



Agenzia di Tutela della Salute della Brianza
Accordo Aziendale
Medici di Medicina Generale e Continuità Assistenziale
2019

Le parti convenute:

- L'A.T.S. della Brianza, qui rappresentata dal Direttore Generale Silvano Casazza
- Le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative delle Cure Primarie firmatarie dell'accordo regionale e nello specifico :
 - FIMMG
 - INTESA SINDACALE
 - SMI
 - SNAMI

in attuazione di quanto stabilito con DGR XI/1591 del 07.05.2019 "Approvazione dell'accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale valido per l'anno 2019"

STIPULANO IL SEGUENTE ACCORDO

1. MEDICI DI MEDICINA GENERALE: Attività di Governo clinico 2019

Con il presente Accordo l'ATS della Brianza e i rappresentanti dei Medici di Assistenza primaria applicano, nel contesto programmatico e organizzativo proprio dell'ATS, gli indirizzi e i contenuti degli Accordi Regionali relativi al Governo Clinico (quote di cui all'art. 59 parte B, comma 15 dell'ACN 2009).

La partecipazione dei medici di medicina generale operanti nel territorio dell'ATS di Brianza è libera e volontaria

I Fondi afferiscono alla quota di € 3,08 per assistito (Fondo governo clinico 2019).

Per le modalità di adesione si prevede da parte di ogni singolo medico la sottoscrizione della scheda di adesione predisposta dal Dipartimento e la sua consegna alla ATS tramite recapito, di norma, via e - mail unicamente al seguente indirizzo dipartimento.cureprimarie@ats-brianza.it

La partecipazione dei medici di medicina generale alle progettualità del governo clinico a valere per l'anno 2019 si estrinseca nei seguenti tre progetti (ciascun MMG può aderire a un progetto):

- a) Progetto: Chiamata proattiva dei propri assistiti qualificati come "pazienti cronici" ai fini della presa in carico (PIC)**

1. Obiettivi del progetto

- 1.1** Favorire la partecipazione dei pazienti cronici assistiti dai MMG alla presa in carico attraverso un sistema di chiamata proattiva direttamente da parte del MMG o anche per tramite delle società di servizio; l'obiettivo si estrinseca sui nuovi pazienti e sui rinnovi in considerazione che nell'anno 2019,

a differenza del 2018, gli assistiti non riceveranno una comunicazione diretta da parte di ATS. Allo scopo ATS fornisce al MMG l'elenco dei pazienti cronici arruolabili presumibilmente entro 20 gg dal ricevimento del file da parte di Lombardia Informatica (ATS preciserà la data esatta non appena disponibile)

- 1.2 Qualificare la valutazione degli assistiti del MMG individuati dalla ATS come cronici verificando la corretta classificazione e individuazione di questi ultimi. L'elenco dei pazienti cronici arruolabili, fornito da ATS, verrà restituito ad ATS qualificato e aggiornato con la corretta classificazione. Ai fini della completa qualificazione; il medico potrà aggiungere nuovi pazienti non in elenco ma giudicati cronici dal MMG e ne indicherà l'eleggibilità secondo i criteri previsti dalle DD.GG.RR. in materia
- 1.3 Aumentare il numero complessivo dei PAI pubblicati e di conseguenza dell'impatto sulla popolazione del progetto regionale sulla presa in carico. ATS metterà in atto le attività di informazione e di comunicazione verso i cittadini, così come concordato con Ordini dei Medici e le altre organizzazioni coinvolte. Tale materiale sarà messo a disposizione anche degli MMG.
- 1.4 Completare ovvero qualificare l'azione di redazione del PAI introducendo anche le indicazioni previste nell'area della prevenzione ivi compresa la copertura vaccinale.

2. Risultati attesi

- 2.1. Incremento dell'adesione dei pazienti al progetto di presa in carico del paziente cronico.
- 2.2. Maggiore completezza del PAI con anche indicazioni nell'area della prevenzione, ivi compresa l'offerta vaccinale.

