



Regione Lombardia

Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità
Il Direttore Generale

Data: 18/6/2007

Protocollo 41.2007.0028477

Ai Direttori Generali ASL
Loro sedi

Oggetto: Applicazione accordo regionale medicina generale 2007. Prime indicazioni

In relazione a quanto in oggetto, con la presente si forniscono alle **Direzioni Generali** e ai **Direttori di Distretto** delle ASL, alcune indicazioni di massima per l'avvio dell'applicazione dell'accordo. Vista anche la complessità di alcuni snodi posti in essere dall'accordo sarà possibile avere ulteriori indicazioni contattando gli indirizzi e-mail mariella_de_biase@regione.lombardia.it oppure giuridico_sanita@regione.lombardia.it.

Nello specifico dei vari argomenti:

1. Governo clinico (riferimento parte prima A.C.R. azioni miglioramento punto 1 - presa in carico del paziente e governo clinico)
 - 1.1 I contenuti e le modalità per le **attività** connesse al governo clinico sono indicati nell'accordo regionale. **Questa parte della progettualità** relativa al governo clinico è direttamente correlata al **comma 15 dell'art. 59 dell'A.C.N.** quindi gli obiettivi e le attività devono essere tali da mettere **in condizione la generalità** dei medici di poterli perseguire.
 - 1.2 Le **indicazioni a seguire devono** essere lette come generali. **Questa parte dell'accordo regionale infatti pur dando delle indicazioni, prende atto dei percorsi già intrapresi e di quanto già svolto dalle Aziende in ambito di governo clinico ex art. 59, e costituisce elemento di ulteriore impulso/precisazione rispetto allo storico.**
 - 1.3 **Per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva, nel rispetto dell'autonomia degli accordi aziendali, si raccomanda di tener presenti i seguenti elementi:**
 - la disponibilità e la **fornitura da parte dell'ASL ai medici di medicina generale di report strutturati che consentano ai singoli professionisti di monitorare il livello prescrittivo (DDD) raggiunto e di conseguenza lo scostamento e le probabilità di raggiungimento;**
 - nel governo **clinico si riconoscono come strumenti significativi e prioritari le azioni di**

Struttura Coordinamento e Rapporti Istituzionali

Via Pola, 9/11 - 20124 Milano - <http://www.regione.lombardia.it>

Tel. 02/6765.8441-2097 - Fax 02/6765.3301-3324-8433

filomena_lopodoto@regione.lombardia.it

miglioramento. In sede di valutazione dei risultati raggiunti dai singoli, fermo restando che tutti i medici devono concorrere per la propria parte al raggiungimento del risultato aziendale, occorre pertanto tenere conto dei livelli di partenza e quindi distinguere l'obiettivo aziendale da quello individuale;

