

Accordo Integrativo regionale MMG per l'anno 2018

Considerato il mancato rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale deputato a disciplinare i principi di riforma della medicina territoriale disposti dalla legge n. 189/2012, che presuppongono l'avvio delle aggregazioni funzionali territoriali e delle unità complesse di cure primarie e l'istituzione del ruolo unico oltre che degli istituti normativi ed economici introdotti anche con l'ultimo Atto di indirizzo approvato il 27 luglio 2017;

Richiamata la legge regionale n. 23/2015 che ha introdotto, tra i suoi obiettivi, l'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

le parti

concordano di prorogare l'Accordo Integrativo regionale 2017 per il 2018 nella parte economica e normativa, con le modifiche/integrazioni di seguito descritte.

In questo contesto la medicina territoriale, che già rappresenta il luogo centrale per la cura e il primo accesso per l'assistito, viene valorizzata nella sua dimensione clinica e proattiva e le viene riconosciuto un ruolo fondamentale nel percorso di presa in carico del paziente, in particolare cronico e fragile.

Elementi caratterizzanti dell'accordo Integrativo regionale per il 2018 diventano pertanto: la presa in carico dei pazienti cronici, la prevenzione con particolare riferimento al piano nazionale prevenzione vaccinale e l'adozione di misure atte a far fronte alla progressiva carenza di medici.

Le ATS dovranno stipulare Accordi aziendali entro il 31 marzo 2018, nei quali individuare le attività che intendono assicurare e le rispettive quote RAR, nell'ambito dell'assegnazione di risorse aggiuntive regionali, ricevuta e vincolata alle voci previste nel precedente AIR.

PROGETTI DI GOVERNO CLINICO

Per il 2018 si prevedono i seguenti progetti di governo clinico per tutti gli MMG:

1. Partecipazione attiva all'offerta vaccinale prevista dal piano regionale di prevenzione vaccini 2017-2019, in particolare alle campagne vaccinali per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale previsti dai LEA;
2. Partecipazione attiva ai programmi di screening alla mammella, colon e cervice uterina;
3. Partecipazione attiva a programmi di individuazione degli assistiti ad alto rischio di cronicizzazione e promozione di corretti stili di vita;
4. Prescrizione on line su Assistant RL della protesica non personalizzata;
5. Budget ADP per pazienti cronici/fragili individuati dalla ATS e verificati da MMG nei limiti previsti dall'ACN vigente.

I progetti dovranno essere individuati sulla base delle potenzialità e delle criticità presenti a livello territoriale, perseguire obiettivi e raggiungere risultati numericamente significativi, prevedere obiettivi certi e misurabili, permettere una valutazione quali-quantitativa sia dei risultati raggiunti che dell'attività del singolo medico. Si prevede l'adesione da parte del medico ad almeno una delle



proposte sopra elencate unitamente alla partecipazione ad uno specifico corso di formazione in materia di presa in carico del paziente cronico organizzato dall'ATS.

Per le progettualità che prevedano interventi di tipo formativo dovrà essere certificata l'effettiva partecipazione del medico.

Le ATS individueranno i progetti previa intesa in sede di Comitato Aziendale entro il 31 marzo 2018 e li invieranno alla competente struttura della Direzione Generale Welfare per la successiva valutazione. Qualora si ritenessero necessarie modifiche o integrazioni ai progetti presentati, saranno richieste dalla competente struttura della DG Welfare entro il 30 aprile 2018.

Entro il 30 luglio 2018 agli aderenti al progetto di governo clinico verrà corrisposto il 50% della somma prevista dal vigente ACN; la rimanente quota, previa verifica del nucleo di valutazione aziendale, sarà corrisposta a saldo proporzionalmente al raggiungimento degli obiettivi fissati.