La valutazione del positivo raggiungimento del risultato è graduato in relazione ai livelli di partecipazione dei MMG al progetto nell'anno precedente, come di seguito evidenziato; il dato percentuale ai fini della valutazione deve essere parametrato con particolare attenzione ai nuovi medici aderenti al numero effettivo di mesi di attività nell'esercizio con la sottoscrizione da parte del medico della data di conclusione dell'arruolamento e della definizione del PAI

NUOVI MEDICI ADERENTI ALLA P.I.C.

Per i nuovi medici aderenti alla PIC nel corso del 2019: presa in carico di almeno il 30% dei propri assistiti cronici arruolabili e redazione dei relativi PAI con le indicazioni soprariportate; per i medici inseriti nell'anno d'esercizio in sede di valutazione del risultato verranno prese in considerazione il numero di pazienti già arruolati da altro medico con le specifiche della D.G.R. 9841/2018 ovvero il numero di mesi di attività.

MEDICI GIÀ ADERENTI ALLA P.I.C.

- a. Redazione dei relativi PAI per "almeno il 30% sul totale dei pazienti arruolabili". Nei casi laddove il medico nel 2018 ha redatto una % di PAI superiore al 20% l'incremento percentuale dei PAI deve essere comunque superiore di 10 punti percentuali rispetto al risultato del 2018. Nel caso in cui, invece, avesse redatto nel 2018 una % di PAI inferiore al 20%, l'incremento dei PAI deve consentire il raggiungimento del 30%
- b. Nel caso di medici che nel 2018 avevano già raggiunto o superato il 30% si conferma ai fini della valutazione del risultato l'incremento del 5 %
- c. I Medici che hanno raggiunto il 70% di adesione degli assistiti assicurano, salvo documentate situazioni, la conferma dei PAI del 2018 dei pazienti in carico.

E' demandato al Dipartimento di Cure Primarie, la definizione delle posizioni individuali dei medici aderenti nel 2018 al netto dei deceduti, trasferiti, cambi medico o revoche entro il mese di luglio p.v.

b) Progetto Partecipazione all'offerta vaccinale

1. Obiettivo del progetto

- 1.1 Sensibilizzare in una logica di collaborazione, i professionisti e le strutture sanitarie, tra i quali i medici delle cure primarie, all'importanza della vaccinoprofilassi contro il virus influenzale. L'obiettivo viene raggiunto da parte di ATS, per tramite delle ASST e dei MMG. ATS metterà in atto le attività di informazione e di comunicazione verso i cittadini, così come si concorderà con Ordini dei Medici e le altre organizzazioni coinvolte. Al fine del raggiungimento dell'obiettivo sarà cura di ATS raccomandare e sorvegliare per la copertura vaccinale degli operatori sanitari delle strutture ospedaliere pubbliche e private, anche al fine di limitare la diffusione e il contagio del virus.
- 1.2 Nei limiti delle assegnazioni di Regione rispetto all'attività della medicina generale, favorire la collaborazione dei MMG alla somministrazione di vaccini alle categorie a rischio con particolare riferimento a pazienti over 65. ATS definirà per i MMG partecipanti la quantità di vaccini antinfluenzali che unitamente a quelli somministrati da ASST e da quelli certificati dal medico assicura il raggiungimento dell'obiettivo posto per gli over 65. Resta inteso che in caso di indisponibilità di ulteriori vaccini, gli over65 rappresentano la priorità per l'inoculo diretto del medico
- 1.3 Verificare la capacità organizzativa, all'interno della progettualità di governo clinico, dei medici di medicina generale (individuale, organizzata anche con il supporto delle società di servizi), nel gestire l'adesione della popolazione over 65, assicurando il raggiungimento dell'obiettivo concordato attraverso la somministrazione diretta ovvero la verifica dell'avvenuta somministrazione attraverso altre unità di offerta.

