

**ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE TRA I MEDICI DI MEDICINA  
GENERALE E LA ASL DELLA PROVINCIA DI MILANO 2  
per il miglioramento delle cure primarie ed il governo clinico  
ANNO 2013**

**Premessa**

Il Comitato Aziendale, visto l' Accordo Integrativo Regionale con i Medici di Medicina Generale contenente le Linee di Indirizzo Regionali ai sensi della DGR n. IX/4334 del 26 ottobre 2012, concorda che la "Quota Complessiva Aziendale di Risorse Aggiuntive Regionali" sia finalizzata prioritariamente ad assicurare la copertura economica delle seguenti attività:

Riconoscimento delle forme associative attivate successivamente al 2011;

Incremento dell'indennità informatica;

Maggiore accessibilità allo studio dei Medici di Medicina Generale;

Assistenza Domiciliare.

Per quanto riguarda le attività di governo clinico condivide inoltre la necessità di proseguire nell'attuazione degli obiettivi strategici definiti nel 2011, in linea con le indicazioni della Regione, affinché, attraverso un approccio partecipato e d'iniziativa, si possa pervenire a completare e stabilizzare la cultura ed i risultati previsti, con particolare riferimento a:

- sviluppo della programmazione condivisa tra ASL e medici di medicina generale relativamente all'offerta di cure primarie e al ruolo dei medici di famiglia nel **governo dei percorsi di prevenzione** (stili di vita, rischio cardiovascolare, oncologico, ecc.), **diagnosi, cura ed assistenza dei cittadini;**
- **monitoraggio dei consumi farmaceutici;**
- adozione dei percorsi clinico assistenziali delle principali patologie croniche, in **continuità assistenziale tra ospedale e territorio**, quali strumenti di un percorso di appropriatezza del sistema di offerta e di presa in carico degli assistiti;
- **conoscenza ed approfondimento dei dati epidemiologici e dei livelli di assistenza** locali tramite condivisione ed integrazione delle informazioni di consumo, di processo e di esito in possesso dell'ASL e dei medici di famiglia;
- **partecipazione dei Medici di Famiglia alla pianificazione e realizzazione delle iniziative di formazione professionale continua.**

**Riferimenti normativi**

ACN 29 luglio 2009 e ACN 8 luglio 2010

Piano Socio Sanitario Regionale 2010 – 2014

Art. 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni, dalla legge n. 189 del 8 novembre 2012

DGR . IX/4334 del 26 ottobre 2012 "Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2013"

- **Quota Complessiva Aziendale di Risorse Aggiuntive Regionali**

Popolazione assistita al 30 novembre 2012      532.359

Quota RAR      € 431.211

Si concorda di suddividere tale quota come riportato nella tabella seguente:

Nuove forme associative (dal 1 gennaio 2013 se attivate al 30/06/2012; dal 1 aprile 2013, se attivate entro il 31/12/2012)	€ 167.495,00
--	--------------

personale di studio (dal 1 gennaio 2013 se attivato al 30/06/2012; dal 1 giugno 2013, se attivato entro il 31/12/2012)	€ 151.503,00
Personale di studio attivato al 30/06/2012 (quota relativa all'ultimo trimestre 2012)	€ 19.489,00
Incremento indennità informatica(*) (n. 362 medici per 18 euro/mese)	€ 78.192,00
ADI - integrazione RAR (€ 1,76 a prestazione)	€ 14.532,00

(\*) la previsione di cui all'art. 59 comma B.11 dell'Accordo Collettivo Nazionale è assolta, nel suo complesso, dai medici che utilizzeranno il SISS per almeno il 70% delle prescrizioni complessive, come rilevabile dal cruscotto siss.

Qualora l'assegnazione regionale risultasse superiore alla stima o le elaborazioni contabili da parte della società Lombardia Informatica portassero ad una spesa inferiore a quella stimata per i singoli istituti contrattuali oggetto di riconoscimento, si conviene di utilizzare l'eventuale avanzo per incrementare la quota relativa all'indennità informatica fino a 20 euro.

A completamento delle iniziative volte a migliorare l'accessibilità allo studio dei Medici di Medicina Generale, si concordano le linee guida per la presa in carico e gestione della domanda di assistenza primaria e di un protocollo operativo per le forme associative miste. (Vedi allegati)

**- Governo Clinico:**

Si concorda di suddividere le risorse previste dal comma 15, lett. B) art. 59 dell'ACN 2009 del 29/7/2009 (€ 3,08 x assistito pari a € 1638821,80) come dettagliato di seguito:

A) presa in carico del pz cronico: 70%

B) iniziative di prevenzione: 30%

Obiettivi, indicatori, modalità di misurazione, remunerazione e risorse sono contenuti nei prospetti sotto riportati.

Le risorse eventualmente non distribuite per il mancato raggiungimento degli obiettivi saranno utilizzate per progetti aziendali concordati in sede di Comitato Aziendale.

Il presente Accordo ha durata fino al 31 dicembre 2013, fatta salva la facoltà di revisione entro il mese di luglio 2013, in relazione a eventuali nuove determinazioni regionali, e in relazione all'effettiva entità del fondo per quota RAR trasferito.

