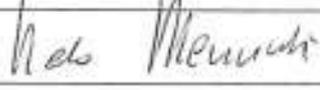


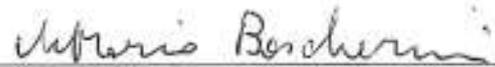
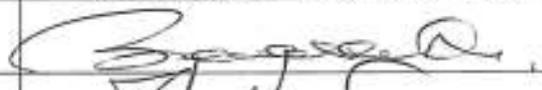
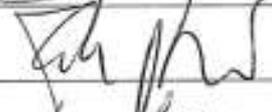
Area contrattuale: MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	Tipo documento: ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE	Data: 19/12/2017
Descrizione: Accordo Attuativo Aziendale Medici di Continuità Assistenziale anni 2017-2019.		

Il Comitato Aziendale per la Medicina Generale

per la parte pubblica:

Il Direttore Generale <i>Dr. Paolo Morello Marchese</i> o suo Delegato <i>dr. Piero Salvadori</i>	
Il Direttore Rete Sanitaria Territoriale <i>Dr. Nedo Mennuti</i>	
Il Direttore Area Assistenza Sanitaria e Continuità <i>Dr. Marco Bonini</i>	
Il Dirigente SOS MMG <i>Dr.ssa Loredana Lazzara</i>	
Il Direttore Area Personale Convenzionato <i>Dr. Dino Ravaglia</i>	
Il Direttore S.d.S. Pistoiese <i>Dr. Daniele Mannelli</i>	
Il Dirigente SOS Sanitari di Base <i>Dr. Alessandro Pecchioli</i>	
Il Dirigente Direzione Presidi Ospedaliero <i>Dr.ssa Silvia Guarducci</i>	
Il Dirigente Coordinatore San. Servizi Territoriali Zona Firenze <i>Dr. Lorenzo Baggiani</i>	

Per la parte sindacale:

Rappresentanti FIMMG: Capo Delegazione <i>Dott. Vittorio Boscherini</i>	
<i>Dott. Alessandro Benelli</i>	
<i>Dott. Luciano Fanciullacci</i>	
<i>Dott. Alessio Nastruzzi</i>	
<i>Dott. Massimo Niccolai</i>	
Rappresentante SNAMI: Capo Delegazione <i>Dott. Gianluca Maccioni</i>	<i>BE MACCIONI</i> 
<i>Dott. Giovanni Salvestrini</i>	
Rappresentante SMI: Capo Delegazione: <i>Dott. Piero Tozzi</i>	
Rappresentante INTESA SINDACALE: Capo Delegazione <i>Dott. Paolo Michele Olia</i>	

TITOLO I DISPOSIZIONI GENERALI

Premessa

L'Azienda USL Toscana Centro, di seguito denominata Azienda riconoscendo il ruolo fondamentale dei Medici di Medicina Generale, di seguito denominati MMG, nella gestione delle cure primarie, per la loro professionalità ed esperienza nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie.

Art. 1

Campo di applicazione.

1. Il presente Accordo Attuativo Aziendale, di seguito denominato Accordo, si applica a tutti i medici di Continuità Assistenziale di medicina generale convenzionati a tempo indeterminato e determinato operanti nelle sedi di Continuità Assistenziale dell'Azienda Toscana Centro.
2. Il presente Accordo si sviluppa sugli obiettivi di programmazione Nazionali e regionali concordati con la medicina generale e quelli individuati con il presente accordo.
3. Il presente accordo, fra l'altro, disciplina gli strumenti per la razionalizzazione in campo farmaceutico, diagnostico strumentale e specialistico al fine di liberare risorse che, come previsto dall' AIR del 2012, saranno impiegate per migliorare la qualità delle prestazioni erogate dalla medicina generale.
4. Il presente Accordo – dal giorno successivo alla sottoscrizione definitiva - supera e fa decadere tutti i precedenti Accordi, fatti salvo quanto previsto all'art 17(progetti di zona/ex Azienda)
5. Per tutto quanto non contemplato dal presente accordo viene fatto riferimento all'A.C.N. 2005 e ss.mm.ii. ed all'Accordo Regionale di cui alla delibera G.R.T. n. 1231/2012.
6. In caso di controversie sull'interpretazione, le parti si incontrano per definire consensualmente la controversia, secondo le modalità previste dall'art. 23 comma 5 dell'A.C.N 2005 e ss.mm.ii..