2. Risultati attesi

- 2.1 Incremento almeno del 20% *a livello aziendale* dell'adesione alla campagna vaccinale per la popolazione target rispetto al risultato dell'anno precedente. Si precisa che il livello di copertura vaccinale del 2018 in ATS Brianza è stato: 52% e quindi l'obiettivo richiesto è il 63%, ovvero nel caso di mancato raggiungimento del target aziendale, qualora il MMG abbia raggiunto il 65% della sua popolazione target.
- 2.2 Gestione dei MMG, che partecipano al governo clinico della vaccinazione antinfluenzale ai pazienti over 65, con il raggiungimento degli obiettivi regionali di cui all'AIR

3. Clausole di salvaguardia

- 3.1 impossibilità/difficoltà da parte ASST a reperire o distribuire o consegnare le dosi vaccinali necessarie in tempo utile ovvero indicativamente entro il 30 novembre p.v.
- 3.2 Nel computo del totale degli assistiti vaccinati possono essere ricompresi anche quelli che aderiscono alla campagna vaccinale tramite canali diversi dal MMG documentati/certificati da quest'ultimo.
- 3.3 Ai MMG che aderiranno a questo progetto sarà data priorità rispetto alla fornitura dei vaccini, atteso che l'attività del MMG partecipante è quella di assicurare non l'inoculazione diretta del vaccino ma il risultato in termini di copertura della propria popolazione target.

Si prevede quale termine per la campagna antinfluenzale il 31.01.2020.

Regione ha già provveduto sulla scorta del dato storico al finanziamento complessivo della vaccinazione antinfluenzale. Considerato che il medico di medicina generale costituisce uno degli elementi della filiera erogativa diretta della vaccinazione e che l'obiettivo di governo clinico vuole misurare la capacità di governo del MMG che non passa solo attraverso l'erogazione diretta, il finanziamento specifico potrà subire una variazione in incremento massima del 5% del valore di ATS riferito ai MMG.

a) **Progetto: Partecipazione ai programmi di screening oncologici**

1. Obiettivo del progetto

- 1.1. Incrementare da parte di ATS le iniziative volte ad una crescita del livello di partecipazione della popolazione target ai programmi di screening del tumore di mammella, colon-retto, favorendo nel contempo i contatti tra centri screening e MMG. ATS fornirà ai medici i dati dei livelli di adesione agli screening della popolazione target dell'ATS
- 1.2. Incrementare il livello di partecipazione dei MMG, concordando da parte di ATS modalità per il rilievo e il contatto con la popolazione target da parte del MMG, ai fini di assicurare una maggior partecipazione dei cittadini e fornendo ad ATS indicazioni sulle criticità che al presente limitano la partecipazione.
ATS fornirà al MMG gli elenchi delle classi d'età dei pazienti eleggibili ai programmi di "Screening" e attualmente non responder.
In relazione alle modalità organizzative attualmente previste, ai medici di Lecco verrà proposto lo screening del tumore della mammella, mentre nell'area di Monza quello sul colon retto

2. Risultati attesi

- 2.1 Incremento dell'adesione della popolazione target allo screening dei tumori per il tumore di mammella, colon-retto.
- 2.2 Contatto da parte del MMG di almeno l'80% dei propri assistiti che non hanno risposto nell'anno 2018 alla chiamata attiva dei centri screening della ATS per le due linee, secondo liste di non partecipanti fornite da ATS (attività da svolgere entro il 15.12. p.v.)
- 2.3 Invito da parte del MMG alla partecipazione al programma di screening dell'80% dei pazienti segnalati da ATS. Nel computo dell'80% verranno inclusi anche quei cittadini, ignoti ad ATS, che avranno già eseguito lo screening con le altre modalità e debitamente certificati dal MMG.