CARENZA MEDICI

L'elevato numero di MMG che sono cessati nel 2017 o cesseranno nel corso del 2018 conferma e per un verso anticipa il trend progressivo di crescita delle cessazioni dovuto ai pensionamenti. Tale situazione potrebbe diventare particolarmente critica soprattutto nei Comuni territorialmente disagiati. Pertanto, tenuto conto delle disposizioni nazionali vigenti e nelle more della definizione del nuovo ACN, in coerenza con le attività in corso e con le proposte già formulate alla DG Welfare dalle ATS, ferma restando l'autonomia delle ATS nella determinazione del perimetro degli ambiti territoriali di scelta, la cui ampiezza rappresenta la prima variabile ai fini anche della futura ubicazione del medico, le parti concordano quanto segue.

1) Zone con prevalenza di popolazione anziana o territorialmente disagiate

Nelle zone in cui è predominante (di norma superiore al 50% degli abitanti) la presenza stanziale di popolazione anziana over 65 o particolarmente disagiate sotto il profilo oro-geografico o viabilistico, è necessario porsi l'obiettivo di assicurare la presenza del MMG. Secondo la normativa nazionale vigente, a fronte delle cessazioni nell'ambito territoriale si determinano le condizioni per la pubblicazione di uno o più ambiti carenti, ma non quelle per l'attribuzione di incarichi provvisori perché i criteri di calcolo sono differenti (nel primo caso il rapporto ottimale, nel secondo caso il numero di assistiti che eccede la somma dei massimali). Questa modalità comporta forti disagi per gli assistiti, che sono costretti a scegliere un nuovo MMG spesso lontano in attesa che si inserisca il medico titolare, anche diversi mesi dopo la pubblicazione dell'ambito carente con vincolo di apertura nella zona indicata oppure che la pubblicazione vada deserta.

Per superare tali criticità, è data facoltà alle ATS di attribuire incarichi provvisori nella zona ove sia rilevata la successiva pubblicazione di ambito carente con vincolo di apertura. In questo caso la sede è da reperirsi, nel rispetto dell'articolo 38 comma 6 del vigente ACN, anche con il coinvolgimento di tutte le PA locali al fine di garantire la prossimità dell'assistenza. Tale procedura può essere attivata solo se nessuno dei medici dell'ambito sia disponibile ad aprire uno studio secondario nella zona disagiata.

Qualora per tre pubblicazioni successive l'ambito così pubblicato non sia stato coperto, è data facoltà all'ATS di individuare la zona dell'ambito con vincolo di apertura come "zona disagiata" e di prevedere per il Medico di Medicina Generale che accetti l'incarico una remunerazione extra di 6000€ annui onnicomprensivi, compatibilmente con l'assegnazione economica della ATS e dando informazione alla competente struttura della DG Welfare.

In tutti i casi in cui il medico cessato disponga di indennità variabili legate a standard erogativi ed organizzativi, il cui mantenimento deve essere costantemente monitorato dalle ATS, è richiesto ai



medici che subentrano nella forma associativa di garantire i medesimi standard erogativi e di struttura del medico al quale subentrano. Nello specifico, qualora subentrino ad un medico che ha più studi attivi sul territorio, devono garantire l'apertura degli studi secondari nelle medesime località del medico al quale subentrano, almeno fino al perdurare della criticità in accordo con la ATS.

2) Inserimento insufficiente di MMG

Qualora il numero di MMG che accettano l'inserimento negli ambiti carenti risulti inferiore alle reali necessità, previa richiesta dell'ATS ai medici autolimitati di sbloccare o innalzare l'autolimitazione anche prima che siano trascorsi i 3 anni previsti dall'ACN, è data facoltà ai medici, sempre su richiesta dell'ATS, di incrementare il proprio massimale individuale ai sensi dell'art. 39 comma 3 fino a 1800 scelte (anziché le attuali 1500) con un carico assistiti massimo di 2000 comprensivo degli iscritti a termine, inizialmente per un periodo massimo di 6 mesi, prorogabile di ulteriori 6 nelle more dell'attuazione del nuovo ACN.

L'incremento del massimale è consentito preferibilmente a quei MMG con personale di studio. Si dovranno preferire i medici i cui studi siano più vicini rispetto a quelli dei medici cessati.

Le richieste di incremento di massimale dovranno pervenire da parte della ATS alla competente struttura della DG Welfare per la successiva verifica e inoltrare a LISPA ai fini della modifica del massimale e del carico totale nell'applicativo regionale.

