno precedente;*
- *contattare, invitando ad effettuare la vaccinazione, almeno il 75% degli assistiti di età ≥65 anni, rendicontando l'avvenuto contatto nell'apposito applicativo predisposto da ATS;*
- *rendicontare le vaccinazioni eventualmente effettuate direttamente dal MMG, nell'apposito applicativo;*
- *segnalare, sempre nell'applicativo, eventuali assistiti di età ≥65 anni vaccinati tramite canali alternativi (es. assistiti vaccinati privatamente da altri medici),*

Indicatori

L'obiettivo si ritiene raggiunto a fronte di:

1. *evidenza dell'avvenuto contatto da parte del MMG degli assistiti di età ≥65 anni i cui nominativi sono presenti nell'elenco pubblicato nell'area riservata; (Peso 35%)*
2. *incremento di almeno 20%, a livello aziendale, della copertura vaccinale nella popolazione target rispetto al risultato dell'anno precedente (risultato atteso ≥ 67%) Saranno computati nel totale degli assistiti vaccinati anche quelli che aderiscono*

alla campagna vaccinale tramite canali alternativi, documentati, dal Medico di Assistenza Primaria. (Peso 35%)

3. *Vaccinazione di almeno 60% degli assistiti di età ≥65 anni in elenco (Peso 30%).*

Tempi di realizzazione

- *Entro 30 giugno 2019: adesione da parte dei MMG interessati attraverso il portale nel sito web*
- *Entro 31 agosto 2019: pubblicazione degli elenchi degli assistiti vaccinabili ultra 65enni*
- *31 gennaio 2020: chiusura rendicontazione nell'apposito applicativo*

Riconoscimento economico

Entro il 31 luglio 2019 ai MMG aderenti al progetto verrà corrisposto il 50% della somma prevista dal vigente ACN a titolo di anticipazione, con riferimento alla popolazione assistita al 1° gennaio 2019, 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.

Per quanto riguarda l'organizzazione delle vaccinazioni presso gli studi dei medici, si fa riferimento al "programma operativo" della campagna antiinfluenzale 2018, definito lo scorso anno. Tale documento sarà comunque rivalutato in sede di Comitato aziendale entro settembre 2019.

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969

Progetto 3. Partecipazione ai programmi di screening oncologici

Introduzione

La progettualità è attuata in ATS da diversi anni. Nel 2018 sono stati contattati dai medici 85.984 assistiti per il programma del colon retto e 14.580 donne per il programma della mammella.

Mediamente sono stati contattati dai MMG, che hanno attuato il progetto, l'81% della popolazione target.

A seguito delle azioni previste dal governo clinico dello scorso anno, il 15 % dei soggetti ha poi eseguito l'esame di screening.

Per quest'anno lo screening della ca della cervice uterina non viene inserito nel progetto di Governo clinico sugli screening oncologici, in quanto lo stesso è realizzato in maniera strutturata solo nel territorio di Lodi.

Obiettivi

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

Modalità di attuazione

1. *I medici aderenti saranno invitati ad eseguire una FAD ATS sugli screening oncologici, finalizzata all'incentivazione all'adesione.*
2. *Al medico saranno segnalati gli assistiti che non hanno risposto nell'anno 2018 alla chiamata attiva dei Centri screening di ATS.*
3. *Il progetto è articolato in 2 ambiti:*
   A. *screening mammografico: viene chiesto al MMG di sensibilizzare le proprie assistite, che corrispondono alle caratteristiche di seguito indicate, relativamente alla possibilità di sottoporsi alla mammografia di screening, contattando il numero verde del centro screening:*
      - *età: fascia di screening (50 – 74 anni)*
      - *non è stata eseguita una mammografia negli ultimi due anni*
      - *assenza di ricovero per tumore alla mammella*
      - *residenti nei comuni ATS Milano Città Metropolitana*
      - *con MMG dell'ATS Milano Città Metropolitana attivo che aderisce al progetto*
   B. *screening colon rettale: viene richiesto ai MMG di sensibilizzare i propri assistiti, che corrispondono alle caratteristiche di seguito indicate, ad effettuare la ricerca del sangue occulto nelle feci, contattando il numero verde del centro screening:*
      - *età: fascia di screening (50 – 74 anni)*
      - *non è stata eseguita una ricerca di sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni*
      - *residenti nei comuni ATS Milano Città Metropolitana*
      - *con MMG dell'ATS Milano Città Metropolitana attivo che aderisce al progetto*