Art. 2

Quadro normativo di riferimento

1. Decreto Legislativo 19 luglio 1999, n. 229 – “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale” e successive modifiche e integrazioni.
2. Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40 – “Disciplina del Servizio Sanitario Nazionale” e successive modifiche e integrazioni.
3. Atto di Intesa Conferenza Stato Regioni del 23.03.2005 – “Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con la medicina generale” (di seguito denominato A.C.N.) e successive modifiche e integrazioni.
4. Legge 8 novembre 2012, n. 189 – “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recanti disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”.
5. Delibera della Giunta Regionale della Regione Toscana n. 1231 del 28 dicembre 2012 – “A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii: approvazione schema di Accordo Regionale ai sensi degli art. 4,14 e 13-bis ACN/2009” e precedenti AIR.
6. DRGT N 906 del 07-08-2017:”Approvazione dello schema di accordo regionale con la Medicina Generale per l'attuazione del nuovo modello di sanità d'iniziativa di cui alla DGR 650/2016” e ss.mm.ii.

Art. 3

Decorrenza, tempi e procedure di applicazione

1. Gli effetti del presente accordo decorrono dal 01.01.2017 fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate nei singoli articoli.

2. Il presente Accordo ha durata triennale e conserva la propria efficacia fino alla stipulazione del nuovo Accordo. Saranno oggetto di ulteriori valutazioni norme conseguenti all'introduzione di eventuali modifiche apportate dal livello nazionale o regionale. È facoltà delle parti proporre e concordare eventuali modifiche o integrazioni.
3. Il finanziamento del presente accordo verrà definito annualmente.
4. Gli obiettivi di risultato verranno definiti ogni anno in base alla valutazione dei risultati ottenuti, le linee di indirizzo ed i progetti regionali ed aziendali.
5. L'Azienda provvederà a pubblicare sul Portale Aziendale e a inviare per posta elettronica a tutti i Medici di continuità assistenziale operanti sul territorio copia del presente Accordo e, successivamente, degli accordi integrativi per gli anni 2018 e 2019.
6. Annualmente, unitamente ai suddetti accordi, sarà inviato ai medici il modulo di adesione, da ritrasmettere firmato all'azienda, entro 30 giorni dal ricevimento.

TITOLO II RELAZIONI SINDACALI

Art. 4 Delegazioni trattanti e Diritti sindacali

1. La trattativa sindacale avrà luogo in sede di Comitato Aziendale per la Medicina Generale, così come disposto dall'art. 23 dell'ACN e la delegazione sindacale è costituita ai sensi dall'art. 22 dell'A.C.N..
1. I compensi per la presenza alle riunioni del comitato aziendale, ivi compresi i relativi sottocomitati ed eventuali tavoli tecnici, saranno erogati secondo quanto previsto alla lettera L) dell'Accordo Regionale così come modificato con delibera G.R.T. n. 187/2009.

TITOLO III SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' SU OBIETTIVI, PROGRAMMI E PROGETTI E RELATIVI STRUMENTI

Art. 5 Finalità del sistema di programmazione delle attività su obiettivi, programmi e progetti

1. L'Azienda e le OO.SS. dei Medici di Continuità Assistenziale della Medicina Generale ritengono necessario confermare il sistema di programmazione delle attività mediante obiettivi, programmi e progetti al fine di produrre un miglioramento dell'erogazione dei servizi agli utenti, una crescita della qualità reale e percepita, una migliore allocazione delle risorse disponibili, una reale applicazione del governo clinico, nell'ottica di una sempre migliore collaborazione fra i medici di medicina generale e l'Azienda.
2. Le parti convengono che tali finalità possono essere perseguite solo in un quadro di sostenibilità economica e di organizzazione lavorativa (per carico, responsabilità e tempi lavorativi) del sistema sanitario, attraverso l'impegno di tutti gli attori interessati.

