

## **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.

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 AAIRR, 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."

### **ACCORDI AZIENDALI**

Le ATS dovranno stipulare gli Accordi aziendali entro il 31 marzo 2019, nei quali dovranno 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**

Il MMG deve aderire ai seguenti progetti di governo clinico:

1) Attività collegate alla presa in carico dei pazienti cronici propri assistiti, mediante le seguenti azioni:

- valutazione di tutti i propri assistiti individuati dalla ATS come cronici per verificare la correttezza della classificazione e individuare gli assistiti per i quali l'attivazione della presa in carico è prioritaria rispetto agli assistiti per i quali l'attivazione della presa in carico non è prioritaria. La valutazione deve essere documentata e contenere le motivazioni della scelta.
- chiamata attiva dei propri pazienti cronici individuati come prioritari per illustrare e proporre l'adesione al modello regionale della presa in carico. Indicatore: adesione alla presa in carico per almeno l'80% dei propri assistiti cronici definiti come prioritari e redazione dei relativi PAI;
- attività di relazione con il Gestore individuato dal paziente per assicurare la continuità del percorso di presa in carico (per il medico clinical manager in base a quanto disposto dalla DGR n. XI/754 del 5.11.2018) e con gli specialisti per lo scambio di informazioni cliniche in relazione al percorso assistenziale definito dal PAI. Indicatore: evidenza dei contatti nell'applicativo PAI;
- prescrizione protesica on line per i pazienti cronici. Indicatore: 100% delle prescrizioni protesiche per i pazienti effettuate on line.

2) Attività di diagnosi precoce di condizioni di rischio aumentato per le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) nella popolazione in età 45 – 60, mediante le seguenti azioni:

- individuazione della popolazione target nella fascia di età 45-60 anni, mediante sotto stratificazione della popolazione in relazione a presenza di fattori di rischio intermedi (ipertensione, glicemia elevata, dislipidemie, obesità/sovrappeso) e/o una cronicità non complicata e con particolare attenzione alla presenza di fattori di rischio socio – economici;
- chiamata attiva e offerta di approccio comportamentale (counselling motivazionale breve) in grado di potenziare le risorse personali individuali (empowerment), di interventi di educazione sanitaria per l'adozione consapevole di stili di vita salutari e, se necessario, di interventi farmacologici;
- invio ai servizi individuati da ATS (attività fisica, cessazione tabagica, sovrappeso - obesità)

I fattori di rischio devono essere rilevati attraverso l'applicativo PAI mediante una sezione dedicata. Indicatore: chiamata e rilevazione dei fattori di rischio tramite l'applicativo per almeno il 30% dei propri assistiti nella fascia di età prevista.

Eventuali residui governo clinico sono utilizzati su progetto finalizzato al governo della resistenza agli antibiotici da svilupparsi attraverso audit clinici tra i medici prescrittori sia di medicina generale che specialisti ospedalieri, partendo da una rilevazione

epidemiologica iniziale, con un limite di erogazione che non può superare i 3,08 per assistito.

Le ATS recepiscono i progetti negli accordi aziendali che saranno inviati alla competente struttura della Direzione Generale Welfare entro il 5 aprile 2019. Qualora si ritenessero necessarie modifiche o integrazioni ai progetti presentati, saranno richieste dalla competente struttura della DG Welfare entro il 30 aprile 2019.

Entro il 31 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**

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 la limitazione fino a 1000 scelte soltanto in presenza di attività compatibile necessaria al sistema del SSR (p. e. attività di medico negli istituti penitenziari).

### **CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

In vista dell'approvazione del ruolo unico della medicina generale e al fine di favorire uno sviluppo coerente della rete di offerta delle cure primarie, le parti concordano di armonizzare il rapporto ottimale della continuità assistenziale con il rapporto ottimale dei medici di assistenza primaria, individuato nell'Accordo Integrativo Regionale del 5 ottobre 2011, approvato con D.G.R. n. IX/2382 del 20/10/2011, e attuato dal 2019 in tutte le ATS nella misura di 1/1300, portando il rapporto da 1 medico ogni 5000 abitanti ad 1 medico ogni 6500 abitanti.

### **REMUNERAZIONE PAI 2019**

Anche per l'anno 2019 viene garantita la remunerazione dei PAI eseguiti e validati, comprensivi degli eventuali aggiornamenti, secondo la quota e le modalità previste

nell'AIR sottoscritto in data 24 gennaio 2018 e approvato con D.G.R. n. 7851 del 12/02/2018. 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 e chiarisce ulteriormente le modalità di remunerazione dei PAI in coerenza con l'AIR sopra citato.

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

Si mantiene la pubblicazione degli ambiti carenti di ottobre, a conclusione di tutte le procedure previste in ACN.

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.

Le parti concordano che qualora la graduatoria aziendale così come disciplinata al comma 6 dell'art. 15 dell'ACN non fosse sufficiente ad esaurire le necessità aziendali di incarichi provvisori, a tempo determinato CA o di sostituzione, le ATS possono ricorrere ai medici di cui ai commi c), d) ed e) secondo il medesimo ordine di priorità anche per il conferimento di incarichi provvisori o a tempo determinato CA.

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

In relazione a quanto previsto dall'art. 67 comma 1 dell'ACN vigente, le parti concordano che:

- i medici di continuità assistenziale rilevano secondo le modalità definite dalla ATS le prestazioni ambulatoriali e domiciliari eseguite a favore dei cittadini residenti in ambiti territoriali esterni a quelli afferenti alla sede di servizio;
- la ATS remunera trimestralmente tali prestazioni direttamente al medico di continuità assistenziale che le ha eseguite con le tariffe pari all'80% di quelle previste dall'art. 57 comma 3 in coerenza con il comma 5 del medesimo articolo (ad esclusione delle prestazioni rese durante il servizio di guardia turistica).

- le prestazioni rilevate in forma incompleta non potranno essere remunerate.

Quanto sopra disposto modifica e sostituisce le disposizioni in materia contenute nell'AIR 2007.

Siglato in Milano, il

**Per la Direzione Generale Welfare**

Luigi Cajazzo -----

Laura Lanfredini -----

Roberta Brenna -----

**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 -----