- il raggiungimento dell'obiettivo è legato anche alla predisposizione di un ambiente favorente in quanto non tutto può essere dipendente dall'azione del medico di medicina generale: in questo senso devono essere programmate e soprattutto monitorate azioni nei confronti degli altri attori del sistema, con particolare attenzione, anche se non esclusiva, alle Aziende erogatrici di riferimento.
- 1.4 Sul versante dei PDT gli obiettivi di quest'anno sono focalizzati sulla presa in carico dell'assistito. Si ritiene, a titolo puramente esemplificativo, che la presa in carico del paziente possa essere rappresentata dalla comunicazione del medico all'ASL, nel rispetto della privacy, di avvenuta presentazione del PDT al paziente e dell'impegno da parte del medico al rispetto delle indicazioni contenute nel PDT stesso, secondo le indicazioni dell'accordo regionale monitorato dall'ASL. Sulla percentuale di presa in carico si deve tener conto di quanto già attuato nelle Aziende. Il risultato significativo quindi è, per la percentuale definita a livello aziendale, la tenuta da parte del medico del governo dei percorsi. Si deve prevedere nel periodo un ritorno di reportistica nonché la possibilità da parte del medico di segnalare eventuali problematiche relative ai pazienti presi in carico. Anche in questo caso, al di là dell'esempio in precedenza proposto, valgono le indicazioni generali in precedenza fornite rispetto alla percorribilità/semplificazione degli obiettivi.
 - 1.5 Si ritiene necessario, come previsto nell'accordo regionale, che tra ASL, medici di medicina generale e medici specialisti sia definito preventivamente un sistema di relazioni che faciliti la presa in carico da parte del medico di medicina generale anche dei pazienti attualmente totalmente in carico ad altri livelli di cura al fine di dare ulteriore impulso al processo che si apre con questo accordo.
 - 1.6 Nel merito della scelta, fatte salve le situazioni/attività aziendali specifiche già in essere di adozione di PDT e di obiettivi e risultati già raggiunti, il PDT è da individuarsi all'interno dei percorsi negoziati a livello interaziendale, e quindi essere il risultato di una valutazione delle criticità aziendali del periodo e non la mera riproposizione di esperienze già effettuate. Si precisa che quanto previsto all'allegato 14 del sistema delle regole 2007 e nello specifico, relativamente ai progetti ospedale territorio, costituisce elemento di ulteriore specificazione e qualificazione dei progetti più generali di governo clinico.
 - 1.7 La scadenza degli accordi aziendali per l'anno in corso è posticipata al 1 luglio 2007. La presentazione, la raccolta delle adesioni e la sottoscrizione degli impegni per le attività definite negli accordi devono avvenire entro il 15 luglio. Questa scansione temporale consentirà l'apertura della maschera per l'inserimento degli aventi diritto entro il 30 luglio favorendo il percepimento delle quote spettanti da parte dei medici con il cedolino che sarà ricevuto nel mese di agosto p.v.. Questo fatto salve le determinazioni a livello aziendale e l'eventualità di recupero nel caso di mancata (dal punto di vista quantitativo / qualitativo) effettuazione delle attività concordate.
 - 1.8 Le modalità di valutazione del raggiungimento degli obiettivi sul PDT pone a livello temporale dei problemi simili alla valutazione sull'appropriatezza prescrittiva e quindi come detto nell'accordo valgono le stesse modalità. Si ricorda che al raggiungimento delle aree di



risultato è legato il 50% del compenso e il peso dei due aspetti legati al governo clinico (area prescrittiva e PDT) è definito in sede locale.

2. Forme associative, personale di studio (riferimento parte prima A.C.R. azioni miglioramento punto 2 - associazionismo)

2.1 Per opzione strutturata di forma associativa (come indicato nell'A.C.R.) è da intendersi la produzione da parte dei professionisti interessati della documentazione necessaria al riconoscimento della forma associativa, unitamente ad un impegno certo rappresentato dalla data definita entro la quale verrà attivata la forma associativa. Medesime indicazioni hanno valore per l'acquisizione del personale di studio/infermiere.

2.2 La rilevazione da parte delle Aziende deve essere fatta entro il 10 luglio. Verrà inviato a breve alle Aziende un file da compilare e rimandare alla Regione in tempo utile per riconoscere le attivazioni semestrali. Si segnala a tal proposito che il finanziamento aggiuntivo al fondo, previsto come detto, copre richieste di durata semestrale. Per evitare alcuni problemi emersi nel 2006 sarà monitorato il costo complessivo dell'anno 2008 (nell'ipotesi di isorisorse). A latere visti i differenti livelli di consumo del fondo da parte delle Aziende ed essendo le forme associative (pur nelle loro differenze) e il personale strumenti di realizzazione degli indirizzi di sistema, è intenzione verificare da subito ipotesi di attivazione di meccanismi di riequilibrio del fondo per compensare le differenze interaziendali. Dal file inviato dalle Aziende dovranno emergere anche le esigenze, a cui potrebbe essere data in linea di massima priorità, di completamento, di integrazione e/o di variazione delle forme associative già esistenti anche in fatto di personale in aggiunta a quanto sottoesposto al secondo comma del successivo punto 3.6.

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.

2.3 Si chiederà successivamente alle Aziende di valutare prospetticamente (anche attraverso una rilevazione ad hoc) le potenzialità ragionevoli di espansione degli istituti del fondo per l'anno 2008 in modo tale da avere un contributo ai fini delle decisioni in merito ai criteri di selezione e priorità per l'anno 2008.

