

|   |   |                     |
|---|---|---------------------|
| Area contrattuale:<br>MEDICI DI MEDICINA GENERALE   | Tipo documento:<br>ACCORDO ATTUATIVO<br>AZIENDALE | Data:<br>28/06/2018 |
| Descrizione: Accordo Attuativo Aziendale Medici di Assistenza Primaria di Medicina Generale Anno 2017-2019. Revisione anno 2018 |   |                     |

### *Il Comitato Aziendale per la Medicina Generale*

#### *Per la parte pubblica:*

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

#### *Per la parte sindacale*

|   |  |
|---|--|
| Rappresentanti FIMMG:<br>Capo Delegazione<br><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:<br>Capo Delegazione<br><i>Dott. Gianluca Maccioni</i>             |  |
| <i>Dott. Giovanni Salvestrini</i>   |  |
| Rappresentante SMI:<br><i>Dott. Filippo Simonelli</i>                                   |  |
| Rappresentante INTESA SINDACALE:<br>Capo Delegazione<br><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 e nell'assistenza al paziente, si avvale dei MMG per migliorare la qualità delle cure primarie.

Art. 1

Campo di applicazione

1. Il presente Accordo Attuativo Aziendale, di seguito denominato Accordo, si applica a tutti gli MMG iscritti negli elenchi dei comuni appartenenti al territorio dell'Azienda ai sensi della delibera regionale n. 1231/2012
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, fatto 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

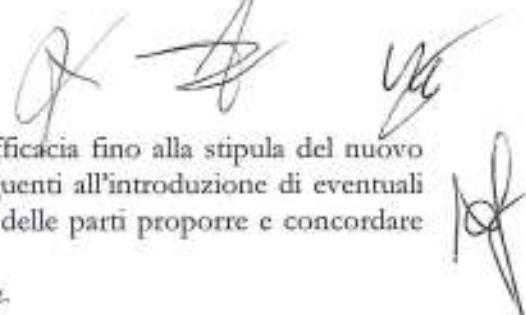
Quadro normativo di riferimento

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 G.R.T. 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. Delibera G.R.T. 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 01.01.2018 fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate nei singoli articoli.

- 
- Il presente Accordo ha durata biennale e conserva la propria efficacia fino alla stipula 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.
  - Il finanziamento del presente accordo verrà definito annualmente.
  - Gli obiettivi di risultato verranno definiti ogni anno in base, alle linee di indirizzo ed ai progetti regionali ed aziendali.
  - L'Azienda provvederà a pubblicare sul Portale Aziendale e a inviare per posta elettronica a tutti i MMG operanti sul territorio copia del presente Accordo e successivamente dell'Accordo integrativo per l'anno 2019.
  - Annualmente, unitamente ai suddetti accordi, sarà inviato ai medici modulo di adesione da ritrasmettere, firmato, all'Azienda entro 30 giorni dal ricevimento.

## TITOLO II RELAZIONI SINDACALI

### Art. 4

#### Delegazioni trattanti e Diritti sindacali

- 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.
- 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 FINANZIAMENTO ACCORDO

### Art. 5

#### Finanziamento

- Le risorse per poter attuare il presente Accordo Attuativo Aziendale per la Medicina Generale derivano da finanziamenti Nazionali, Regionali, Aziendali e di Zona distretto e dal precedente accordo.
- Sono individuati i seguenti fondi:
  - Fondo appropriatezza prescrittiva,
  - Fondo retribuzione di risultato,
  - Fondo per progetti aziendali,
  - Fondo per progetti Ex ASL,
  - Fondo residuo Accordo 2017
  - Fondo di appropriatezza prescrittiva Accordo anno 2017
- Il finanziamento dell'anno 2018 risulta costituito dai fondi dettagliati nella tabella sottostante.
- Tutti i fondi sotto dettagliati sono al netto degli oneri aziendali.

| Fondi finanziamento accordo anno 2018 |                           |                        |                    |                    |                          |  |
|---------------------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|--|
| Totale                                | Fondo Obiettivi di Salute | Retribuzione Risultato | Progetti Aziendali | Fondo residui 2017 | Progetti liste di attesa | Fondo Appropriatazza Risparmio farmaceutica 2017 |
| € 7.891.869,12                        | € 4.291.869,12            | € 2.400.000,00         | € 900.000,00       | € 60.000,00        | € 300.000,00             | € 816.186,00                                     |