ASL Milano 2	f.to dr A. Bellini
	f.to dr G. Cassavia
SNAMI	f.to dr G. Canto
FIMMG	f.to dr R. Contini
Intesa Sindacale	f.to dr M. Martini
SMI	f.to dr P. Bozzolo

Melegnano, 21 dicembre 2012

**ACCORDO PER L'ANNO 2012 tra ASL Milano 2 e i MMG**  
**Descrizione obiettivi ed indicatori**

<b>Ambito</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Quota del budget</b>	<b>Remunerazione</b>
Presa in carico del paziente cronico	Sviluppo dei processi di implementazione dei PDT condivisi e sperimentati negli scorsi anni, a livello di pratica clinica sul singolo paziente e nella medicina di famiglia e in particolare il PDT del pz affetto da BPCO	Partecipazione alle iniziative di formazione (in plenaria e in gruppi distrettuali) sul tema: trattamento della cronicità, valutazione dati BDA ai fini della pratica clinica, ritorni informativi.	35 %	50% di acconto a titolo di <b>adesione</b> dopo la sottoscrizione dell'impegno alla partecipazione alle attività, così come definite dalla intesa aziendale
	Impegno in interventi di disassuefazione al fumo	Registrazione sulla scheda sanitaria elettronica dello stato di fumatore e quantificare la durata e l'entità dell'abitudine al fumo (pack year)	35%	50% alla verifica degli <b>indicatori individuali</b>
Iniziative di prevenzione	aumentare aderenza allo screening colon retto; PDT NAD	Invito personalizzato da parte del medico di famiglia ai pazienti che non rispondono all'invito e segnalati dalla ASL; controlli domiciliari ai pazienti in nutrizione entrale, da più di tre mesi, segnalati dalla ASL	30%	<b>In caso di non raggiungimento dell'obiettivo, o raggiungimento parziale, sarà recuperata la quota corrispondente, in funzione delle percentuali di fianco riportate.</b>

La partecipazione al progetto CReG assolve gli obblighi delle progettualità relative al governo clinico descritte in questa tabella.

Gli eventuali residui del "fondo governo clinico" saranno destinati a progettualità concordate, quali la campagna antiinfluenzale e la diagnostica ambulatoriale nello studio del mmg.

Si chiarisce che l'impegno all'apertura dello studio nel giorno prefestivo qualora questo preceda più di un giorno di festività, come previsto dall'accordo regionale, è assolta anche dall'apertura mattutina.

Il giorno di Sant'Ambrogio, se non ricade nella fattispecie precedente, gli ambulatori possono restare chiusi, ma non deve considerarsi festivo.

## PROTOCOLLO RELATIVO ALLE FORME ASSOCIATIVE MISTE GRUPPO/RETE

### Premessa

In considerazione

- della carenza di indicazioni specifiche derivanti dagli Accordi nazionali e regionali
- della sempre maggiore diffusione di tale tipologia di associazionismo

fermo restando quanto previsto dall' ACN in vigore e dall' AIR del 2001 in materia di forme associative dell' assistenza primaria, si ritiene utile definire un protocollo operativo che risponda a criteri di omogeneità e oggettività nell' applicazione delle norme convenzionali e permetta al Comitato Aziendale di valutare in maniera più agevole le richieste che dovessero pervenire.

### Riferimenti normativi specifici

**a)** Nota regionale del 15/3/2005 prot. H1.2005.0014140 avente ad oggetto "Forme associative miste ( riferimento accordi regionali 2001,2002-2003)" nella quale vengono esplicitate le considerazioni che qui si riportano:

1) la forma associativa mista nasce dall' esigenza di migliorare la qualità del servizio offerto al cittadino in presenza di situazioni dove non sia sempre possibile in modo compiuto quanto previsto dal comma 6 art. 40 D.P.R. 270/00; quindi la forma associativa mista deve:

- rispettare complessivamente il numero minimo previsto da qualsiasi tipologia associativa di cui all' art. 40 (tre medici )
- assicurare in ogni caso un miglioramento qualitativo del servizio offerto.

**b)** Accordo Regionale medicina generale 2007, punto 2.2 secondo capoverso "Quanto a suo tempo comunicato (marzo 2005) rispetto alle forme associative miste nei termini previsti anche dal precedente accordo regionale rimane tuttora in vigore. Nello specifico si richiama l' attenzione sul ruolo del comitato aziendale, sul fatto che i requisiti generali sono riferiti alla forma associativa nel suo complesso; inoltre la divisione all' interno della forma associativa mista e il generarsi di due forme differenti e distinte non costituisce motivo di blocco delle predette ricostituzioni a condizione che vengano mantenuti da ciascuna forma i requisiti minimi previsti"

### Modalità organizzative

#### *numero componenti*

fatte salve le forme associative miste già autorizzate, si ritiene più consono allo spirito della medicina di gruppo che il numero minimo dei componenti dello stesso sia di 3 medici mentre risulta indifferente quello dei componenti la rete (anche 1 solo medico).