2.4 Da ultimo, come stabilito nell'accordo, il personale di studio dovrà operare nello studio e pertanto le altre modalità (quale ad esempio a titolo puramente esemplificativo call-center in service), benché derivanti da accordi precedenti, dovranno essere ricondotte alle indicazioni dell'accordo entro il 31 agosto e quindi dal 1 settembre nessun riconoscimento dovrà essere dato per organizzazioni differenti della presenza del personale.

3. Qualificazione dell'offerta (riferimento parte prima azioni miglioramento punto 2.1 - fondo qualificazione dell'offerta)

3.1 La Scheda di Comunicazione come struttura base sarà definita in un prossimo Comitato Regionale e sarà commisurata alla natura e alla funzione di informazione sulla situazione di

fer

alcune tipologie di pazienti per assicurare la continuità assistenziale al domicilio/nel territorio. Sono fatte salve le sperimentazioni che fanno riferimento all'utilizzo degli standard europei. Se, in prospettiva, la predetta scheda costituirà implementazione del FSE e riconoscerà l'utilizzo del SISS, ad oggi la trasmissione avverrà attraverso modalità definite Azienda per Azienda. La data di avvio si ritiene possa essere identificata con la data di inizio dei progetti della continuità assistenziale relativamente alla maggior presa in carico dei pazienti in condizioni di fragilità indicativamente e comunque entro e non oltre i primi giorni del mese di settembre 2007.

3.2 La parte B del fondo contiene gli aspetti di maggior innovatività che accompagnano (per il momento in forma di incentivo, ma in prospettiva, a seguito di verifica sul campo, quale ridefinizione / ampliamento, dell'articolo specifico sulle forme associative dell'A.C.N.) il percorso di qualificazione, così come previsto dai documenti regionali, su due versanti:

- l'aumento dell'offerta;
- la possibilità di sviluppo di forme associative intermedie, e/o di maggiore strutturazione delle forme associative, che potranno trovare successivamente un momento di definizione "normativa".

3.3 La sede comune non è la sede rappresentativa dell'associazione ma un luogo di attività, come in parte esplicitato dall'A.C.N. allorchè fa riferimento alla "rotazione tra medici e le attività concordate".

3.4 Alle Aziende è lasciato l'onere dell'informazione e della verifica delle opzioni presentate dai professionisti anche rispetto alla collocazione della predetta sede comune, che deve essere baricentrica rispetto ai luoghi di residenza degli assistiti e alla distribuzione dell'offerta, che deve mantenere la capillarità geografica precedente. È da valutare inoltre, rispetto ai requisiti, la situazione delle forme associative miste qualora i requisiti siano propri di parti di queste ultime.

3.5 Il 15 luglio è la data fissata per i requisiti relativi al sabato mattina (aumento dell'offerta a 6 giorni) per le forme associative e quelli dell'orario complessivo.

3.6 Per quanto riguarda il personale (collaboratore di studio e infermiere) si riconosce l'oggettiva difficoltà nell'acquisire in tempi brevi ad esempio l'infermiere. Si ritiene pertanto che il requisito a partire dal 15 luglio possa essere inizialmente assolto anche in presenza di una sola figura professionale a condizione che il numero di ore complessivo previsto del personale non medico (collaboratore e infermiere) sia comunque garantito, anche se con una sola figura professionale e che il piano di utilizzo tenda a garantire il più possibile una presenza nella sede comune in modo tale da assicurare una maggiore offerta agli assistiti.

Resta inteso che la duplice figura deve essere acquisita in tempi ragionevoli e quindi al massimo entro il mese di ottobre. Questo impegno da parte dei professionisti potrebbe costituire anche elemento di priorità rispetto all'utilizzo del fondo ex art. 59.

3.7 Si ricorda la necessità (come previsto dall'A.C.R.) di acquisire dalle Aziende le informazioni rispetto alla rilevazione delle carenze in relazione al ridefinito rapporto ottimale in modo tale che possa essere definita la data di avvio.