Art.6

Fondo di appropriatezza prescrittiva

1. In applicazione e nel rispetto delle modalità previste dall'AIR anno 2012 è costituito il Fondo di appropriatezza prescrittiva farmaceutica in cui confluiranno eventuali risorse derivanti da una minore spesa farmaceutica.
2. Le risorse liberate, rilevate dalla SOS Appropriatezza Prescrittiva e approvate in sede di comitato aziendale, verranno per il 25 % del totale, utilizzate negli accordi con la Medicina Generale negli anni successivi.
3. Le risorse liberate dall'appropriatezza prescrittiva in campo farmaceutico andranno ad alimentare specifici fondi di ex ASL in base agli obiettivi raggiunti dalla singola zona e la popolazione assistita pesata in carico ai MMG, per la realizzazione di progetti specifici.
4. Per l'anno 2018, il fondo inizierà ad alimentarsi qualora la spesa complessiva dell'Azienda per la farmaceutica Convenzionata risulti inferiore al budget regionale assegnato con DGRT N... del .....
5. Residui fondi preesistenti nelle 4 ex Aziende confluite nella Asl Toscana Centro e non utilizzati, rimarranno nella disponibilità per progetti zionali.

TITOLO IV

DEFINIZIONE OBIETTIVI, PROGRAMMI, PROGETTI

Art.7

Retribuzione di risultato

1. Con il presente accordo si assegna un'incentivazione di risultato ai singoli medici, associazioni (gruppo, associazioni complessa), Cooperativa e AFT qualora siano raggiunti gli obiettivi indicati negli articoli seguenti.  
A tal fine viene costituito un fondo che per l'anno 2018 è costituito:
  - a) da un fondo incentivante stanziato dall'Azienda pari ad € 2.400.000;
  - b) quota art. 59, lettera b), comma 15 A.C.N (euro 3,08 ad assistito) pari ad € 4.291.869,12;
  - c) fondo appropriatezza prescrittiva provenienti da risparmio farmaceutica Accordo anno 2017 pari a € 816.186.00 così suddiviso ai sensi dell'AIR DRGT 1231 del 2012:
    - 25% per investimenti strutturali UCCP pari € 408.093
    - 25% Remunerazioni obiettivi accordi aziendali pari € 408.093 suddiviso in:
      - 12.5 % raggiungimento degli obiettivi della medicina d'iniziativa pari a € 204.046,50
      - 12.5 % eventuali obiettivi concordati a livello aziendale pari a € 204.046,50
2. L'intero fondo viene erogato in modo proporzionale al risultato raggiunto e agli assistiti pesati in carico, secondo le modalità regionali, fatta eccezione per l'obiettivo "Frequenza riunioni AFT" che viene erogato solo in base alla frequenza.
3. Gli assistiti in carico a singolo medico, associazioni e AFT saranno determinati in rapporto alla media annua degli assistiti pesati calcolati mese per mese.
4. Alla firma dell'adesione all'accordo aziendale sarà anticipata, in unica soluzione, una quota pari al 40% dell'intero fondo destinato al medico singolo, calcolata sugli assistiti in carico al mese di gennaio di ciascun anno di vigenza dell'accordo.
5. In sede di valutazione annuale della retribuzione di risultato sarà effettuato il conguaglio positivo o negativo in base al raggiungimento degli obiettivi.
6. Il fondo legato alla retribuzione di risultato viene così suddiviso:

| Livello accordo | Aggregazione      | %   | Fondo          |
|-----------------|-------------------|-----|----------------|
| Aziendale       | A) Singolo Medico | 43% | € 2.877.503,72 |

K      *[Signature]*      *[Signature]*

|              |                          |     |                |
|--------------|--------------------------|-----|----------------|
|              | B) Presenza riunioni AFT | 20% | € 1.338.373,82 |
|              | C) Associazioni          | 12% | € 803.024,29   |
| Zonale / AFT | D) AFT                   | 25% | € 1.672.967,28 |

*[Signature]*

7. Le quote dell'incentivazione non distribuite per mancato raggiungimento degli obiettivi sopra riportati, saranno assegnate, alla fine del periodo di osservazione, in modo proporzionale rispetto al risultato raggiunto, a medici, associazioni, AFT che avranno raggiunto l'obiettivo.

