

Proposta di nuovo Accordo Integrativo regionale MMG per l'anno 2015

Premessa

La legge n. 189/2012 (legge Balduzzi) e il nuovo Patto per la Salute 2014-2016 sancito con l'atto d'intesa della Conferenza Stato-Regioni il 10 luglio 2014 attribuiscono alle Regioni autonomia esclusiva nella definizione dell'organizzazione territoriale delle cure primarie, attraverso l'implementazione di modelli organizzativi (Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità complesse di Cure primarie) che permettano una gestione più efficiente ed efficace di quella attuale nella presa in carico e cura dei pazienti, in particolare quelli affetti da patologie croniche, e consentano di realizzare in generale un miglioramento delle risposte ai bisogni di salute degli assistiti, a parità di risorse economiche e tenendo conto di uno scenario normativo ancora non compiuto demandato all'Accordo Collettivo Nazionale in via di definizione.

L'impianto legislativo stabilisce che le Regioni definiscano l'organizzazione dei servizi territoriali della medicina convenzionata secondo modalità operative che prevedono obbligatoriamente l'aggregazione tra medici in diverse forme organizzative ponendo come obiettivo l'integrazione sostanziale tra i professionisti attraverso l'utilizzo di idonei sistemi informativi e l'individuazione di luoghi di riferimento e assetti organizzativi ben identificabili dal cittadino, salvaguardando nel contempo il principio della libera scelta, il rapporto fiduciario medico-assistito in una logica di governance responsabile dei professionisti in tutte le fasi del processo di presa in carico del paziente.

In attesa della chiusura delle trattative per la sottoscrizione del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, che dovrà definire, a livello nazionale, la declinazione degli istituti normativi contenuti nella legge 189/2012, le parti concordano di avviare un percorso progressivo di adeguamento del sistema lombardo alle disposizioni della citata legge 189/2012 e del nuovo Patto per la Salute 2014-2016 ritenendo di prioritario interesse i seguenti principi:

- 1) Il punto di partenza per ciascun medico è il mantenimento dell'impianto organizzativo attuale in relazione alle fasce orarie di accesso, alla rete associativa e al personale di studio, risultato ottenuto dal 2007 e negli anni seguenti grazie alla politica regionale di progressivo incremento e qualificazione dei servizi offerti, **allo stesso modo si confermano tutte le disposizioni normative ed economiche relative alla Continuità Assistenziale, contenute nell'AIR del 15 maggio 2007 e nei successivi accordi regionali;**
- 2) Costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) - prevedendo anche la progressiva integrazione dei medici di continuità assistenziale - e delle Unità complesse di cure primarie (UCCP);
- 3) Previsione di programmi formativi specifici per supportare il migliore inserimento e qualificazione dei medici nelle AFT, per il ruolo di coordinatore delle AFT e in generale per lo sviluppo dei processi di integrazione tra i professionisti.

Individuazione delle Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT)

I medici di medicina generale fanno obbligatoriamente parte di una Aggregazione Funzionale Territoriale della medicina generale.

La AFT è una forma organizzativa monoprofessionale ed è composta dai medici che hanno in carico i cittadini che esercitano la scelta nei loro confronti. Nell'AFT vengono valutati i bisogni di salute degli assistiti, attuando azioni di governance nel settore della farmaceutica e specialistica, partecipando alla definizione e attuazione dei PDTA aziendali, favorendo anche con attività di prevenzione oncologica e promozione alla salute l'empowerment dei propri assistiti secondo obiettivi concordati e pianificati con la ASL.

All'interno delle AFT viene garantita la continuità dell'assistenza anche mediante l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale su supporto informatico e assolve al debito informativo previsto dalle disposizioni vigenti.

La AFT è coordinata da uno dei medici che ne fanno parte, in possesso di competenze manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e socio-sanitari, che rappresenta il raccordo tra AFT e Distretto.

Le ASL individuano, entro e non oltre il 30.06.2015 le Aggregazioni Funzionali Territoriali sulla base dei seguenti criteri:

- a. riferimento all'ambito di scelta e comunque intradistrettuale;
- b. dimensione coerente con le condizioni oro-geografiche del territorio, ricompresa tra un minimo di 15.000 assistiti – circa 10 medici - nelle aree territoriali a elevata rarefazione abitativa e un massimo di 60.000 assistiti – circa 40 medici - nelle aree territorialmente omogenee a elevata densità abitativa;
- c. individuazione di una sede di riferimento che coincida con una/la associazione di medicina di gruppo o con uno studio o una sede indicata dalla ASL idonea in prospettiva a ospitare attività di altri medici e personale di studio.

