

## **Proposta di Accordo Integrativo regionale MMG valido per il 2017**

Regione Lombardia e le OO.SS di categoria ritengono necessario definire un percorso che favorisca l'adozione da parte dei MMG della Lombardia di modalità organizzative adeguate alla presa in carico dei pazienti cronici, affinché sia garantito l'accesso unico, appropriato e integrato al SSL e la continuità di cura secondo quanto previsto dalla DGR n. X/5954 del 5.12.2016 in ordine alle regole di gestione del servizio socio-sanitario per il 2017 ed in attuazione degli artt. 9 e 10 della legge regionale 23/2015, degli indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità approvati con DGR n. X/4662 del 23.12.2015 e del Piano Nazionale Cronicità approvato dalla Conferenza Stato Regioni del 15.09.2016.

Tra i principali compiti del medico di assistenza primaria previsti in ACN è al primo punto la gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute, pertanto tali medici sono i primi soggetti responsabili della corretta presa in carico dei loro pazienti.

Secondo quanto definito con la DGR n. X/5954 del 5.12.2016 per il 2017, l'attività di presa in carico del paziente, in particolare cronico e fragile, rappresenta il nucleo centrale della L.R. 23/2015 per la realizzazione del quale Regione Lombardia ha individuato una metodologia di intervento che parte dalla stratificazione della domanda di salute sulla base della tipologia/complessità dei bisogni rilevati nella popolazione lombarda a cui deve corrispondere la riorganizzazione del sistema di offerta in modalità integrata rispetto a tutti i nodi della rete di presa in carico.

In questo contesto è prioritario per il 2017 intervenire sul sistema di accessibilità con l'obiettivo della riduzione dei tempi di attesa al fine di consentire l'effettivo monitoraggio dello stato di salute per i pazienti presi in carico ed è prevista a livello regionale la valutazione delle soluzioni informatiche che consentano di sostenere il modello integrato ospedale-territorio coerente con la L.R. 23/2015.

Ciò premesso, data l'importanza della corretta costruzione del sistema di presa in carico lombardo che prevede una metodologia di sviluppo che sarà progressivamente attuata nel corso del 2017, come sopra sintetizzato, stante l'imminente scadenza dell'Accordo regionale vigente, le parti concordano di prorogare l'Accordo Integrativo regionale 2016 per il 2017 nella parte economica e normativa.

La parte pubblica si impegna a proseguire il confronto attivato e a convocare il Tavolo entro 15 giorni dalla approvazione della c.d. delibera di governo della Domanda al fine di definire i progetti relativi alla presa in carico proattiva dei pazienti cronici da parte degli MMG previsti con specifico finanziamento dalla DGR n. X/5954 del 5.12.2016 in accordo con le OO.SS di categoria, in coerenza con i provvedimenti e gli atti regionali riguardanti le nuove modalità del sistema di presa in carico.

Le ATS dovranno stipulare Accordi aziendali entro il 31 marzo 2017, nei quali dovranno individuare le attività che intendono assicurare e le rispettive quote RAR nell'ambito dell'assegnazione di risorse aggiuntive regionali ricevuta e vincolata alle voci previste nell'AIR 2016 approvato con DGR n. X/4702 del 29 dicembre 2015.

## GOVERNO CLINICO

Per l'anno 2017 si prevede che le risorse relative ai **progetti di governo clinico** (3,08 €/assistito, previsti dall'art. 59, lett. B, comma 15) siano destinate alle seguenti aree/attività:

1. Aumento prescrizione farmaci a brevetto scaduto e miglioramento dell'aderenza alla terapia per i pazienti cronici rispetto alla media di ATS;
2. Budget ADP per pazienti cronici/fragili individuati dalla ATS e verificati da MMG nei limiti previsti dall'ACN vigente;
3. Adesione misurabile a PDTA ATS/Regionali su malattie croniche;
4. Prescrizione on line si Assistant RL della protesica non personalizzata;
5. Partecipazione attiva ai programmi di screening alla mammella, colon e cervice uterina;
6. Partecipazione attiva alla valutazione multidimensionale per i pazienti cronici/fragili;
7. Partecipazione attiva a programmi di individuazione degli assistiti ad alto rischio di cronicizzazione e promozione di corretti stili di vita;
8. Progettualità relativa all'accessibilità a specifiche visite/esami specialistici programmabili nell'anno.

Le ATS invieranno i progetti relativi ad almeno 2 dei punti sopra individuati alla competente struttura della Direzione Generale Welfare entro il 31 marzo 2017, all'interno dell'Accordo aziendale, per l'esame da parte del Comitato Regionale che restituirà gli esiti entro il 30 aprile 2017. Si precisa che è obbligo per il medico, ai fini della remunerazione dei progetti di governo clinico, l'adesione ad un solo progetto.

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 anche 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 luglio 2017 facendo riferimento alla popolazione assistita al 1 gennaio 2017.

Nel caso in cui il medico non raggiunga il 50% degli obiettivi dalla quota erogata in acconto dovrà essere recuperata la quota eccedente la percentuale di obiettivo raggiunto.

La quota parte del fondo aziendale eventualmente non distribuita per il mancato raggiungimento degli obiettivi segue le regole dell'AIR 2007.

## **COMITATO AZIENDALE**

Si conferma la composizione dei Comitati aziendali da parte delle OO.SS come prevista nell'AIR 2007 (tre membri titolari e tre supplenti per ogni OO.SS firmataria dell'AIR ) per tutte le ATS ad eccezione della ATS Città metropolitana che, in considerazione della sua costituzione come fusione di 4 ex ASL, potrà acquisire quattro membri titolari e quattro supplenti.

Si conferma il gettone di presenza previsto in AIR 2015.

Rispetto all' Ufficio di coordinamento distrettuale (art. 25 ACN ex Comitato Distretto) si valuterà con le ATS la relativa strutturazione e funzioni a seguito della ridefinizione dei compiti del Distretto di cui all'art. 7-bis comma b) della l.r. n. 23/2015 anche in relazione al coinvolgimento delle ASST e alle indicazioni del nuovo ACN.

## **SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Si chiarisce che le risorse assegnate per le progettualità relative al servizio di continuità assistenziale devono espressamente attenersi alle aree di attività previste nell'Accordo integrativo regionale 2007 (progetti di integrazione con il sistema cure primarie e attività ambulatoriale).

Infine con il presente Accordo le parti concordano di verificare i rapporti ottimali delle singole ATS in relazione anche alla distribuzione della rete di offerta e alle caratteristiche orogeografiche dei territori a cui seguirà una eventuale rivalutazione del rapporto ottimale.

Il presente Accordo e gli Accordi aziendali che ne derivano sono validi fino al 31 dicembre 2017, 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.

Milano il 22 dicembre 2016

### **Per la Direzione Generale Welfare:**

Giovanni Daverio

---

Laura Lanfredini

---

Roberta Brenna

---

### **Per le ATS**

Mara Azzi

---

Carmelo Scarcella

---

Maria Beatrice Stasi

---

**Per le OO.SS**

SNAMI

---

FIMMG

---

SMI

---

Intesa Sindacale

---