



Accordo Integrativo Aziendale 2018 per la Medicina Generale

Premessa

- Richiamato l'ACN vigente;
- Richiamata la Legge regionale n. 23/2015
- Vista la DGR X/7600 del 20.12.2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2018";
- Vista la DGR X/7851 del 12.2.2018 "Approvazione Proposta di Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale valido per il 2018" che proroga per il 2018 le disposizioni economiche e normative contenute nell'Accordo Integrativo Regionale 2017;
- 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 2018 assegnata all'ATS Città Metropolitana di Milano di € 2.455.232 (pari ad € 0,81 oneri compresi per i 3.031.150 assistiti in carico ai MMG al 30 novembre 2017) viene così ripartita:

Mantenimento forme associative e personale di studio in essere	€ 1.931.964
Riconoscimento forme associative e personale di studio "non storicizzati"	€ 523.268

2. GOVERNO CLINICO

La quota di € 3,08 per assistito (complessivamente pari a € 10.304.545 oneri inclusi) viene utilizzata, secondo quanto previsto dall'AIR, per la realizzazione dei Progetti di Governo clinico (Allegato 1) relativi alle seguenti aree, individuate sulla base delle criticità e della pianificazione territoriale in un'ottica di inserimento delle progettualità all'interno di percorsi in atto da parte della ATS:

Handwritten signatures and initials on the right margin, including a large signature at the top and several smaller ones below.

1. Partecipazione attiva ai programmi di screening (mammella e colon-retto)
2. Partecipazione attiva a programmi di individuazione degli assistiti ad alto rischio di cronicizzazione e promozione di corretti stili di vita

Il MMG che intende aderire al Governo Clinico è tenuto a partecipare almeno ad uno dei progetti definiti nell'allegato unitamente alla partecipazione ad uno specifico corso di formazione in materia di presa in carico del paziente cronico organizzato dalla ATS. 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 il mancato raggiungimento degli obiettivi da parte di alcuni MMG sarà ridistribuita, con nuove progettualità e modalità da concordare in Comitato aziendale.

3. CARENZA MEDICI

La tematica sarà affrontata applicando integralmente l'accordo integrativo regionale, di seguito riportato.

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 delle 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 orogeografico 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 inoltro a LISPA ai fini della modifica del massimale e del carico totale nell'applicativo regionale.

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, sarà remunerato al MMG € 10 e riconosciuto come prestazione aggiuntiva inserita nel cedolino con cadenza semestrale, quale quota parte della tariffa prevista per la funzione complessiva di accompagnamento alla presa in carico.

5. CONTINUITA' ASSISTENZIALE

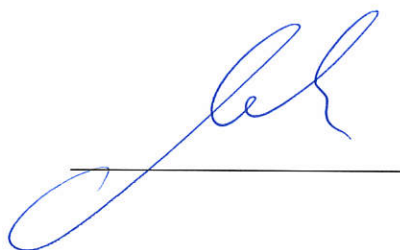
Nell'ottica di logico prosieguo delle progettualità condivise in data 5 dicembre 2017, il fondo di € 707.403 sarà destinato ai progetti:

- Coordinamento postazioni di CA;
- Implementazione delle attività ambulatoriali;
- Qualificazione dell'offerta nell'ambito del servizio di continuità assistenziale

Siglato in Milano il 7/3/2018

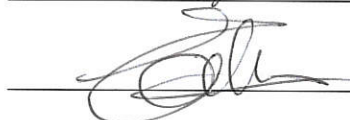
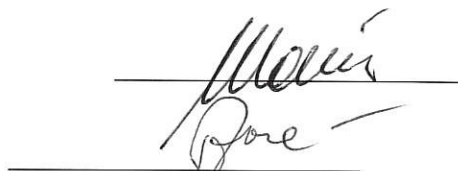
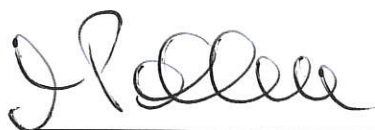
ATS Città Metropolitana di Milano:

DIRETTORE GENERALE: Dr. Marco Bosio



OOSS:

- FMMG
- INTESA SINDACALE
- SMI
- SNAMI



Progetti di GOVERNO CLINICO 2018 per la Medicina Generale

Visti gli Accordi Integrativi Regionali per la Medicina Generale Anno 2018 che prevedono di destinare le risorse relative al governo clinico per lo sviluppo di progettualità all'interno di aree di interesse per il medico di famiglia, ATS e le OO.SS. della Medicina Generale hanno definito le seguenti aree per sviluppare i progetti di governo clinico, valevoli per l'anno 2018:

1. Partecipazione attiva ai programmi di screening (mammella e colon-retto)
2. Partecipazione attiva a programmi di individuazione degli assistiti ad alto rischio di cronicizzazione e promozione di corretti stili di vita

Il Medico di Medicina Generale che intende aderire al Governo clinico si impegna a partecipare ad almeno uno dei progetti seguenti e a partecipare ad uno specifico corso di formazione in materia di presa in carico del paziente cronico organizzato da ATS.



Progetto 1: Partecipazione attiva ai programmi di screening (mammella e colon-retto)

Introduzione

La progettualità è attuata da anni. Nel 2017 Sono stati contattati dai medici 66.000 assistiti per il programma del colon retto e 11.500 donne per il programma della mammella.

Mediamente sono stati contattati dai MMG, che hanno attuato il progetto, l'86,2 % della popolazione target. In numero medio per singolo medico di persone da contattare è stato pari a 75.

Il 25 % dei soggetti che hanno dichiarato di voler aderire allo screening per il colon retto e il 17% di quelli della mammella hanno eseguito l'esame di screening.

Le percentuali di esecuzione del test al sono più che buone in quanto, secondo i dati Gisma e Giscor, le percentuali di rispondenza ai richiami si attestano intorno al 10% per colon retto e al 13% per mammografia

Per questi motivi vi è la condivisione di riproporre il progetto anche per il 2018.

Obiettivo del progetto

Il progetto si prefigge di incrementare l'adesione agli screening per la diagnosi precoce del tumore del colon retto e della mammella attraverso l'azione diretta di sensibilizzazione svolta dal medico di medicina generale.

Modalità di attuazione

1. Al medico saranno segnalati gli assistiti che costituiscono il gruppo critico della coorte di inviti 2018, alla quale verrà comunque trasmesso regolare invito di partecipazione nel corso dell'anno.
2. 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:
 - o età: fascia di screening (50 – 69 anni)
 - o non è stata eseguita una mammografia negli ultimi due round (4 anni)
 - o assenza di ricovero per tumore alla mammella dal 2000 (aggiornamento SDO 2017)
 - o residenti nei comuni ATS Milano Città Metropolitana
 - o con MMG dell'ATS Milano Città Metropolitana attivo che aderisce al progetto
 - B. screening colonrettale: 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:
 - o età: fascia di screening (50 – 69 anni)
 - o non è stata eseguita una ricerca di sangue occulto nelle feci negli ultimi due round (4 anni)
 - o residenti nei comuni ATS Milano Città Metropolitana



- o con MMG dell'ATS Milano Città Metropolitana attivo che aderisce al progetto
3. Gli elenchi degli assistiti contattabili saranno resi disponibili da parte di ATS su una piattaforma informatica.
 4. La sensibilizzazione può avvenire mediante:
 - a. contatto telefonico da parte del medico o suo collaboratore;
 - b. colloquio diretto da parte del medico o suo collaboratore;
 - c. altra procedura di contatto.
 5. 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 contattato
 - b. l'avvenuto contatto indicando in quale modo è stato effettuato
 - c. l'esclusione per accertamenti clinici già effettuati (mammografia negli ultimi 24 mesi, colonscopia negli ultimi 5 anni)
 - d. gli assistiti che accettano di sottoporsi alla mammografia di screening o alla ricerca di sangue occulto nelle feci e che quindi contatteranno il numero verde ATS.
 6. ATS restituirà i risultati degli aderenti a seguito della sensibilizzazione, sulla stessa piattaforma e li diffonderà, in forma aggregata, mediante la comunicazione periodica.