Per individuare correttamente i medici che costituiranno le AFT le ASL dovranno verificare l'ubicazione dei singoli studi e la presenza di associazioni già attive al fine di mantenere o realizzare con la AFT un ulteriore vantaggio per i pazienti in termini di accessibilità agli studi (vicinanza tra gli studi, condizioni orogeografiche, di viabilità). La presenza all'interno della AFT di uno studio medico che organizzi i propri servizi secondo le modalità della forma associativa, c.d. di gruppo, può rappresentare un valore aggiunto.

1. Le ASL invieranno le loro proposte di individuazione delle AFT, condivise in Comitato Aziendale, alla competente Struttura della Direzione Generale Salute che valuterà l'aderenza delle proposte pervenute ai requisiti previsti tenendo anche conto delle eventuali eccezioni che dovranno essere debitamente motivate.
2. Della AFT possono far parte, in questa prima fase, esclusivamente medici di medicina generale che svolgono l'attività di medico convenzionato a rapporto fiduciario singoli, in rete o in gruppo, mentre la progressiva integrazione dei medici a rapporto orario è rimandata a momento successivo come di seguito riportato.

Entro il 31 luglio 2015 è previsto un confronto con le OO.SS regionali per un'analisi e valutazione degli esiti ricevuti dalle ASL e per la definizione dei passaggi successivi, in sinergia con lo stato di avanzamento dell'ACN.

Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)

La UCCP è una forma organizzativa complessa multiprofessionale, articolazione del Distretto che eroga prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti sanitari, socio-sanitari e sociali delle cure primarie.

E' di norma organizzata in sede unica e costituita all'interno di strutture individuate dalla Regione (per esempio presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture distrettuali o centri polifunzionali) collegate informaticamente con l'Azienda di appartenenza e accessibili nell'arco della giornata per tutti i giorni della settimana.

La UCCP diventa il luogo di accesso privilegiato del paziente cronico per bisogni non urgenti e deve essere pertanto facilmente visibile e riconoscibile dal cittadino.

Alla UCCP sono collegate funzionalmente le AFT della medicina generale afferenti al medesimo bacino territoriale in modo tale che tutti i pazienti assistiti da ogni AFT possano essere presi in carico con le medesime modalità e con la medesima offerta multiprofessionale garantita dalla UCCP.

Gestione e remunerazione attività in via transitoria

Le parti concordano di demandare a successivi incontri nel corso del 2015 la definizione dei seguenti aspetti in relazione allo stato di avanzamento della definizione dell'ACN:

- Tempi e modalità di costituzione e avvio formale delle AFT;
- Attività delle AFT;
- Modalità di individuazione e compiti dei coordinatori delle AFT;
- Tempi e modalità di integrazione del servizio di continuità assistenziale all'interno delle AFT;
- Percorsi formativi specifici;
- Tempi e modalità di costituzione delle UCCP coerentemente con i progetti sperimentali POT attivati in Regione Lombardia.

In via transitoria le parti concordano di prorogare per il 2015 le disposizioni contenute nell'Accordo Integrativo Regionale siglato il 16 dicembre 2013 e approvato con D.G.R. n. X/1212 del 10 gennaio 2014, con le modifiche di seguito riportate.

La quota complessiva aziendale di RAR garantisce la remunerazione delle seguenti attività:

1. Mantenimento del riconoscimento economico delle forme associative e del personale di studio attivate ai sensi dell'accordo stipulato in data 6 dicembre 2012, approvato con D.G.R. n. IX/4562 del 19/12/2012;
2. Riconoscimento ai prescrittori tramite ricetta elettronica di un incremento dell'indennità informatica di cui all'art. 59, comma 11, dell'ACN nel limite del 25% a copertura degli oneri economici derivanti dalla trasmissione della ricetta dematerializzata (compito del medico previsto

dall'art. 59 ter, comma 1 dell'ACN), che nella fase di avvio prevede la stampa del promemoria e eventuale dotazione strumentale aggiuntiva;

3. Eventuale riconoscimento economico per forme associative costituite successivamente e per personale di studio assunto successivamente nel rispetto della quota di risorse RAR secondo modalità definite in Comitato aziendale tenendo conto dei requisiti organizzativi delle AFT.

