



Regione Lombardia

Assessore alla Sanità

ACCORDO DI SISTEMA CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

L'accordo di sistema è stipulato fra l'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia ed i Medici di Medicina Generale per l'attuazione del diritto alla tutela della salute dei cittadini, considerando tutte le articolazioni dell'area delle cure primarie ai sensi e per gli effetti dell'ACN 23.3.2005.

L'attività della Medicina Generale deve essere espletata in linea con gli indirizzi regionali e in coerenza alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Socio Sanitario Regionale al fine di contribuire sempre più al miglioramento complessivo del Servizio Sanitario Regionale, assicurando l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Fra tutte le azioni di miglioramento si richiamano in via prioritaria:

1. UNA MIGLIORE E PIÙ EFFICACE PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE.

L'obiettivo della Regione Lombardia è quello di garantire ai cittadini i più elevati standard assistenziali richiedendo ad ogni professionista territoriale di operare attraverso definiti e specifici criteri qualitativi.

Il Medico di Medicina Generale ha un ruolo specifico ed essenziale nella rete dei Servizi Sanitari e nella conseguente capacità di prendere in carico il paziente e di affrontare e risolvere le problematiche poste dalla necessità di integrare la medicina territoriale con la rete d'offerta ospedaliera. L'attività dei Medici di Medicina Generale, che necessita di puntuali definizioni e attribuzioni in merito alle specifiche competenze, si esplica all'interno delle compatibilità economiche di sistema, correlandosi quindi con le risorse complessive a disposizione.

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]



Queste risorse devono essere utilizzate nel rispetto dei livelli di spesa programmati come previsto dall' art. 59 b) c. 15 dell' ACN e finalizzate ad azioni che favoriscano la presa in carico del paziente, attraverso l'applicazione di percorsi diagnostico – terapeutici (PDTA) condivisi con l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento, l'impiego della Banca Dati Assistito (BDA) e con finalità di governo clinico e di *disease management* delle patologie croniche.

Al fine di migliorare la gestione unitaria del paziente è pertanto fondamentale ricercare la maggiore integrazione fra medici che operano sul territorio, medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali.

2. UTILIZZO DELLA CARTA CRS/SISS.

L'utilizzo della carta CRS/SISS è una scelta fondamentale ed irreversibile per la gestione del sistema sanitario lombardo. La Regione si impegna a garantire un uniforme sviluppo del SISS ed a verificarne, periodicamente, la funzionalità anche per superare le criticità che eventualmente dovessero emergere.

L'accesso ad una quota rilevante delle risorse *incentivanti* disponibili (*incluse quelle regionali*) comprendenti quelle finalizzate all'implementazione delle azioni di governo clinico, non può prescindere dalla adesione al SISS e dall'utilizzo della tessera sanitaria regionale. Tale adesione infatti consente *una più agevole integrazione e comunicazione fra gli attori del Sistema Sanitario*.

Transitoriamente una quota (minoritaria) delle risorse incentivanti disponibili sarà utilizzata anche per garantire il raggiungimento di obiettivi di governo clinico ai professionisti territoriali che, per difficoltà varie, non aderiranno al SISS.

Tale situazione transitoria avrà termine con il 31 agosto 2007, data oltre la quale l'adesione al SISS è ritenuta inderogabilmente requisito indispensabile a garanzia del raggiungimento dei più

Handwritten signatures in blue ink, including a large signature at the top and several smaller ones below.



elevati standard assistenziali citati al punto 1 del presente accordo (e per gli effetti del comma 1 e 2 del presente punto).

3. MODELLI EVOLUTI E/O INTEGRATI DI ASSOCIAZIONISMO.

La Regione Lombardia ritiene idonee al raggiungimento degli obiettivi di governo clinico di cui ai punti precedenti, le attivazioni di forme associative dell'assistenza primaria del tipo rete e gruppo (la medicina in rete e la medicina di gruppo) o forme intermedie fra le due.

Queste forme associative dell'assistenza primaria nella loro organizzazione dovranno configurarsi in relazione alle specificità territoriali e/o demografiche di riferimento, secondo standard organizzativi e gestionali che permettano il raggiungimento degli obiettivi di salute della comunità e garantiscano facilità di accesso ai servizi minimizzando il ricorso improprio ad altri livelli di cura.

Si identificano quali requisiti minimi *indispensabili*:

- idonei orari dell'attività ambulatoriale;
- disponibilità telefonica;
- efficace modalità di scambio informativo tra medici;
- prestazioni sanitarie anche integrate con altri livelli di cura.

In quest'ottica perde progressivamente di efficacia la "forma semplice" dell'associazionismo e le risorse in precedenza ad essa attribuite andranno per la parte prevalente ad integrare *le risorse incentivanti disponibili, incluse quelle regionali*, per garantire l'attivazione delle forme individuate al comma 1.

Le risorse incentivanti disponibili (incluse quelle regionali), per le forme associative, saranno riconosciute e graduate in relazione al raggiungimento di obiettivi di interesse regionale, coerenti con le previste attività di governo clinico.



Si ritiene che anche il medico singolo, che operi in particolari condizioni geografiche/demografiche o di contesto, possa rispettare i requisiti minimi indispensabili individuati ai sensi del punto 3, correlati alle condizioni di cui al presente comma, potendo accedere quindi ad una quota delle risorse incentivanti disponibili.

4. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.

E' necessario ricercare un modello di Continuità Assistenziale che, mantenendo le specificità del medico di medicina generale e del medico di continuità assistenziale, crei, nell'area delle cure primarie ed in integrazione con le attività del distretto delle ASL, un efficace raccordo fra gli interventi a tutela della salute del cittadino.

5. DOMICILIARITÀ

Nel quadro di linee di indirizzo programmatico a valenza regionale, saranno analiticamente affrontati tutti gli aspetti collegati a ADP e alla domiciliarità in generale per massimizzare l'efficacia ed l'efficienza di queste modalità di assistenza domiciliare.

6. MEDICO DI MEDICINA DEI SERVIZI

La medicina dei servizi, ove attivata, svolgerà, in stretta integrazione con l'area delle cure primarie, un ruolo di sinergia con gli indirizzi regionali.

7. DISPOSIZIONI FINALI

Le risorse economiche complessive, comprese quelle utilizzate per il SISS, messe a disposizione dalla Regione per l'attuazione dell'ACR non saranno inferiori a quanto previsto per il 2005 e saranno positivamente correlate alle necessità di sviluppo incrementale del presente accordo, fatte salve le compatibilità economiche di sistema.

[Handwritten signatures in blue ink]



L'Accordo Collettivo Regionale individuerà i contenuti procedurali, organizzativi ed economici dei singoli istituti contrattuali nonché gli aspetti economici connessi ai supporti tecnologici, sulla base delle indicazioni fornite dal presente accordo di sistema.

Milano, 1° agosto 2006

Paolo Manca FIMMG LOMBARDIA

Tommaso Greco FIMMGCA LOMBARDIA

Euro Greco FEDERAZ. MEDICI

Renzo Starnier FP CGIL MMG

Federazione Medici

Dichiarazione allegata all'Accordo di Sistema con i Medici di Medicina Generale.

Federazione Medici chiarisce che in merito al punto 3: modelli evoluti e/o integrati di associazionismo, il parere favorevole è subordinato alla previa verifica della compatibilità con la normativa di cui all'ACN articolo 54 comma 17.

Milano 1/08/2006.

Euro Scopus