Art. 7 bis

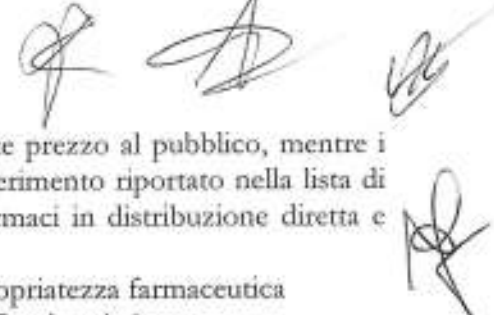
Retribuzione risultato singolo MMG

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                                | Spesa procapite assistito pesato  | < Stanziamento regionale   | 50        |
| Farmaceutica<br>obiettivi<br>appropriatezza | PPI   | obiettivo assegnato AFT di appartenenza (vedi tabella art 7 quinquies)                           | 5         |
|   | Sartani   |  | 5         |
|   | Farmaci sistema respiratorio R03  |  | 5         |
|   | Antibiotici   |  | 5         |
|   | Farmaci a brevetto scaduto  |  | 5         |
|   | Eparinici B01AB   |  | 5         |
|   | Vitamina D  |  | 5         |
| Varie                                       | Tasso vaccinazione antiinfluenzale ultra 65enni   | > media regionale  | 10        |
|   | Vaccinazione Splenectomizzati   | Dimostrare di aver avvertito o vaccinato % $\geq$ 90% dei segnalati                              | 5         |
|   | Utilizzo criteri priorità   | $\geq$ 70 % delle richieste (valutazione ultimo semestre)  | 10        |
|   | Progetto NAO in collaborazione con il Dipartimento Specialistiche Mediche al fine del rinnovo dei Piani Terapeutici | Adesione al Progetto e verifica da parte del coordinatore di AFT dell'invio delle schede $>$ 70% | 10        |

*[Signature]*

2. Per spesa procapite per assistito pesato si intende quella generata dai farmaci in fascia A dispensati in convenzionata, distribuzione per conto (DPC) e distribuzione diretta (DD), al netto dei farmaci del PHT e di quelli a PT, nonché di farmaci ad esclusiva prescrizione specialistica. La spesa procapite è quella attribuita agli assistiti in carico ai singoli MMG, generata dalle prescrizioni del medico curante, di altri MMG e dai medici di Continuità Assistenziale ad esclusione di quelle effettuate dagli specialisti dipendenti e convenzionata.
- [Signature]*      *[Signature]*      *[Signature]*

- 
3. I farmaci a brevetto non scaduto sono valorizzati al corrispondente prezzo al pubblico, mentre i farmaci a brevetto scaduto sono valorizzati in base al prezzo di riferimento riportato nella lista di trasparenza regionale in vigore al momento della rilevazione. I farmaci in distribuzione diretta e DPC vengono valorizzati a prezzo d'acquisto ESTAR.
  4. Ogni MMG avrà, secondo i meccanismi descritti, 3 obiettivi di appropriatezza farmaceutica concordati con il coordinatore della AFT di appartenenza (vedi art. 7 quinquies).
  5. L'intero fondo per la retribuzione di risultato del singolo medico, sarà ripartito tra i medici in maniera proporzionale al punteggio raggiunto e al numero di assistiti pesati.
  6. Sono esclusi dall'incentivo i medici che hanno un rapporto convenzionale inferiore a 6 mesi nell'anno. A questi sarà comunque attribuita la quota art. 59, lettera b), comma 15 A.C.N (euro 3,08 ad assistito) in base ai mesi effettivi di rapporto convenzionale nell'anno previa adesione al presente accordo.