L'indicatore sopra definito viene valutato positivamente in presenza di attestazione di contatto/invito e di un incremento dell'adesione alle due distinte linee di screening già strutturate a livello Aziendale così determinato:

- a) Per i MMG area di Lecco: almeno il 8% dei propri assistiti che non hanno aderito allo screening per il tumore "della mammella" in precedenza o degli assistiti target che non hanno aderito allo screening dei Medici partecipanti alla presente linea progettuale
- b) Per i MMG area di Monza: almeno il 10% dei propri assistiti che non hanno aderito allo screening per il tumore "del colon retto" in precedenza o degli assistiti target che non hanno aderito allo screening dei Medici partecipanti alla presente linea progettuale

2. MEDICI DI MEDICINA GENERALE RESIDUI GOVERNO CLINICO

Attesa una capienza, ad oggi stimata per il 2018 in euro 800.000,00 (oneri compresi) si demanda la definizione dei progetti entro 30 gg dalla sigla del presente Accordo, precisando che il singolo medico può aderire al massimo a 2 progetti. Si ritengono eleggibili in prima lettura i seguenti progetti

a) Progetto stili di vita

Il medico partecipante effettua attività di counselling breve relativamente agli stili di vita e in particolare all'attività fisica sugli assistiti cronici ingaggiati nel progetto di governo clinico 2018 e compila sul Portale degli Stili di Vita di ATS la Scheda secondo le tempistiche definite nelle Istruzioni operative 2019.

- b) TAO: Il medico partecipante prende in carico la gestione della terapia anticoagulante nell'80% dei pazienti eleggibili
- c) Formazione e verifica prescrivibilità assistant RL rivolta prevalentemente ai medici con infermiera.
- d) Progetto antibioticoresistenza su infezioni tessuti molli ed urinarie

- e) Appropriately prescriptive in terms of endoscopy
- f) Follow up of patients with breast and rectal cancer already operated and for which no activity is present at the time of selection.
- g) Prescription of medical devices for the assisted patient with diabetes

Per alcuni di questi progetti saranno previsti dei corsi di formazione propedeutici. Definito per ciascun progetto un livello di priorità il valore dell'incentivo sarà determinato in relazione al numero di opzioni effettuate dai medici

3. MODALITA' EROGAZIONE RICONOSCIMENTO ECONOMICO GOVERNO CLINICO 2019

Il riconoscimento economico pari al 50% della somma prevista dal vigente ACN, a titolo di acconto del governo clinico anno 2019, verrà corrisposto ai medici aderenti secondo le decorrenze e le modalità definite dal vigente AIR Regione, entro il mese di **luglio 2019**.

La quota a saldo (positivo o negativo) sarà corrisposta nel 2020, previa verifica dei risultati da parte degli organismi aziendali deputati e comunque secondo le tempistiche definite da Regione Lombardia.

Eventuali quote non distribuite per mancata adesione o per mancato raggiungimento degli obiettivi, come negli anni passati, verranno rese disponibili secondo modalità che dovranno essere definite in Comitato Aziendale e comunque vincolate per la Medicina Generale.

4. MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

4.1 Prestazioni ambulatoriali e domiciliari rese dai medici di continuità assistenziale ai cittadini non residenti

I medici di continuità assistenziale forniscono al sistema un contributo essenziale nella gestione e nella presa in carico del paziente. Pertanto si confermano le disposizioni normative contenute nell'AIR 2007 e s.m.i. con particolare riferimento alle prestazioni ambulatoriali e domiciliari non differibili ivi comprese quelle rivolte ai residenti fuori ambito. Le parti altresì confermano le disposizioni normative ed economiche dell'AIR 2007 e s.m.i. con la sola eccezione dell'incremento della retribuzione oraria pari a 1€/ora prevista per i Medici di Continuità Assistenziale che, a far data dalla adozione della delibera regionale di approvazione della preintesa non verrà più riconosciuto e si riservano, indicativamente nel mese di novembre, di rivedere gli impatti conseguenti alle indicazioni contenute nei precedenti punti riferiti alla continuità assistenziale. Si precisa inoltre che, al fine di garantire la sicurezza degli operatori, le attività ambulatoriali dovranno essere organizzate nelle ore serali esclusivamente nella fascia oraria 20:00 - 23:30 salvaguardando le attività domiciliari nelle restanti ore, oltretutto nei diurni prefestivi e festivi in orari concordati con ATS.