Qualora la quota complessiva aziendale di RAR sia completamente impegnata per la copertura dei costi derivanti dall'attuazione dal punto 1. sopra riportato, le risorse necessarie a coprire l'incremento previsto dal punto 2. possono essere reperite all'interno delle assegnazioni complessive aziendali, relative alla Medicina Convenzionata Territoriale.

In ogni caso dovrà essere garantito prioritariamente quanto previsto al punto 1.

Al fine di assicurare trattamenti uniformi sul territorio regionale, non sarà più prevista la possibilità di remunerazione per ADP e ADI della vecchia quota integrativa regionale pari a € 1,76.

Viene costituito un fondo a riparto del valore di 1.000.000 €, quale contributo straordinario per il solo anno 2015, per i soli medici prescrittori tramite ricetta elettronica. La somma così individuata deve trovare copertura nelle economie derivanti della messa a regime del sistema di dematerializzazione delle ricette erogate dai medici e verranno corrisposte esclusivamente a fronte del raggiungimento, a livello regionale, di una produzione di ricette elettroniche pari al 50% delle ricette dematerializzabili erogate nel corso del 2015, salvo malfunzionamenti del sistema non imputabili al medico prescrittore che impediscano il raggiungimento della percentuale indicata.

Rispetto alle progettualità riferite al **governo clinico 2015** le ASL individueranno progetti nelle seguenti aree:

- 1) aumento prescrizione farmaci a brevetto scaduto e miglioramento dell'aderenza alla terapia per i pazienti cronici;
- 2) budget ADP per pazienti cronici/fragili individuati dalla ASL e verificati da MMG nei limiti previsti dall'ACN in vigore
- 3) adesione misurabile ai PDTA ASL/Regionali su malattie croniche
- 4) appropriatezza di prescrizioni specialistica ambulatoriale (in particolare TAC, RMN e prestazioni di radiologia in genere) rispetto al target di pazienti: partecipazione dei MMG a iniziative di informazione e formazione volte a conoscere e a valutare nella pratica clinica i parametri prescrittivi definiti a livello regionale;
- 5) prescrizione on line su Assistant RL della protesica non personalizzata;
- 6) partecipazione attiva ai programmi di screening alla mammella, colon e cervice uterina;
- 7) partecipazione attiva alla valutazione multidimensionale per i pazienti cronici/fragili.

Le ASL invieranno i progetti relativi ad almeno 2 dei punti sopra individuati alla competente struttura della Direzione Generale Salute entro il 31 gennaio 2015 per la verifica e valutazione da parte del Comitato Regionale che restituirà gli esiti entro il 20 febbraio 2015.

I progetti dovranno contenere obiettivi misurabili, permettere una valutazione quali-quantitativa sia dei risultati raggiunti che dell'attività del singolo medico.

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

All'adesione del progetto verrà corrisposto in una unica soluzione il 50% della somma prevista dal vigente ACN entro il mese di giugno 2015 facendo riferimento alla popolazione assistita al 1 gennaio 2015.

In riferimento ai comitati previsti dagli artt. 23 e 24 del vigente ACN, nelle more di un riscontro da parte del MEF in merito al quesito specifico presentato in data 9 maggio 2013, richiamati i criteri di composizione previsti dall'Accordo Integrativo Regionale del 27 aprile 2007, approvato con D.G.R. n. VIII/4723 del 16 maggio 2007, si prevede di riconoscere, a partire dal 1 gennaio 2015, esclusivamente ai componenti titolari o, in loro assenza, ai sostituti, un gettone di presenza omnicomprensivo quantificato in 180€ a seduta. Qualora il MEF dovesse esprimere parere negativo al citato quesito le somme dovranno essere recuperate.

Il presente Accordo e gli Accordi aziendali che ne derivano sono validi fino al 31 dicembre 2015, fatta salva facoltà di loro revisione a seguito di emanazione in corso d'anno di disposizioni normative che disciplinino diversamente le materie oggetto degli stessi.

Siglato in Milano il

Per la Direzione Generale Salute:

Walter Bergamaschi -----
Mauro Agnello -----
Roberta Brenna -----
Marco Luca Caroli -----

Per le Aziende sanitarie locali

Mara Azzi -----
Roberto Bollina -----
Giorgio Scivoletto -----

Per le OO.SS.

FIMMG (Fiorenzo Corti) _____ APPROVATO _____
SNAMI (Roberto Carlo Rossi) -----
SMI (Enzo Scafuro) -----

INTESA SINDACALE (Antonio Sabato)