Art.7 ter  
Presenze riunioni di AFT




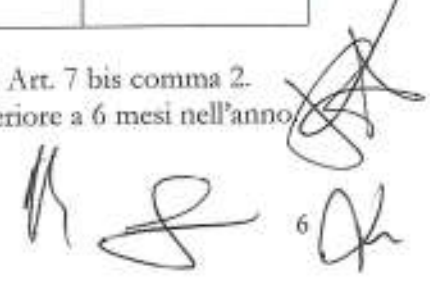
1. Al fine di favorire il confronto tra pari, la condivisione di linee guide, di percorsi diagnostici terapeutici e la valutazione e la discussione dei dati di attività viene incentivata la partecipazione alle riunioni di AFT.
2. L'incentivazione è legata al numero di riunioni alle quali il medico partecipa ed è indipendente dal numero di assistiti in carico. 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 al direttore del Dipartimento della Medicina generale all'indirizzo e.mail [dipartimento.medicinagenerale@uslcentro.toscana.it](mailto:dipartimento.medicinagenerale@uslcentro.toscana.it) congiuntamente al verbale della riunione.
4. Per i Coordinatori di AFT l'incentivazione è legata al raggiungimento degli obiettivi assegnati alla AFT di appartenenza
  - Obiettivo parziale (50% incentivo): raggiungimento di almeno 4 obiettivi, di cui obbligatoriamente quello della spesa pro capite, degli 8 assegnati
  - Obiettivo totale (100% incentivo): raggiungimento di almeno 6 obiettivi, di cui obbligatoriamente quello della spesa pro capite, degli 8 assegnati

Art. 7 quater  
Retribuzione risultato Associazione (gruppo, associazione complessa, rete)

1. La retribuzione di risultato delle associazioni è valutata in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante.

| Settore      | INDICATORI                                      | OBIETTIVI   | PUNTEGGIO |
|--------------|---|---|-----------|
| Farmaceutica | Spesa procapite assistito pesato                | <-0,5% della spesa pro capite da stanziamento regionale             | 65        |
| Varie        | Tasso vaccinazione antiinfluenzale ultra 65enni | + 5% media regionale  | 20        |
|              | vaccinazione splenectomizzati                   | Dimostrare di aver avvertito o vaccinato % $\geq$ 90% dei segnalati | 15        |



2. La spesa procapite per assistito pesato è calcolata con la modalità riportata Art. 7 bis comma 2.
  3. Sono esclusi dall'incentivo i medici con una presenza nell'associazione inferiore a 6 mesi nell'anno.
- 

Art. 7 quinquies  
Retribuzione risultato AFT

1. La retribuzione di risultato di ogni AFT sarà attribuita in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante.
2. Il fondo di retribuzione di risultato sarà ripartito tra le AFT che avranno raggiunto gli obiettivi indicati nella tabella sottostante.
3. Ad ogni AFT, mediante accordo tra coordinatore e SOS Appropriately Prescrittiva, oltre al primo obiettivo di cui alla tabella, potrà scegliere 3 obiettivi, fra i 7 obiettivi di appropriatezza farmaceutica specificati nella tabella. In caso di non accordo la valutazione sarà sottoposta al parere del comitato aziendale.
4. Sono esclusi dall'incentivo i medici che hanno un rapporto convenzionale inferiore a 6 mesi nell'anno.

| Settore                               | Obiettivo                                | Descrizione Obiettivo   | Valore Obiettivo  | Punteggio |
|---------------------------------------|--|---|---|-----------|
| Farmaceutica                          | Spesa procapite assistito pesato         | Spesa pro capite per assistito pesato   | < stanziamento regionale  | 50        |
| Farmaceutica obiettivi appropriatezza | PPI (FC+DD)                              | Unità Posologiche annue PPI per assistito pesato  | 25UP  | 5         |
|                                       | Sartani (FC+DD)                          | Unità posologiche sartani, associati o non, sul totale unità posologiche delle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (ATC C09) | < 30%   | 5         |
|                                       | Farmaci sistema respiratorio R03 (FC+DD) | % DDD delle associazione con cortisonici (LABA+ICS) su totale DDD dei medicinali per aerosol (R03AC+R03BA+R03BB+R03AK+R03AL)                | <media ASL  | 5         |
|                                       | Antibiotici (FC+DD)                      | N° DDD ogni 1000 abitanti die   | ≤18   | 5         |
|                                       | Farmaci a brevetto scaduto (FC)          | % delle confezioni di medicinali a brevetto scaduto sul totale delle prescrizione   | > 85%   | 5         |
|                                       | Eparinici B01AB (FC+DPC+DD)              | Spesa pro capite per assistito pesato   | ≤ 3,15 euro prezzo d'acquisto ESTAR<br>(pari media delle 23 AFT con la migliore performance nel 2017) | 5         |
|                                       | Vitamina D (FC+DD)                       | Costo medio lordo per 10.000UI  | ≤ 0,60 euro   | 5         |

|       |   |  |   |    |
|-------|---|--|---|----|
| Varie | Tasso vaccinazione antiinfluenzale ultra 65enni | > media regionale  |   | 10 |
|       | Vaccinazione Splenectomizzati                   | Vedi sopra   | Dimostrare di aver avvertito o vaccinato % $\geq$ 90% dei segnalati | 5  |
|       | Utilizzo criteri priorit                        |  | $\geq$ 60% delle richieste  | 10 |
|       | Progetto NAO                                    | Adesione al Progetto e verifica da parte del coordinatore di AFT dell'invio delle schede | >70%  | 10 |