Ciò in apparente contrasto con quanto precisato nella citata nota regionale del 2005 sopra richiamata, nella quale si sostiene che il requisito numerico dei componenti debba essere assicurato **complessivamente** e non da ciascuna forma singolarmente, mentre i requisiti minimi previsti per ciascuna forma devono essere mantenuti in caso di separazione dei componenti la forma associativa mista in cui ciascuna delle due parti da' origine ad una singola forma associativa: medicina in rete da una parte e medicina di gruppo dall' altra.

### **orari**

*per i medici in gruppo* il requisito minimo è l'apertura degli studi nella sede unica per cinque giorni la settimana per un arco di almeno 6 ore giornaliere distribuite equamente tra mattina e pomeriggio e per un numero di ore non inferiore a quanto previsto, per ciascun medico, dalla Convenzione ( 5 ore settimanali fino a 500 assistiti - 10 ore settimanali da 500 a 1.000 - 15 ore settimanali da 1.000 a 1.500 assistiti).

Le fasce orarie, che non possono essere inferiori a due ore, si intendono fissate, per la mattutina, dalle otto alle tredici e, per la pomeridiana, dalle tredici alle diciannove.

*per i medici in rete*, oltre alla presenza in studio per un numero di ore non inferiore a quanto previsto dalla convenzione (v. sopra), il requisito è la chiusura pomeridiana di uno degli studi non prima delle ore 19.

Nel caso in cui l'orario di apertura dei medici in gruppo preveda una chiusura alle 19, per quella giornata i medici in rete ne sono esonerati.

Gli assistiti dei medici in rete possono usufruire dell'assistenza dei medici in gruppo qualora l'orario di apertura dello studio del curante per quella giornata sia inferiore alle 6 ore

Gli orari devono essere esposti in **tutti** gli studi medici; ogni variazione deve essere tempestivamente comunicata agli utenti e all'azienda.

### **personale di studio**

Le ore minime di attività del personale di studio vengono fissate in funzione del numero dei componenti la forma associativa che ne usufruiscono (anche in maniera parziale); di seguito si riportano gli standard organizzativi fissati dalla regione relativi presenza del collaboratore di studio e del personale infermieristico

#### *COLLABORATORE DI STUDIO*

- n. 8 settimanali ore per il medico singolo
- n. 20 ore settimanali per la medicina in forma associata nel caso di 3 medici
- n. 25 ore settimanali in caso di 5 medici
- per ogni medico oltre i 5 dovrà essere garantita una ulteriore disponibilità di 6 ore settimanali

#### *PERSONALE INFERMIERISTICO*

Presenza per un numero di ore pari al 50% di quelle previste per il collaboratore di studio.

### **partecipazione a progetti regionali**

l'adesione ai progetti regionali previsti dal vigente AIR rende necessario ridefinire gli standard organizzativi sopra descritti.

## Linee guida per la gestione della domanda di assistenza primaria

Il Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di Libera Scelta hanno il compito di seguire ed assistere i cittadini in carico per tutti gli aspetti che riguardano la tutela della salute, tramite interventi di tipo preventivo, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di educazione sanitaria.

Il medico, secondo quanto ritiene opportuno per espletare tali compiti, può richiedere esami ed indagini specialistiche, può proporre il ricovero, prescrivere farmaci e certificare particolari condizioni.

I Medici di Medicina Generale svolgono la loro attività, ambulatoriale e domiciliare, nonché tutti gli altri compiti previsti, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

Fuori da questa fascia oraria:

- dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni della settimana
- dalle ore 8.00 alle ore 20.00 del sabato e dei giorni festivi e prefestivi

È attivo il Servizio di Continuità Assistenziale cui si accede telefonando alla Centrale di Coordinamento al numero semi-verde **848 800 804**.

Le visite **ambulatoriali** (fatti salvi i casi d'urgenza) sono erogate di norma attraverso un sistema di prenotazione. Tali visite ambulatoriali sono effettuate presso lo studio del medico secondo gli orari e le modalità esposte al pubblico e riportate nella Carta dei Servizi.

Anche la gestione degli appuntamenti si configura nell'attività di presa in carico, tipica della medicina di famiglia, per cui fatte salve le attività programmate e di follow up del paziente cronico, non si devono creare liste di attesa superiori a tre giorni, in relazione comunque alla tipologia della richiesta.

Nel caso di medici associati la somma delle ore d'apertura giornaliera degli studi deve essere di almeno 6 ore ed almeno uno studio deve rimanere aperto fino alle ore 19, come da regolamento in vigore.

La visita **domiciliare** viene effettuata quando, per le caratteristiche della situazione clinica in atto, il medico stabilisca la non trasportabilità dell'assistito in studio. Il medico di Medicina Generale valuta la congruità della richiesta di visita domiciliare o al momento della richiesta o all'atto della stessa.

La visita domiciliare viene eseguita di norma entro il corso della stessa giornata, se la richiesta al medico è pervenuta entro le ore dieci; se invece la richiesta perviene dopo le ore dieci, la visita sarà effettuata entro le ore dodici del giorno successivo.

Le richieste di visite domiciliari recepite dal medico curante come urgenti sono effettuate nel tempo più rapido possibile.