Tempi di realizzazione

Entro 15 aprile 2018: adesione da parte dei MMG interessati attraverso il portale nel sito web ATS

Entro 30 aprile 2018: pubblicazione degli elenchi

Entro 31 dicembre 2018: termine contatti con assistiti

Entro 31 gennaio 2019: rendicontazione dei dati nell'apposito applicativo

Indicatori

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo, il MMG aderente al progetto si impegna a contattare e rendicontare almeno il 70% degli assistiti presenti negli elenchi forniti da ATS (per screening mammario - peso 50%. - e per screening colonrettale - peso 50%)

Riconoscimento economico

Il riconoscimento economico verrà corrisposto ai MMG aderenti al progetto, con un acconto pari al 50% della quota totale, erogato entro il 31 luglio 2018, con riferimento alla popolazione assistita al 1 gennaio 2018. La rimanente quota verrà corrisposta a saldo, previa verifica del Nucleo di Valutazione Aziendale, proporzionalmente al raggiungimento degli obiettivi del progetto e secondo i pesi su riportati.

Progetto 2: Partecipazione attiva a programmi di individuazione degli assistiti ad alto rischio di cronicizzazione e promozione di corretti stili di vita

Introduzione

Le malattie cronic-degenerative hanno in comune alcuni fattori di rischio legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari modificabili, ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale di vita e di lavoro.

La prevenzione individuale delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) è un ambito di intervento strategico, al quale Regione Lombardia ha dedicato un Programma specifico nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018/24. Si tratta del 'Programma 6 - Prevenzione della Cronicità', teso a raccordare, pur nelle rispettive specificità operative, strategie di promozione della salute nelle comunità e interventi di prevenzione rivolti all'individuo, rappresentando quindi un percorso 'ponte' tra strategie di sanità pubblica e di cure primarie.

La stratificazione della domanda, approntata da Regione Lombardia con la d.g.r. n. 6164/17, induce a ripensare in senso proattivo il sistema regionale della prevenzione, al fine di anticipare la domanda di salute con idonee azioni personalizzate da rivolgersi a quella fascia di persone che oggi sono qualificabili come "non consumatori" ovvero "consumatori occasionali".

In questa prospettiva si colloca la presente progettualità.

Obiettivo

Il progetto ha come obiettivo l'implementazione di nuovi sistemi di presa in carico precoce della popolazione che presenta fattori di rischio per lo sviluppo di patologie croniche, al fine di sviluppare politiche di promozione della salute e di implementazione di modelli di prevenzione primaria.

Modalità di attuazione

1. I medici aderenti saranno invitati ad eseguire una FAD relativa ai possibili modelli di riduzione del rischio basati sulla implementazione della attività fisica, il miglioramento degli stili di vita finalizzati alla e la riduzione dell'abitudine al fumo.
2. Successivamente al completamento della FAD, al medico saranno segnalati gli assistiti che, sulla base di un algoritmo elaborato dalla ATS, presentano fattori di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari. In particolare saranno segnalati i pazienti che presentano la sola diagnosi di:

- ipertensione arteriosa, di recente diagnosi o non esenti
- ipercolesterolemia, di recente diagnosi o non esenti

I medici potranno eventualmente Integrare l'elenco con ulteriori pazienti a rischio, come ad esempio soggetti giovani forti fumatori.

3. Gli elenchi degli assistiti saranno resi disponibili da parte di ATS su una piattaforma informatica.
4. I medici attueranno il counselling specifico ai pazienti segnalati e registreranno l'attività in uno specifico applicativo predisposto da ATS.
5. ATS restituirà i risultati del progetto sulla stessa piattaforma e li diffonderà, in forma aggregata, mediante la comunicazione periodica.

Tempi di realizzazione

Entro 15 aprile 2018: adesione da parte dei MMG interessati attraverso il portale nel sito web ATS

Entro 30 aprile 2018: pubblicazione degli elenchi

Entro il 30 giugno: effettuazione FAD

Entro 31 dicembre 2018: termine dell'attività di counselling

Entro 31 gennaio 2019: rendicontazione dei dati nell'apposito applicativo

Indicatori

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo, il MMG aderente al progetto si impegna ad attuare il counselling, rendicontandolo, ad almeno l'80% di un massimo di 50 assistiti tra quelli presenti negli elenchi forniti da ATS.

Riconoscimento economico

Il riconoscimento economico verrà corrisposto ai MMG aderenti al progetto, con un acconto pari al 50% della quota totale, erogato entro il 31 luglio 2018, con riferimento alla popolazione assistita al 1 gennaio 2018. La rimanente quota verrà corrisposta a saldo, previa verifica del Nucleo di Valutazione Aziendale, proporzionalmente al raggiungimento degli obiettivi del progetto e secondo i pesi su riportati.