4.2 Informatizzazione servizio di continuità assistenziale

Si reputa fondamentale nella prospettiva della integrazione delle cure primarie poter fruire di sistemi informativi integrati al fine di migliorare il raccordo tra Medico di Medicina Generale e Medico di Continuità Assistenziale, anche in relazione alla presa in carico della cronicità ovvero delle situazioni di fragilità.

A tal fine ai medici di continuità assistenziale, sarà consentito, quale valore aggiunto alla propria prestazione professionale, l'apertura della cartella informatizzata al momento della richiesta dell'assistenza e al termine delle visite ambulatoriali e domiciliari, il caricamento dell'allegato M sull'FSE di cui una copia cartacea sarà da consegnare all'assistito. Gli oneri economici derivanti dalla messa in esercizio delle postazioni di lavoro, ivi compresi gli applicativi informatici, al fine di assicurare la nuova modalità di redazione dell'allegato M, saranno posti a carico delle ATS. Per l'attività così definita, dall'adozione della

Delibera di Approvazione della presente pre-intesa verrà riconosciuto ai medici con contratto a tempo determinato e indeterminato un compenso di 77,47€/mese qualora vengano prodotti almeno il 70% degli allegati M in formato elettronico; il valore dell'apporto individuale deve essere calcolato al netto di documentate impossibilità di utilizzo del sistema indipendenti dalla volontà del medico. Regione Lombardia alla data di sottoscrizione della presente pre-intesa dà mandato alle ATS di completare l'informatizzazione di tutte le prestazioni di Continuità Assistenziale e di avviare con immediatezza un percorso formativo per i medici di continuità assistenziale al fine di coinvolgere da subito il Medico di Continuità Assistenziale nel percorso di integrazione informatica.

I fondi stanziati da Regione per le progettualità della Continuità Assistenziale (pari a €252.000,00 oneri esclusi) dovranno essere destinati a

- supportare la progettualità della presa in carico e lo sviluppo della rete attraverso il rilievo dell'aderenza terapeutica a partire dai pazienti in politerapia. In relazione al numero complessivo di pazienti contattati e sulla scorta delle risultanze del contatto per tramite di scheda validata, si provvederà ad una valorizzazione proporzionata all'apporto individuale. Il progetto sarà redatto entro 30 gg dalla sigla del presente accordo e sarà verificato dal comitato aziendale nella prima riunione utile.
- valorizzare tutti i medici in relazione al numero complessivo di allegati M pubblicati, fatto salvo il livello di raggiungimento individuale previsto. Si prevede detto pagamento entro il mese di aprile 2020.

5. ALTRI ASPETTI QUALIFICANTI IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

5.1 Redistribuzione della quota RAR

Attesa l'attribuzione della quota RAR anno 2019 pari a € 0.81/assistito (oneri compresi) per un totale di € 750.000,00 (al netto degli oneri) si definisce che le predette risorse vadano, come ogni anno, a garantire continuità alle indennità di forma associativa e personale di studio secondo le indicazioni emerse dal Comitato aziendale nell'incontro del 8 novembre 2017. Allo stato attuale le predette risorse risultano così come verificato da Regione già impegnate per il riconoscimento delle forme associative e il personale di studio

5.2 Implementazione indennità per nuove medicine di gruppo e personale di studio

Al fine di potenziare la rete di offerta ambulatoriale dei Medici di Medicina Generale e in conseguenza delle indicazioni emerse dall'AIR recentemente approvato, ATS e le OO.SS. di categoria convengono di approvare le richieste presentate nel corso del periodo 2015-2017 di attivazione di forme associative di gruppo e di rete e le richieste di indennità per assunzione di collaboratore di studio ed infermiere. Si conviene altresì di approvare le richieste di indennità per assunzione di personale di studio e infermiere relativamente all'anno 2018 così come da rilevazione di ATS già inviata alle competenti strutture regionali. Oltre alle risorse già assegnate alle ATS si prevede una ulteriore integrazione regionale delle RAR determinata in € 280.000,00 (oneri esclusi) di cui 190.000,00 per il personale 2018