#### Art. 8

##### Sviluppo forme associative

1.   volont  dell'Azienda consentire il miglioramento della qualit  dell'assistenza erogata anche attraverso un incremento delle indennit  di medicina di gruppo, associazione complessa, di collaboratore di studio e infermieristico.
2. Ogni 6 mesi saranno valutate, in sede di Comitato Aziendale, le richieste di associazionismo e/o indennit  di collaboratore di studio e/o infermieristico in base alle seguenti categorie di priorit :
  - a. Indennit  di medicina di gruppo:
    - a1. reintegro di associati cessati da forme associative, entro sei mesi;
    - a2. integrazioni di MMG in associazioni preesistenti (medicine di gruppo e associazione complessa, rete);
    - a3. nuove associazioni;
  - b. Indennit  di collaboratore di studio e/o infermieristico:
    - b1. medici in forme associative (medicina di gruppo o associazioni complesse);
    - b2. medici in case della salute/UCCP ai sensi della delibera GRT n. 117/2015 e ai sensi del presente accordo;
    - b3. medici singoli.
3. A parit  di requisiti, per il riconoscimento verr  considerato l'ordine cronologico di presentazione della richiesta.
4. L'indennit  di associazionismo e l'indennit  di collaboratore di studio o infermieristica saranno riconosciute dalla data della domanda, se presentata nel semestre di valutazione o con decorrenza dal primo giorno del semestre di valutazione in cui   riconosciuta l'indennit .
5. L'indennit  di collaboratore di studio o infermieristica non potr  comunque avere una decorrenza anteriore alla documentata assunzione del personale o messa a disposizione dello stesso da soggetti terzi.
6. Per quanto previsto nel presente articolo l'Azienda prevede un finanziamento per l'anno 2018 di   400.000,00. Queste risorse, se non utilizzate nell'anno, non potranno essere considerate disponibili negli anni successivi.
7. L'Azienda Sanitaria render  ogni anno l'uso del finanziamento.

#### Art. 9

##### Favorire l'integrazione tra medici a rapporto di fiducia e medici a rapporto orario

1. Si dar  applicazione a quanto previsto dalla Delibera G.R.T. n. 488 del 7/05/2018 nei tempi indicati, mentre dal 01/06/2018 si dar  priorit  a quanto previsto art.10, comma 5 e 6.





Art.10

Incrementare l'attività amministrativa necessaria per l'attività clinica;

1. Viene incrementata l'attività amministrativa a supporto della de-burocratizzazione dell'atto medico svolta negli studi dei MMG (prenotazioni CUP, attività di informazione, ritiro modulistica, ecc) con modalità e specifiche riportate nell'allegato A.
2. Per quanto previsto nel presente articolo l'Azienda prevede un finanziamento per l'anno 2018 di € 500.000,00. Queste risorse, se non utilizzate nell'anno, non potranno essere considerate disponibili negli anni successivi.

Art. 11

Fondi di Ex-ASL


1. Il fondo viene costituito con le risorse messe a disposizione dalle Ex-ASL per la realizzazione di progetti specifici e/o dalle risorse derivanti dal fondo appropriatezza prescrittiva di cui all'art. 6.
2. Vi confluiscono eventuali fondi derivanti e/o provenienti da pregresse razionalizzazione e/o progettualità locali.
3. Progetti e obiettivi ex-aziendali, derivati da fondi pregressi verranno concordati a livello zonale in accordo con il comitato aziendale, prevedendo un'uniformità dell'assorbimento di finanziamento da parte di tutte le ex-ASL entro la fine del 2019.
4. Nell'ottica del potenziamento della presa in carico degli assistiti, in particolare di quelli affetti da cronicità, con l'obiettivo di migliorare l'orientamento diagnostico terapeutico, si prevede la possibilità di utilizzare da parte dei MMG strumenti di diagnostica e competenze specifiche presenti nella AFT. Tale attività è finalizzata anche all'abbattimento delle liste di attesa, non prevede alcun tipo di pagamento da parte dell'assistito, il medico consulente non dovrà rilasciare un referto ma una relazione al collega che ha richiesto il suo intervento. Ai medici consulenti verrà corrisposto un compenso orario da concordare a livello di comitato aziendale. Attraverso il confronto con le prestazioni richieste l'anno precedente, e della riduzione delle prestazioni, una parte delle risorse liberate costituirà un fondo incentivante per i medici della AFT ed i medici eroganti le prestazioni. Per la realizzazione di quanto sopra descritto, verrà elaborato uno specifico progetto, condiviso tra le parti.
5. Per il finanziamento del Progetto, l'Azienda mette a disposizione un fondo di 300.000 euro, dallo stanziamento regionale per l'abbattimento delle liste di attesa Delibera G.R.T. n. del . Potranno inoltre essere utilizzati fondi Ex Asl disponibili.