4. Progetti sulla domiciliarità



La progettualità sulla domiciliarità prevista al punto 4 delle azioni di miglioramento deve essere avviata non oltre il 15 settembre. Si sottolinea come esistano delle intersezioni forti tra questi progetti e quelli sui cronici previsti nell'area della continuità assistenziale.

5. Medici di Continuità Assistenziale

Devono essere avviate in tempi brevi le attività di applicazione dell'accordo e quindi nello specifico:

- 5.1 Dalla prima mensilità utile deve essere aggiornato il compenso orario riconoscendo la quota prevista al penultimo paragrafo del punto 8. Il riconoscimento di 1 €/ora decorre dal 1 gennaio 2007. In questo senso occorre che le Aziende diano le dovute indicazioni. Medesima indicazione per la decorrenza si estende alle festività indicate nella tabella di cui al punto 1.
- 5.2 La progettualità dell'area dei medici di continuità assistenziale (obbligatoria) deve essere definita, orientativamente, entro il mese di luglio in modo tale che comunque si abbia a disposizione nel 2007 almeno un trimestre di sperimentazione di progetti. Si sottolinea la necessità di avviare un piano strutturato di formazione per la continuità assistenziale in tempi tali da consentirne la realizzazione di parte entro il mese di novembre 2007 e il relativo riconoscimento economico entro la mensilità successiva. Nel merito della formazione/addestramento al SISS a breve forniremo ulteriori indicazioni, ma in linea di massima si ritiene che tale attività sia da programmare/espletare nell'ultima parte dell'anno in corso e quindi con la possibilità di liquidazione delle rispettive competenze con gli emolumenti del mese di novembre 2007. Questo anche in sintonia con i progetti di sviluppo delle Aziende in questo ambito.
- 5.3 Gli accordi in essere per la giornata di sabato nella loro riproposizione devono tenere conto, ossia devono essere ridefiniti, di quanto previsto dall'ACR.
- 5.4 Tutto questo fermo restando che l'ACR per la continuità assistenziale definisce annualmente un monte economico riservato a questi professionisti e come tale vincolato solo a questi ultimi.
- 5.5 Ai sensi del punto 3 della sezione riservata alla continuità assistenziale dell'A.C.R., le Aziende sono chiamate a raccogliere entro fine mese (qualora già non effettuato) la disponibilità ad un aumento delle ore di attività fino ad un massimo di 144 ore mensili da parte dei medici di Continuità Assistenziale (in possesso di incarico sia a tempo indeterminato sia determinato) da attivare all'interno di un accordo aziendale nel caso di situazioni di oggettiva difficoltà relativamente alla dotazione di professionisti.
- 5.6 In un contesto che tende a qualificare questi professionisti, si sottolinea l'importanza della definizione a livello aziendale di una carta dei servizi per il S.C.A., sempre qualora non realizzata, con una diffusione ampia (sedi fisiche di Continuità Assistenziale, studi dei medici di famiglia e dei pediatri di famiglia, farmacie, sedi distrettuali ma anche visibilità nella homepage aziendale), prevedendo anche, qualora possibile, una distribuzione da parte degli uffici scelta e revoca. Delle attività di comunicazione e dei relativi contenuti ne dovrà essere informato il comitato regionale. A latere, a fronte di segnalazioni recepite in sede di comitato regionale, si ricorda che nei confronti dei medici di continuità assistenziale che utilizzano la vettura personale (quando non disponibile quella aziendale) l'ASL deve adottare le misure

necessarie per facilitare la circolazione e la sosta (ad es. contrassegno, contatti con le amministrazioni comunali ecc.) .

6. Medici Emergenza Territoriale

- 6.1 In attesa dell'accordo specifico l'adeguamento del compenso orario e relativa decorrenza si applica anche ai medici dell'emergenza territoriale.

Gli oneri derivanti dall'applicazione dei sopraccitati punti dell'Accordo Regionale, ad eccezione del governo clinico già ricompreso in quota capitarla 2007 e di quanto non rientrante nell'effettiva competenza economico finanziaria 2007, sarà oggetto di integrazione in corso d'anno a seguito di comunicazione da parte della DG Sanità

Distinti saluti

Carlo Lucchina


