

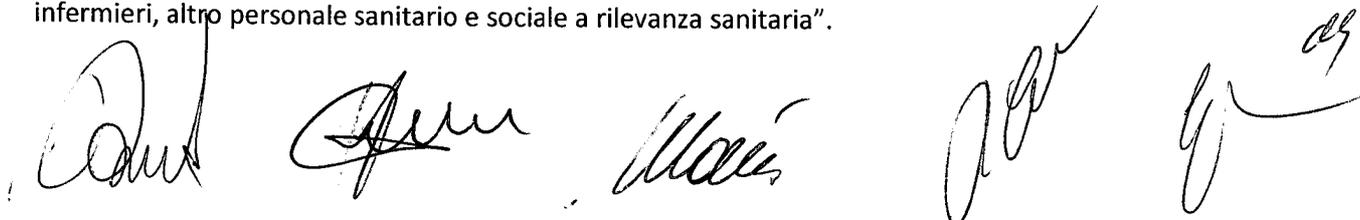
**ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE TRA I MEDICI DI MEDICINA  
GENERALE E LA ASL DELLA PROVINCIA DI MILANO 2  
per il miglioramento delle cure primarie ed il governo clinico  
ANNO 2014**

**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. X/1185 del 20 dicembre 2013, concorda che la "Quota Complessiva Aziendale di Risorse Aggiuntive Regionali" sia finalizzata prioritariamente ad assicurare la copertura economica delle seguenti attività:

- Mantenimento del riconoscimento economico delle forme associative e del personale di studio attivate ai sensi dell'AIR stipulato in data 6 dicembre 2012 approvato con DGR n. IX/4562 del 19 dicembre 2012;
- Mantenimento dell'incremento dell'indennità informatica così come previsto dall'AIR stipulato in data 6 dicembre 2012 approvato con DGR n. IX/4562 del 19 dicembre 2012;
- Mantenimento della possibilità di riconoscere l'incremento della quota ADI e ADP come previsto dall'AIR stipulato in data 6 dicembre 2012 approvato con DGR n. IX/4562 del 19 dicembre 2012.

Per quanto riguarda le attività di governo clinico condivide inoltre la necessità di proseguire nell'attuazione degli obiettivi strategici definiti nel 2011 e proseguiti negli anni successivi, in quanto in linea con le indicazioni delle Regole Regionali 2014: "Il medico di medicina generale e il pediatra di famiglia sono coloro che si assumono il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico, facendosi parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti e perseguendo gli obiettivi di salute dei loro pazienti con il miglior impiego possibile delle risorse, compreso l'utilizzo del sistema informativo regionale. Per perseguire gli obiettivi di appropriatezza della presa in carico e della cura dei propri assistiti il medico di medicina generale e il pediatra di famiglia dovranno sempre di più integrare funzionalmente la propria attività con quella di altri medici di medicina generale e pediatri di famiglia e altri professionisti sanitari, socio-sanitari e sociali in un modello organizzativo territoriale definito all'art. 1 della legge n. 189/2012 sopra citata, in cui viene individuata l'aggregazione funzionale territoriale (AFT) e l'unità complessa di cure primarie (UCCP), la prima monoprofessionale, tra pari, fondata sulla condivisione di obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit, la seconda caratterizzata dal coordinamento e integrazione dei medici con le altre professionalità convenzionate con il SSN, infermieri, altro personale sanitario e sociale a rilevanza sanitaria".



Attraverso un approccio partecipato e d’iniziativa, si tende a completare e stabilizzare la cultura ed i risultati previsti dal percorso avviato, 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 con la rete dei presidi territoriali**, 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 n. X/1185 del 20 dicembre 2013 “Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’anno 2014”

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

Popolazione assistita al 30 novembre 2013      536.695

Quota RAR      € 434.772

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

Nuove forme associative di cui all’Accordo Aziendale 2013	€ 220.000
personale di studio di cui all’Accordo Aziendale 2013	€ 172.000
Nuove forme associative attivate nel corso del 2013	€ 7.500
Personale di studio inserito nel corso del 2013	€ 19.500
ADI - integrazione RAR (€ 1,76 a prestazione)	€ 15.772



2



Regione  
Lombardia

## ASL Milano 2

Accordo Governo Clinico per l'anno 2014 tra ASL Milano 2 e i MMG

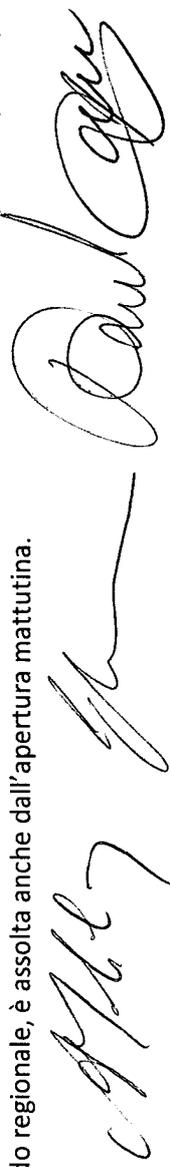
### Descrizione obiettivi ed indicatori

Ambito	Obiettivi	Indicatori di processo	Quota del budget	Remunerazione
<b>Presenza in carico del paziente cronico</b>	Sviluppo di processi di implementazione della presa in carico integrata delle condizioni di cronicità, in stretta integrazione con le diverse realtà erogative territoriali.	Partecipazione alle iniziative di formazione (per ambito elementare e in gruppi distrettuali) a tema: presa in carico del bisogno, trattamento della cronicità, implementazione PDTA condivisi, valutazione dati BDA ai fini della pratica clinica, ritorni informativi. Minimo 4 incontri per ambito, con verbalizzazione ed analisi conclusiva.	60 %	50% di acconto a titolo di <b>adesione</b> dopo la sottoscrizione dell'impegno alla partecipazione alle attività, così come definite dalla intesa aziendale
<b>PDT NAD</b>		controlli domiciliari ai pazienti in nutrizione entrale, da più di tre mesi, segnalati dalla ASL	10%	50% alla verifica degli <b>indicatori individuali</b>
<b>Iniziativa di prevenzione</b>	umentare aderenza allo screening colon retto;	Invito personalizzato da parte del medico di famiglia ai pazienti che non rispondono all'invito e 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 determina di per sé il raggiungimento degli obiettivi delle progettualità relative al governo clinico descritte in questa tabella.

I residui del "fondo governo clinico" saranno destinati a progettualità concordate, quali la campagna antiinfluenzale, la diagnostica ambulatoriale nello studio del mmg, la presa in carico dei percorsi ADP, la semplificazione dell'accesso ai servizi e riduzione del carico burocratico, attraverso l'implementazione dell'utilizzo della rete informatica da parte di assistiti, professionisti e operatori sociali e sanitari.

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



- **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 € € 1.653.020,00) come dettagliato di seguito:

A) presa in carico del paziente 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 2014, fatta salva la facoltà di revisione in relazione a eventuali nuove determinazioni regionali e in relazione all'effettiva entità del fondo per quota RAR trasferito.

ASL Milano 2

dr A. Mobilia

dr G. Cassavia

SNAMI

dr G. Canto

FIMMG

dr R. Contini

Intesa Sindacale

dr M. Martini

SMI

dr P. Bozzolo

Melegnano, 22 gennaio 2014