TITOLO IV ORGANIZZAZIONE

Art. 6

Aggregazioni Funzionali Territoriali

1. I medici CA sono inseriti nella AFT di riferimento e partecipano alle riunioni delle rispettive AFT.
2. L'orario di attività della CA è quello dell'AIR in vigore. L'Azienda potrà avviare in alcune Zone, progetti aziendali per la sperimentazione H16 come previsto dall'AIR per la medicina generale di cui alla DGRT n. 1231/2012.

Art.7

Referente di sede

1. In attesa della piena attuazione dell'Accordo Integrativo Regionale, DGRT n. 1231/2012, che attribuisce al Coordinatore delle AFT il compito di organizzare la continuità assistenziale, tale compito, se non espressamente richiesto dal coordinatore, viene attribuito al Referente di sede.
2. Viene stabilito di nominare un Referente di sede per ciascuna AFT con esclusione delle AFT che non hanno sul proprio territorio una sede di Continuità Assistenziale.
3. In caso di AFT che operino in aree disagiate potranno essere nominati più Referenti di sede.
4. Per quanto riguarda le modalità di nomina, compiti e compenso mensile del referente di Sede si richiama quanto previsto dal punto 13 dell'AIR DGRT972/2008.

Art. 8

Mobilità intraaziendale

1. Prima dell'assegnazione dei Medici previsti dalle zone carenti di Continuità Assistenziale, in applicazione del comma 5 art. 64 dell'A.C.N. 23.03.2005 e s.m.i., dovrà essere attuata la procedura per la richiesta dell'eventuale trasferimento interno dei Medici con incarico a tempo indeterminato.
2. La mobilità verrà assegnata ai titolari di Continuità Assistenziale che ne hanno fatto richiesta, con le seguenti priorità:
 - medici con rapporto di fiducia all'interno della AFT di riferimento della sede carente;
 - medici che hanno partecipato alla sperimentazione H16;
 - medici residenti nel territorio di riferimento della AFT della sede carente;
 - medici con maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato di CA.
3. La procedura viene attuata solo con riferimento ai posti originariamente vacanti e non per i posti resisi successivamente disponibili a seguito dei trasferimenti per mobilità.
4. Le zone carenti soggette a mobilità interna si riferiscono agli ambiti di cui alla pubblicazione delle Zone Carenti da parte della Regione Toscana

Art. 9

Reperibilità

1. In accordo con le OO.SS. si sospende l'istituto della reperibilità ove presente negli ambiti ex Aziende USL, in quanto rivelatosi inadeguato ed inefficace per garantire la copertura di assenze improvvise di medici incaricati del turno di lavoro in relazione a causa di forza maggiore, destinando le risorse liberate al fondo aziendale.
2. Si concorda che è concessa al medico di continuità assistenziale, che si trovi nell'impossibilità di svolgere il proprio turno, la possibilità di scambiare il turno, in ordine di priorità, con i colleghi della medesima postazione e con i colleghi delle postazioni limitrofe della stessa AFT. Il medico è considerato responsabile del turno assegnato e, pertanto, in caso di impossibilità all'espletamento del turno stesso, ricade sul medico l'onere di provvedere alla propria sostituzione informando il referente di sede.