REMUNERAZIONE PAI

Regione Lombardia e le OO.SS. dei Medici di Medicina Generale concordano, in attuazione a quanto disposto dall'allegato D, lettera C, comma 1 e all'art. 59 lettera D comma 3 del vigente ACN che la redazione e gli aggiornamenti del Piano Assistenziale Individuale (PAI) da parte del medico di Medicina Generale sia una prestazione aggiuntiva e documento clinico fondamentale nella gestione della presa in carico proattiva dei pazienti cronici e fragili.

Per ogni PAI eseguito, comprensivo degli eventuali aggiornamenti, nel contesto e con le modalità del modello organizzativo regionale di presa in carico del paziente cronico e fragile adottato in attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale sperimentale 23/2015 e validato dall'ATS di riferimento, si prevede il compenso omnicomprensivo di 10€, da riconoscersi nel cedolino al medico di Medicina Generale con cadenza semestrale e quale quota parte della tariffa prevista per la funzione complessiva di accompagnamento alla presa in carico. Per ciascun assistito preso in carico nell'ambito del modello sopra descritto, sarà formulato un PAI, con gli eventuali aggiornamenti necessari.

Per la remunerazione dei PAI così come sopra individuati viene stanziata la somma di 12.800.000€. Eventuali risorse residue andranno a costituire un fondo a disposizione della medicina generale convenzionata la cui finalizzazione sarà definita con atto successivo, previa verifica nel mese di ottobre.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE



Si confermano le disposizioni normative ed economiche relative ai Medici di Continuità Assistenziale dell'AIR 2007 e successive modifiche ed integrazioni. Il Comitato Regionale per la Medicina Generale monitorerà e garantirà la puntuale e corretta applicazione dei contenuti dell'AIR.

Siglato in Milano, il

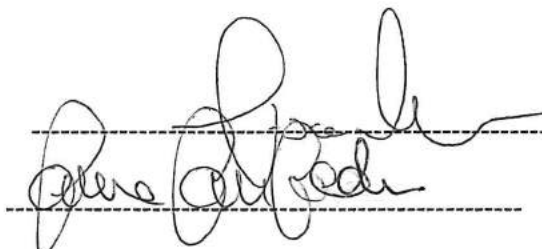
Per la Direzione Generale Welfare

Giovanni Daverio

Laura Lanfredini

Roberta Brenna

Marco Luca Caroli



Per le ATS

Mara Azzi

Carmelo Scarcella

Beatrice Stasi



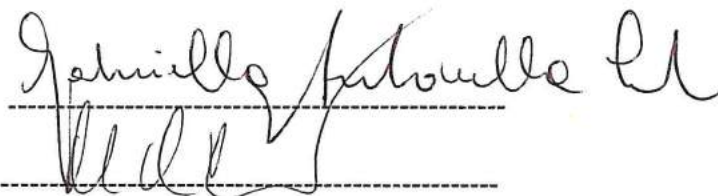
Per le OO.SS.

Gabriella Levato per FIMMG

Roberto Carlo Rossi per SNAMI

Enzo Scafuro per SMI

Antonio Sabato per INTESA SINDACALE





Regione Lombardia

Spett.le Direzione Generale
Welfare
U.O. Programmazione Rete
Territoriale
Struttura Cure Primarie
P.zza Città di Lombardia, 1
20124 Milano

Dichiarazione a Verbale

Preso atto dell'art. 22 comma 11 dell'ACN per la Medicina Generale, si firma il presente AIR per assicurare la presenza SNAMI ai Tavoli Aziendali.

SNAMI non modifica le sue perplessità e forti critiche nei confronti delle Delibere 6164 del 30.1.2017, 6551 del 4.5.2017 e 7655 del 28.12.2017.

Lo SNAMI ritiene che la compilazione del PAI, come previsto dal PNC, debba essere compito precipuo del MMG indipendentemente dall'adesione alle Delibere di cui sopra.

Distinti saluti

Il Presidente SNAMI Lombardia
Dottor Roberto Carlo Rossi

Milano 23 gennaio 2018