Art. 12

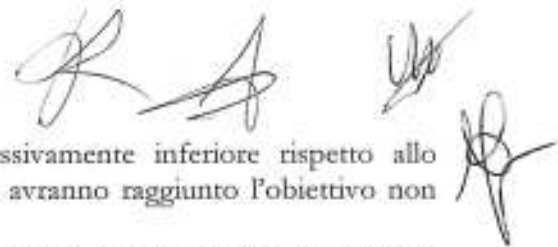
Fondi Cooperative e Progetti innovativi

1. Per le Cooperative si creerà a partire dal 2018 un fondo di Cooperativa che si alimenterà dalle risorse liberate da un uso appropriato della risorsa farmaceutica, da ogni singola Cooperativa, in base ai parametri sottostanti:

| Settore      | Obiettivo                        | Descrizione obiettivo                                      | OBIETTIVI     | FONDO             |
|--------------|----------------------------------|--|---------------|-------------------|
| Farmaceutica | Spesa procapite assistito pesato | Riduzione della spesa pro capite da stanziamento regionale | fra -1% e -2% | 10% del risparmio |
|              |                                  |  | fra -2% e -3% | 15% del risparmio |
|              |                                  |  | <-3%          | 20% del risparmio |



2. I fondi si costituiranno se l'Azienda realizzerà una spesa farmaceutica inferiore rispetto allo stanziamento regionale anno 2018.


- 
3. Qualora la spesa farmaceutica aziendale non risulti complessivamente inferiore rispetto allo stanziamento regionale il fondo destinato alle cooperative che avranno raggiunto l'obiettivo non potrà superare i 100.000 €.
  4. Il risparmio realizzato da ciascuna cooperativa costituirà il fondo della Cooperativa da utilizzare negli anni seguenti per specifici progetti della stessa.
  5. La scelta dei progetti ed i relativi finanziamenti sarà valutata in comitato aziendale.
  6. I progetti delle Cooperative devono essere in linea con gli obiettivi aziendali.
  7. L'azienda si riserva, in base alla valutazione dei risultati ottenuti, di estendere il progetto a tutti i cittadini.
  8. In via provvisoria per l'anno 2018, l'Azienda utilizzerà il fondo residuo anno 2017 non ancora utilizzato per i Progetti in essere.