Le parti convengono che eventuali risorse emergenti a partire dal 1 gennaio 2019 anche a seguito di eventuali dimissioni saranno utilizzate secondo le indicazioni emerse dal Comitato aziendale nell'incontro del 8 novembre 2017

ATS si impegna a informare i nuovi medici neo-inseriti i tempi indicativamente previsti per il riconoscimento economico delle eventuali indennità correlate all'assunzione di personale di studio o di inserimento in forma associativa.



5.3 Verifica autolimitazioni e mantenimento indennità

Le parti danno mandato ad ATS di verificare i contenuti di quanto previsto dall'AIR in tema, ovvero che l'autolimitazione non possa 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 (un medico ogni 1300 abitanti). Nel caso in cui invece la limitazione del massimale sia determinata da attività libero-professionale strutturata, si consente alle ATS di autorizzare, il Comitato aziendale, la limitazione fino a 1000 scelte soltanto in presenza di attività compatibili necessarie al sistema del SSR (in linea generale, l'attività presso le RSA e l'assistenza sanitaria presso le case circondariali)

Non è previsto il riconoscimento di nuove indennità di personale di studio ai medici con limitazione per attività compatibile non necessaria al sistema del SSR così come non è previsto il riconoscimento di indennità di forme associative ai medici con limitazione per attività di libera professione strutturata (rif. Art.54 ACN 2009). Pertanto, si dà mandato ad ATS di verificare le disposizioni dell'art. 54 del vigente ACN e comunicare al medico che, qualora non rispettasse tali requisiti, avrà a disposizione un mese di tempo per sanare la situazione. In caso contrario l'ATS provvederà automaticamente alla revoca delle indennità.

Il mantenimento delle indennità di forma associativa e personale di studio è subordinato ai due requisiti previsti nell'AIR 2009 - 2010 (effettiva disponibilità e aggiornamento della Carta dei servizi e adesione ai progetti di governo clinico).

Nel mese di giugno ATS provvederà a chiedere l'aggiornamento dell'allegato L ai medici di medicina generale. La mancata risposta manterrà valida la precedente autocertificazione; la verifica di assenza di autocertificazione comporterà la richiesta di delucidazioni al medico. Le risultanze della verifica e dei provvedimenti conseguenti in ogni caso discusse in sede di Comitato Aziendale

5.4 Gruppo di lavoro su organizzazione delle AFT

Per fornire indicazioni alla parte pubblica ovvero alla Direzione Aziendale in merito a quanto previsto dall'AIR in materia *"In vista di uno sviluppo delle AFT in armonia con le disposizioni della LR 23/2015 si dà mandato alle ATS rappresentate in Comitato Regionale di sviluppare un modello organizzativo condiviso che possa rappresentare la base di partenza per un confronto in Comitato Regionale e dare avvio ad una successiva sperimentazione su tutto il territorio regionale. Considerato che ogni AFT dovrà fare riferimento ad una UCCP, l'analisi richiesta dovrà prevedere anche il raccordo con le strutture/articolazioni organizzative già individuate dalla LR 23/2015 (a titolo di esempio POT, PreSST.), ed evidenziare elementi utili alla futura individuazione delle UCCP. La definizione del modello organizzativo sopra delineato dovrà tenere conto anche della presenza sul territorio di AFT della specialistica ambulatoriale già avviate e dovrà essere sviluppata in collaborazione con le ASST del proprio territorio."*

Il Comitato Aziendale attiverà un proprio gruppo di lavoro che rileggerà l'organizzazione delle AFT, il significato delle UCCP e fornirà il predetto contributo anche in tema di PRESST e POT e loro integrazione con la rete di cure primarie. La scadenza prevista del predetto documento è attesa entro 90 giorni dalla data di approvazione dell'AIR.