4. *Gli elenchi degli assistiti contattabili saranno resi disponibili da parte di ATS su una piattaforma informatica. Tali elenchi saranno fissi alla data di estrazione ai fini del conteggio della percentuale di raggiungimento dell'obiettivo.*
5. *La sensibilizzazione può avvenire mediante:*
   a. *contatto telefonico da parte del medico;*
   b. *colloquio diretto da parte del medico;*
   c. *altra procedura di contatto.*
6. *La rendicontazione avviene attraverso la specifica piattaforma on line disponibile nell'area riservata del sito ATS, in cui il medico segnala:*
   a. *l'assistito non contattabile, indicandone la motivazione;*
   b. *l'avvenuto contatto, indicando in quale modo è stato effettuato e registrando l'indirizzo di posta elettronica e/o numero di telefono dell'assistito, previa acquisizione del consenso, anche verbale;*
   c. *eventuali accertamenti clinici già effettuati (mammografia negli ultimi 24 mesi, sangue occulto negli ultimi 24 mesi, colonscopia negli ultimi 5 anni), con relativo esito;*
   d. *gli assistiti che accettano di sottoporsi alla mammografia di screening o alla ricerca di sangue occulto nelle feci e che quindi riceveranno una lettera dal Centro Screening*
7. *Saranno inoltre resi visibili ai MMG, sulla stessa piattaforma, i dati relativi alla effettiva adesione allo screening da parte degli assistiti che accettano di sottoporvisi.*

Indicatori

I medici partecipanti al progetto dovranno effettuare la FAD, messa a disposizione entro luglio.
Contatteranno ed inviteranno ad aderire almeno l'80% dei propri assistiti, che non hanno risposto nell'anno 2018 alla chiamata attiva dei centri screening dell'ATS, rendicontando l'attività nell' apposito applicativo messo a disposizione da ATS. (per screening mammario peso 30%. - per screening colon rettale peso 30%).
Il medico sarà inoltre valutato positivamente qualora almeno il 7 % dei suoi assistiti target partecipi complessivamente ad entrambi gli screening (ivi compresi i casi di cui al punto 6.c.) o almeno l'8 % degli assistiti target dei medici partecipanti al progetto, considerati per ambito distrettuale (peso 40%).

Tempi di realizzazione

Entro 30 giugno 2019: adesione da parte dei MMG interessati attraverso il portale nel sito web ATS
Entro 20 giugno 2019: pubblicazione degli elenchi
Entro 29 febbraio 2020: effettuazione FAD e rendicontazione dei dati nell'apposito applicativo

Riconoscimento economico

Entro il 31 luglio 2019 ai MMG aderenti al progetto verrà corrisposto il 50% della somma prevista dal vigente ACN a titolo di anticipazione, con riferimento alla popolazione assistita al 1° gennaio 2019, 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 in relazione al raggiungimento degli obiettivi fissati.
Allegato 2

Progetto Continuità Assistenziale – sperimentazione nuove modalità di integrazione territoriale tra assistenza primaria e continuità assistenziale

1. *Premessa*

Nel corso del biennio 2017/2018, per garantire uniformità nei diversi territori dell'ATS Città Metropolitana di Milano, è stata avviata la riorganizzazione della Continuità assistenziale con l'introduzione della centrale operativa unica gestita dalla Agenzia Regionale di Emergenza e Urgenza (AREU) attraverso operatori laici, l'adeguamento delle sedi territoriali, l'implementazione dell'attività ambulatoriale e di quella delle postazioni, l'informatizzazione di tutto il processo assistenziale, la realizzazione di corsi di formazione per i MCA, l'avvio di una nuova modalità di rilevazione presenza dei MCA nelle rispettive sedi.
Le azioni vanno nell'ottica di assicurare la presa in carico globale del paziente nei setting domiciliari e ambulatoriali durante le fasce orarie di operatività del servizio.
L'implementazione del nuovo modello fa sì che il Medico di continuità assistenziale svolga un ruolo attivo all'interno della organizzazione territoriale e in particolare all'interno dell'area delle cure primarie, secondo le linee di indirizzo indicate dalla L.R. 23/2015, che mirano ad orientare la presa in carico della persona nel suo complesso, riorganizzando ed ottimizzando il sistema di cure primarie sul territorio regionale, anche in previsione del ruolo unico della medicina generale e della futura integrazione nelle AFT, come previsto dagli Accordi Integrativi Regionali della Medicina Generale, per garantire all'assistito di accedere per almeno 16 ore al giorno per sette giorni alla settimana al sistema delle cure primarie.