3. Qualora il medico non riesca a garantire la propria sostituzione informa il referente di sede, e se questo risulta non reperibile, da comunicazione alle strutture di riferimento dell'Azienda Sanitaria, attiva sulle 24 ore.
4. Il referente di sede si attiva per provvedere alla copertura del turno resosi vacante contattando i medici titolari e i sostituti della sua AFT o delle AFT limitrofe. In caso d'impossibilità alla copertura ne dà comunicazione alle strutture di riferimento dell'Azienda sanitaria attiva sulle 24 ore.
5. Data la diversità dell'attuale organizzazione, tempi e modalità di attuazione di quanto previsto nei commi precedenti verranno definite e concordate in apposito regolamento aziendale che definirà entro il 31 dicembre 2018 organizzazione del servizio, modalità di attribuzione dei turni, modalità copertura turni vacanti e definizione delle sedi territoriali di appoggio. Fino all'approvazione di tale regolamento resteranno attive le modalità di reperibilità attualmente presenti nelle singole zone.

Art. 10

Integrazione tra medici a rapporto di fiducia e medici a rapporto orario

1. Una efficace ed efficiente presa in carico dei pazienti con problemi complessi passa anche attraverso una condivisione dei dati tra il medico di medicina generale a rapporto di fiducia dell'assistito ed i medici di medicina generale a rapporto orario. La condivisione potrà svilupparsi preferibilmente attraverso strumenti informatici.
2. La presa in carico condivisa dei casi più complessi costituisce il presupposto per l'estensione dell'orario della continuità assistenziale del sabato alle ore 8.00.

Art. 11

Sicurezza Sedi

1. L'azienda si impegna ad iniziare un percorso di riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale per migliorare la qualità del servizio ed assicurare la massima sicurezza possibile ai medici così come previsto dall'Art. 68 dell'ACN attualmente in vigore.
2. A tale scopo l'Azienda effettuerà entro il 30/11/2017 una ricognizione sullo stato delle postazioni adibite a sedi di continuità assistenziale.
3. Il percorso di riorganizzazione prevederà tra l'altro:
 - a. Definizione di fasce orarie diurne ad accesso libero al servizio ambulatoriale di continuità assistenziale. Ogni AFT avrà almeno un ambulatorio di Continuità Assistenziale di riferimento. L'indirizzo di ciascuna sede e gli orari di apertura, oltre che sul sito aziendale verranno affissi negli ambulatori dei MMG.
 - b. In caso di necessità inderogabili al di fuori degli orari ad accesso libero, l'accesso potrà avvenire solo dopo contatto telefonico.
 - c. Realizzazione di un numero telefonico unico per la Continuità Assistenziale.
 - d. Definizione di sedi, ai fini della tutela della sicurezza, in cui il medico al di fuori dell'attività ambulatoriale ad accesso libero, potrà recarsi per continuare a svolgere il suo servizio.
 - e. Completamento dotazione al personale medico di cellulari aziendali per lo svolgimento dell'attività e informatizzazione di tutte le postazioni di Continuità assistenziale.
4. I dettagli saranno definiti in un piano di Riorganizzazione del Servizio di Continuità assistenziale da elaborare entro il 30/06/2018. Tale piano dovrà riportare le azioni per il superamento di eventuali criticità e, qualora non fosse possibile attuarle immediatamente, le azioni tese a garantire un livello di sicurezza equivalente ai sensi delle disposizioni emanate dal Ministero della Salute in materia di sicurezza.
5. L'Azienda USL Toscana Centro e le organizzazioni sindacali concordano che, in caso di gravidanza, qualora, ai sensi della legge 81, il medico competente ritenga che non sia più possibile continuare a svolgere il servizio di Continuità Assistenziale, saranno ricercati servizi compatibili.

Art. 12

Rilevazione delle presenze

1. Allo scopo di favorire ed incentivare l'informatizzazione in applicazione di quanto previsto dal D.L. n. 5/2012, nonché con l'obiettivo di favorire e facilitare la liquidazione dei compensi ai medici CA, ed eliminare la rendicontazione mensile cartacea dei turni effettuati, l'azienda prevede, ove non sia già attiva, l'estensione di sistemi di rilevazione informatica dell'orario di attività dei medici.