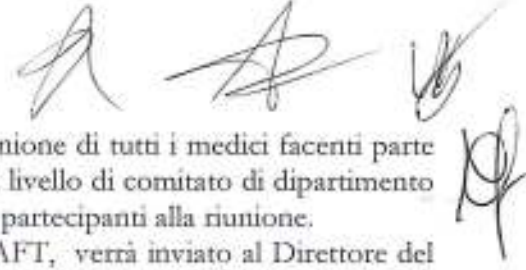
Art. 13  
Indennità di cooperativa

1. La DGRT 1015/2005 precisa che il riconoscimento dell'indennità di cooperativa, pari a quello della medicina di gruppo, è subordinato alla stipula di uno specifico accordo contratto con l'Azienda, i cui contenuti saranno obbligatori per tale forma associativa ed è legata al raggiungimento degli obiettivi concordati. Tale contratto stabilirà standard organizzativi ed assistenziali dei soci della cooperativa medica, aggiuntivi rispetto a quelli già individuati sia per i medici singoli che per le altre forme associative.
2. L'indennità riconosciuta per i componenti delle Cooperative Mediche decorre dalla data di stipula dell'accordo contratto, è legata al raggiungimento degli obiettivi concordati e non è cumulabile con quella delle altre forme associative.
3. Qualora al medico sia già riconosciuta una indennità per associazionismo prevista dall'A.I.R., questa viene conservata e l'indennità di cooperativa viene diminuita del valore dell'indennità per associazionismo già riconosciuta.
4. L'indennità di Cooperativa viene riconosciuta dal 01 Luglio dell'anno in corso se il medico entra a far parte della Cooperativa nei primi sei mesi dell'anno o con decorrenza dal 01 Gennaio dell'anno successivo qualora l'iscrizione alla Cooperativa avvenga nel secondo semestre dell'anno.
5. L'indennità di Cooperativa sarà erogata ai soci della Cooperativa, solo se la spesa media dei farmaci in fascia A prescritti direttamente dai MMG ai sensi dell'Art. 7 bis comma 2 risulterà inferiore alla media aziendale. Per questo motivo gli oneri derivanti dall'erogazione dell'indennità di cooperativa non vanno ad incidere sui fondi d'incentivazione individuati all'Art 5 comma 3 del presente accordo.
6. Nel caso in cui una cooperativa non raggiunga gli obiettivi concordati, l'Azienda provvederà al recupero della relativa indennità per l'anno di riferimento degli obiettivi stessi.

**TITOLO V**  
**ORGANIZZAZIONE**

Art. 14  
Dipartimento della Medicina Generale e Aggregazioni Funzionali Territoriali

1. E' definito per ogni Zona distretto il calendario degli incontri dei Coordinatori di AFT con il Dipartimento Medicina Generale di concerto con i direttori di Zona distretto.
  2. Gli incontri di AFT, con cadenza mensile, avranno una durata minima di due ore da effettuarsi nelle fasce orarie concordate, di cui almeno 5 nella giornata di sabato in rispetto alla DG Regionale.
  3. Eventuali incontri per argomenti di interesse aziendale saranno concordati tra il dipartimento di medicina generale e la Direzione Sanitaria Aziendale.
- 

- 
4. Ciascun coordinatore di AFT indice con cadenza mensile la riunione di tutti i medici facenti parte dell'AFT e redige verbale dell'incontro su modello concordato a livello di comitato di dipartimento della medicina generale, con gli argomenti discussi e le firme dei partecipanti alla riunione.
  5. Il verbale, con allegato l'elenco delle presenze dei medici della AFT, verrà inviato al Direttore del dipartimento della Medicina Generale, il quale preso atto dell'attività svolta da ogni Coordinatore, autorizza il pagamento del compenso previsto ai sensi DRGT1231/2012, all'Ufficio competente.
  6. L'invio cartaceo dell'elenco delle presenze verrà sostituito da idoneo strumento informatico.

#### Art. 15

##### Assistenza domiciliare integrata e programmata

1. L'Azienda USL Toscana Centro, vista la difformità di erogazione dell'assistenza domiciliare programmata ed integrata tra le diverse zone e le diverse AFT, con la collaborazione del Dipartimento di Medicina Generale, intende monitorare in sede di Comitato Aziendale questa attività con l'obiettivo di uniformare il servizio fornito.

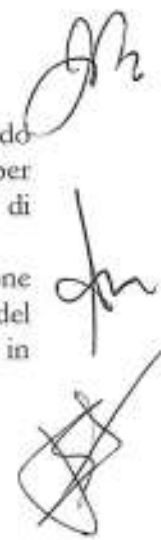
#### Art. 16

##### Case della Salute

1. L'Azienda USL Toscana Centro, in linea con quanto previsto dalla DGRT 117 del 16/02/2015, intende sviluppare su tutto il territorio il modello delle CdS e delle UCCP quali punti di riferimento territoriale per la popolazione in risposta ai bisogni sociosanitari.
2. Per le Case della Salute si applica lo specifico regolamento (allegato B)
3. Per ogni Casa della Salute deve essere sottoscritto uno specifico accordo con indicati obiettivi ed indicatori. L'accordo standard è riportato nell'allegato C.
4. Ai medici che svolgono la loro attività all'interno di una Casa della Salute realizzata presso sedi aziendali è richiesta una compartecipazione al costo di gestione della struttura nella stessa misura di quanto è previsto per l'uso dell'ambulatorio pubblico, così come stabilito dall'Azienda in linea con quanto previsto dall'ACN.
5. Il raggiungimento degli obiettivi previsti nello specifico accordo potrà portare all'abbattimento parziale o totale degli oneri per il global service nei locali di tutte le Case della Salute, comprese quelle non localizzate in sedi aziendali, in modo conforme a quelle a gestione aziendale.