6. ADP e ADI

Partecipazione di rappresentanze del comitato al progetto aziendale contenuto nella delibera n 204 del 27 marzo 2019 e verifica di potenziali attivazioni di programmi di gestione dell'ADI ovvero delle prestazioni estemporanee da parte delle aggregazioni dei medici di medicina generale



7. RUOLO DEL COMITATO AZIENDALE

L'attività del Comitato Aziendale, oltre ai compiti previsti dall'art.23 dell' ACN, è principalmente orientata a:

- a) Formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale;
- b) Monitorare l'applicazione dell'Accordo Attuativo Aziendale;
- c) Monitorare il funzionamento delle AFT e delle UCCP.

8. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Il Comitato Aziendale chiede impegno all'ATS per dare continuità al tavolo interaziendale tra ATS, MMG e ASST al fine di:

- a) monitorare l'attuazione del documento sul sistema di relazioni tra medicina generale e medicina specialistica approvato con deliberazione di ATS;
- b) affrontare i casi di disattesa applicazione della norma che impone agli specialisti anche la certificazione di malattia per gli assistiti, ad esempio, in dimissione dall'ospedale nonché la corretta applicazione delle esenzioni;
- c) definire programmi comuni di politica del farmaco.
- d) definire attribuzioni in ordine al rilascio dei piani terapeutici

Tale contributo è altresì volto a dare attuazione e applicazione ai contenuti della Convenzione, in corso di definizione tra ATS e ASST, con cui verranno declinate le funzioni e le competenze tra l'Agenzia e le Aziende relativamente alle attività delle Cure Primarie erogate sul territorio (fra le quali la scelta e revoca, la gestione della Continuità Assistenziale e le attività dei MMG e PDF).

9. ALTRE ATTIVITÀ

- 9.1 Attese le difficoltà nella soluzione della problematica dello smaltimento dei rifiuti derivanti dall'attività vaccinale (attività straordinaria non preventivata nella contrattualistica che ogni singolo medico sigla con le specifiche società), ATS si fa carico in caso di indisponibilità delle differenti ASST, di un rimborso con la medesima quantificazione dell'AIR 2018 da reperirsi all'interno del bilancio di ATS di settore.
- 9.2 Si confermano le valorizzazioni dei componenti Aziendali che forniscono il loro impegno per le varie progettualità.
- 9.3 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 dalle indicazioni nazionali e regionali. L'autorizzazione all'erogazione delle prestazioni sarà comunque vincolata alla programmazione ATS e terrà conto anche dei volumi quali - quantitativi di PAI redatti.
- 9.4 Si conferma la prosecuzione dei progetti (avviati nel 2017-2018) relativi alla sorveglianza sanitaria al domicilio dei pazienti cronici, alla partecipazione attiva al progetto RAO (raggruppamenti omogenei ambulatoriali) e all'attività progettuale relativa al follow up di pazienti con esiti di carcinoma colon retto, giunti ormai alla formulazione di un progetto operativo che ricomprende anche una realizzazione per un ristretto primo gruppo di utenti selezionato da ATS.
- 9.5 Si conferma l'impegno di ATS nell'assicurare, in relazione alle risorse economiche e alle disponibilità di ASST in termini di vaccini, l'immunizzazione per il pneumococco con priorità da definirsi nel primo comitato aziendale utile dopo la sigla del presente accordo



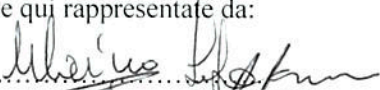
Il presente Accordo è valido fino al 31.12.2019 fatta salva la facoltà di revisione dello stesso, in accordo tra le parti, a seguito di eventuali integrazioni o modifiche dell'Accordo Integrativo Regionale 2019.

Monza, 29 maggio 2019

- La A.T.S. Brianza qui rappresentata da

Direttore Generale: 

- Le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della Medicina Generale e della Continuità Assistenziale qui rappresentate da:

FIMMG 

SMI 

SNAMI 

INTESA SINDACALE 