TITOLO V FINANZIAMENTO ACCORDO

Art.13 Risorse

1. Le risorse per poter attuare il presente Accordo Attuativo Aziendale per la Medicina Generale derivano da finanziamenti Nazionali, Regionali, Aziendali e di Zona distretto.
2. Il fondo annuale è costituito da:
 - a. Fondo Aziendale incentivante stanziato dall'azienda;
 - b. Risorse derivanti dalle recupero di indennità pregresse :
 - reperibilità;
 - visite pediatriche;
 - quota aggiuntiva ore >104 ore mensili;
 - incentivo ambulatorio (presente ex ASL di Prato).
 - c. Risorse derivanti dagli importi versati dagli utenti non residenti e non domiciliati per visite nell'anno precedente all'accordo.

3. Per l'anno 2017 le risorse sono riportate nella tabella sottostante

Fondi finanziamento accordo 2017			
Totale	Fondo aziendale	Recupero indennità	Visite non residenti
€ 864.481,61	€ 200.000,00	€ 651.012,08	€ 13.469,54

4. Per l'anno 2017 le risorse suddivise secondo quanto riportato nella tabella sottostante

Ripartizione risorse accordo 2017		
Totale	Retribuzione di risultato	Obiettivi Zona distretto/SdS
€ 864.481,61	€ 664.481,61	€ 200.000,00

5. Le risorse sopra dettagliate non sono comprensive di oneri aziendali.

TITOLO VI DEFINIZIONE OBIETTIVI, PROGRAMMI, PROGETTI

Art 14 Obiettivi

1. Gli obiettivi concordati da perseguire sono:
 - governo clinico del territorio ai sensi anche degli obiettivi già previsti dall'AIR di cui alla DGRT 1231/12 o mediante specifici progetti;
 - miglioramento dell'erogazione dei servizi agli utenti, anche attraverso riqualificazione professionale del servizio CA con la partecipazione a progetti con la presa in carico di

soggetti con disabilità, patologie terminali oncologiche e non, o patologie ad alta complessità assistenziale e assistenza ad immigrati;

- riorganizzazione del servizio CA con attività oraria programmata per l'attività ambulatoriale a libero accesso, guardia medica attiva e sperimentazione aziendale dell' h16;
- Integrazione della CA con la MMG con l'ausilio di software informatici.

2. Il medico di CA dovrà concorrere agli obiettivi attribuiti alla AFT di riferimento.
3. Il medico di CA concorre con il medico di medicina generale a rapporto di fiducia a realizzare la continuità terapeutica nel territorio evitando lo spreco nell'uso delle risorse disponibili nel rispetto delle indicazioni e delle limitazioni previste dalle Note AIFA e delle linee di indirizzo di una medicina basata sulle evidenze scientifiche.

Art.15bis
Retribuzione di risultato

1. Con il presente accordo si assegna un'incentivazione ai medici a rapporto orario a tempo indeterminato e a tempo determinato per un periodo pari a superiore a sei mesi, qualora siano raggiunti gli obiettivi indicati negli articoli seguenti.
2. Alla firma dell'accordo una quota pari al 40% dell'intero fondo destinato al medico singolo sarà anticipata, in un'unica soluzione, salvo conguaglio positivo o negativo in base al raggiungimento degli obiettivi.
3. Il fondo legato alla retribuzione di risultato viene così suddiviso:

Retribuzione di risultato	Percentuale utilizzo Fondo	Fondi
Singolo Medico	70%	€ 465.137,13
AFT	15%	€ 99.672,24
Partecipazione riunioni AFT	15%	€ 99.672,24
Totale		€ 664.481,61

4. I fondi Retribuzione di risultato Singolo medico e Retribuzione di risultato AFT vengono erogati totalmente nell'anno in corso con ripartizione proporzionale in rapporto al risultato raggiunto ed alle ore effettivamente lavorate.
5. Il fondo "Frequenza riunioni AFT" che viene erogato totalmente nell'anno in corso in rapporto al obiettivo raggiunto, i medici di CA convenzionati in Assistenza primaria percepiranno soltanto l'incentivo "Frequenza riunioni AFT" previsto dell'accordo del settore Assistenza Primaria .