2. *L'esperienza condotta nell'ATS*

Nel biennio 2017/2018 ATS ha attivato un modello per garantire l'accoglienza immediata della richiesta dell'utente e l'inoltro al medico del servizio di C.A. per la presa in carico dello specifico bisogno assistenziale, assicurando il rispetto dei tempi di intervento richiesti alla tipologia di servizio, anche con lo scopo di ridurre gli accessi in PS per codici bianchi.
La novità più rilevante risiede nella "presa in carico" del cittadino da parte del medico di Continuità Assistenziale presente sul territorio, con piena assunzione di responsabilità circa la scelta dell'intervento sanitario più appropriato per ciascun assistito: consulenza telefonica, visita domiciliare o invio ad una visita ambulatoriale, anche successivamente ad una consulenza telefonica nel caso il problema persistesse.
Si sta inoltre operando per accelerare e rafforzare l'azione di ATS per favorire una reale transizione della Medicina Generale verso l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, anche mediante l'ampliamento dell'offerta ambulatoriale della continuità assistenziale fino alle ore 24 con l'integrazione della stessa all'interno di PreSST e Gruppi di

cure primarie nell'ottica della costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della medicina di famiglia.

Di seguito le esperienze realizzate nel 2018:

Milano:

- *PreSST via Livigno (presenza di ambulatorio CA, gruppo MMG, specialistica ambulatoriale)*
- *PreSST via Farini (presenza di ambulatorio CA, gruppo MMG e ambulatorio pediatrico festivo/prefestivo e sabato, specialistica ambulatoriale)*
- *Gruppo di cure primarie Casa medica via dei Cinquecento (gruppo MMG e PdF, postazione CA, ambulatorio pediatrico festivo/prefestivo e sabato)*

Melegnano Martesana:

- *Gruppo di cure primarie Peschiera Borromeo (gruppo MMG e ambulatorio CA)*
- *POT Vaprio d'Adda (ambulatorio CA, postazione CA, attività ASST)*

Rhodense:

- *POT Bollate (ambulatorio CA, postazione CA, ambulatorio pediatrico prefestivo e sabato, attività ASST)*

3. *Il progetto*

Considerata la sperimentazione avviata nel 2018, occorre favorire lo sviluppo di forme di medicina di gruppo/rete, integrate con la rete della continuità assistenziale, per garantire all'assistito di accedere per almeno 16 ore al giorno per sette giorni alla settimana al sistema delle cure primarie ed essere preso in carico da professionisti che conoscono e condividono la sua cartella clinica.
Si proseguirà il modello sopra descritto, con particolare attenzione alle azioni di seguito declinate:

- *Integrazione della CA nei PreSST e nei gruppi di cure primarie al fine di garantire la continuità di accesso all'utenza nell'arco delle 16 ore giornaliere*
- *Implementazione e condivisione delle informazioni sanitarie utili a garantire la continuità delle cure, attraverso la messa in rete delle cartelle informatizzate degli ambulatori di Continuità assistenziale, quando collocati in prossimità di gruppi di cure primarie*
- *stampa delle ricette informatizzate eventualmente prodotte, in forma dematerializzata, tramite SISS.*
- *Revisione della rete di offerta ai fini di omogenizzare le attività sul territorio.*

4. *Obiettivi*

Il presente progetto, che implementa le attività avviate lo scorso anno, si prefigge i seguenti obiettivi:

- *Migliorare l'accessibilità alle cure primarie da parte del cittadino attraverso la disponibilità di servizi territoriali aperti dalle ore 8.00 alle ore 24.00 nei giorni feriali e dalle ore 9.00 alle ore 21.00 nei sabati e festivi*
- *stampa ricette dematerializzate.*

5. *Risultati attesi*

- *Verificare la capacità di incidere sugli accessi medici al PS (indicatore: confronto triennale degli accessi per codici bianchi suddiviso per territorio e fascia oraria di presenza del servizio di CA)*
- *Coinvolgimento dei MCA alle riunioni dei MMG del gruppo, ove già condivisi gli spazi (indicatore: evidenza del verbale di incontro)*

6. *Compensi*

Riconoscimento economico dopo verifica del raggiungimento degli obiettivi individuali di cui la punto 4., della quota di € 26 per ogni turno in ambulatorio serale e € 78 per ogni turno in ambulatorio diurno.

7. *Fonti di finanziamento*

€ 635.000, oneri compresi, quale quota parte del Fondo RAR.

La quota del fondo eventualmente non distribuita, sarà utilizzata per ulteriori progettualità della Continuità assistenziale da definire sul Tavolo tecnico