Art.15 ter
Retribuzione di risultato singolo medico

1. La retribuzione di risultato del singolo medico è valutata in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante.

Settore	Indicatori	Obiettivi	Punteggio
Farmaceutica	1 pezzo ricetta per specialità medicinale (ai fini del calcolo sono esclusi gli antibiotici iniettabili multiprescrivibili.)	>85%	50
	(confezioni Penicilline J01C/confezioni Antibiotici J01) %	> - 2% media prescrizione Aziendale CA	25
	(confezioni Antibiotici iniettivi / totale confezioni antibiotici) %	< + 2% media prescrizione Aziendale CA	25

2. Per il costo medio confezione s'intende quella della AFT di appartenenza.
3. L'intero fondo per la retribuzione di risultato del singolo medico, sarà ripartito tra i medici in maniera proporzionale al punteggio raggiunto e alle ore effettivamente lavorate.

Art.15 quarter
Retribuzione di risultato AFT

1. La retribuzione di risultato di ogni AFT sarà attribuita in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante è attribuiti all'AFT di appartenenza

Settore	INDICATORE	OBIETTIVO	PUNTEGGIO
Farmaceutica obiettivi appropriatezza	PPI <	Media valori AFT Azienda USL TC Anno precedente scartato il valore di testa e di coda.	20
	Sartani <		20
	Statine <		20
	Farmaci sistema respiratorio R03 <	In alternativa l'obiettivo è considerato raggiunto anche ottenendo una riduzione del delta dalla media del 30% rispetto anno precedente	20
	Antibiotici <		20
	Farmaci brevetto scaduto >		20
	Eparinici B01AB <		20
	Pazienti politrattati <	Inferiore anno precedente	20
Varie	Tasso vaccinazione antiinfluenzale ultra 65enni	> media regionale	20
	Utilizzo criteri priorità	Adesione >90% medici AFT o > 50% richieste	10
	Ricorso al DEA	< anno anno precedente	10

2. Ad ogni AFT, mediante accordo tra coordinatore e servizio farmaceutico, saranno assegnati 3 obiettivi, fra gli 8 obiettivi d'appropriatezza farmaceutica specificati nella tabella. In caso di non accordo la valutazione sarà sottoposta al parere del comitato aziendale.
3. Il valore degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, escluso pazienti politrattati, è dato dal valore medio ottenuto dalle AFT della ASL TC scartato il valore di testa ed il valore di coda. Il risultato sarà considerato raggiunto anche con una diminuzione del delta dalla media del 30% rispetto all'anno precedente.
4. Gli obiettivi di appropriatezza prescrittiva farmaceutica sono calcolati valutando la prescrizione attribuita agli assistiti pesati in carico ai singoli MMG così come riportata nell'Art. 7 bis comma 2 del "Accordo Attuativo Aziendale Medici di Assistenza Primaria di Medicina Generale Anno 2017-2019 Azienda USL Toscana Centro". Le specifiche per il calcolo degli indicatori sono riportate nell'allegato E dello stesso accordo.

Art. 15 quinquies
Presenze riunioni di AFT

1. Al fine di favorire il confronto tra pari, la condivisione di linee guide, di percorsi diagnostici terapeutici e la valutazione e la discussione dei dati di attività viene incentivata la partecipazione alle riunioni di AFT.
2. L'incentivazione è legata al numero di riunioni alle quali il medico partecipa ed è indipendente dal numero di ore lavorate. Gli obiettivi sono i seguenti:
 - Obiettivo parziale (50% incentivo): il medico partecipa ad almeno 6 riunioni nell'anno.

- Obiettivo totale (100% incentivo): il medico partecipa ad almeno 9 riunioni nell'anno.
3. La partecipazione è attestata con firma raccolta dal coordinatore di AFT e inviata via email a dipartimento.medinagenerale@ulscentro.toscana.it all'Azienda congiuntamente al verbale della riunione.
 4. Sono giustificati dalla mancata partecipazione alle riunioni di AFT i medici in servizio; tali medici dovranno darne comunicazione al coordinatore di AFT che provvederà a registrarla sul foglio di presenza. Tale giustificativo potrà essere attuato per un massimo di 3 presenze in un anno.
 5. I medici a doppio contratto, parteciperanno alla distribuzione dell'incentivo dell'accordo medicina generale.

Art. 16

Obiettivi /progetti Zona distretto/SdS

1. Con il presente accordo si assegna una parte del Fondo ad obiettivi/progetti da concordare e attuare a livello di Zona distretto / SdS.
2. L'iniziale suddivisione del fondo è proporzionato, tra le diverse zone, ed ulteriormente suddiviso a livello di singole AFT, in rapporto al numero degli assistiti al 31 Dicembre dell'anno precedente all'accordo.
3. La retribuzione di risultato sarà attribuita ai medici in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante:

Settore	INDICATORE	OBIETTIVO	Incentivo
Progetti di Zona/ organizzazione Ambulatorio	Attività Ambulatoriale a libero accesso	Attivazione del progetto	50
	Progetto Sperimentale H16	Adesione progetto	100
Progetti Assistenza	Progetto assistenza Pazienti Oncologici e Pazienti Complessi	Attivazione del progetto	50
	Progetto Attività Sanità di Iniziativa o Assistenza ai migranti o progetto libero approvato dal comitato aziendale	Attivazione del progetto	50

4. Il punteggio attribuito per la retribuzione di risultato non potrà superare 100.
5. Il fondo per la retribuzione dei progetti Zonali sarà ridistribuito ad ogni AFT in modo proporzionale al punteggio raggiunto e sarà ripartito tra i medici afferenti a quell'AFT in maniera proporzionale alle ore effettivamente lavorate.
6. In ogni Zona distretto/SdS i coordinatori di AFT, su proposta dei medici di CA, in collaborazione con l'Azienda e il dipartimento della medicina generale, entro il 31 dicembre 2017, sceglieranno l'attivazione di almeno un progetto da realizzare.
7. Il fondo "Progetti di zona", se non impegnato globalmente nell'anno dell'accordo, viene lasciato nella disponibilità aggiuntiva della Zona distretto/SdS nell'anno successivo.
8. I progetti Zonali potranno essere presentati dai coordinatori in accordo con i medici di CA in modo da essere confacenti alle necessità della zona/AFT e in linea con gli obiettivi aziendali.

Norma transitoria n. 1

1. Per poter gestire la fase di transizione le risorse per Obiettivi di Zona distretto/SdS ed i Fondi Retribuzione di risultato saranno inizialmente suddivisi per Ex ASL in base alla popolazione pesata.

2. Per l'anno 2017, e fino a nuovo accordo tra le parti, le risorse ed i fondi saranno suddiviso in rapporto agli assistiti delle ex ASL che costituiscono la Azienda USL Toscana Centro.
3. Al fine di alimentare il fondo recupero indennità, dalla data della firma dell'accordo, nelle zone in cui sono ancora attive, si procederà alla cessazione del pagamento dei seguenti istituti:
 - a. Reperibilità
 - b. Visite pediatriche
 - c. Quota aggiuntiva ore >104 ore mensili;
 - d. Incentivo ambulatorio
4. Le risorse derivanti dal Recupero indennità di cui all'Art. 13, comma 2 del presente accordo, da impegnare nella costituzione dei fondi e delle risorse, s'intendono al netto di quanto già speso, fino alla data della firma del presente accordo, per gli istituti di cui al precedente comma