#### Art. 17



##### Distribuzione risorse e obiettivi anno 2018

1. L'azienda e le organizzazioni sindacali concordano di monitorare l'applicazione dell'accordo modulando il valore degli indicatori da raggiungere ed attuando gli opportuni aggiustamenti per consentire che la retribuzione di risultato sia assegnata ad almeno il 60% dei medici aderenti di ogni ex ASL.
  2. Viene stabilito in 1.575 il numero massimo degli assistiti in carico sui quali calcolare l'attribuzione degli incentivi per la retribuzione di risultato prevista agli articoli 7 bis, 7 quater e 7 quinquies del presente accordo. Gli incentivi verranno erogati in base al numero degli assistiti riconvertito in rapporto alla pesatura.
  3. Le cifre non distribuite saranno ripartite tra i medici che hanno raggiunto gli obiettivi.
- 

#### Art. 18

##### Varie

1. L'Azienda si impegna entro il 30/09/2018 ad estendere l'applicazione dei criteri di priorità per le richieste di prima visite a tutti i medici prescrittori.
- 

- 
- 
2. L'Azienda si impegna entro lo stesso termine alla verifica dell'applicazione da parte dei medici specialisti di quanto previsto dalla delibera G.R.T. n.1080 del 2016 per la presa in carico dei pazienti e della Delibera G.R.T.n. 1038 del 2005 sulla prescrizione farmaceutica
  3. L'Azienda si impegna ad applicare quanto previsto dalla DGRT N. 474 del 2014 in tema di dematerializzazione, a titolo di rimborso di 50,00 euro per la realizzazione della rete di AFT e il collegamento tra la C.A. e AP.

#### Norme transitorie



Visti i risultati della spesa farmaceutica anno 2017, che dimostrano un comportamento prescrittivo difforme, legato a contingenze locali, e valutata la necessità di attribuire obiettivi omogenei, ma raggiungibili, per l'anno 2018 si concorda che all'obiettivo "Spesa procapite assistito pesato", qualora risulti superiore all'obiettivo assegnato, verrà attribuito un punteggio in base alla tabella sottostante qualora si realizzi una riduzione dello scostamento 2018 dall'obiettivo assegnato rispetto allo scostamento 2017 dalla media Ex ASL come da tabella sottostante:

|                | Riduzione 5% ≤15% | Riduzione 15% ≤30% | Riduzione >30% |
|----------------|-------------------|--------------------|----------------|
| Medico Singolo | 15                | 30                 | 50             |
| Gruppo         | 20                | 40                 | 65             |
| AFT            | 15                | 30                 | 50             |



## Incrementare l'attività amministrativa necessaria per l'attività clinica

L'azienda Toscana Centro al fine di migliorare il percorso di accesso del cittadino ai servizi sanitari e sociali, intende rivedere le modalità organizzative dei servizi amministrativi. A tal fine, in considerazione del cambiamento delle necessità della popolazione e con l'obiettivo di diminuire il carico burocratico dei medici di Medicina Generale si prevede la possibilità di delegare alcune funzioni amministrative aziendali alla Medicina Generale da svolgere attraverso il proprio personale di segreteria.

### Art. 1

#### Servizi amministrativi che potranno essere oggetto di delega

1. I servizi amministrativi svolti dal personale di segreteria dei medici, oggetto di possibile delega sono i seguenti:
  - a. **la prenotazione:** volta ad assicurare la prenotazione delle prestazioni richieste mediante collegamento diretto al CUP aziendale;
  - b. **l'informazione ed il collegamento** con i servizi amministrativi territoriali, volta a indirizzare l'utente verso i servizi del SSN tramite l'informazione nonché ad attivare canali di collegamento con gli operatori aziendali territoriali. Il personale di segreteria dei MMG potrà svolgere questi servizi attraverso il portale aziendale ed altre forme di relazione con la direzione amministrativa territoriale;
  - c. **le funzioni di incasso:** in alcune forme associative, quali Case della Salute/UCCP, il personale di segreteria potrà svolgere **funzione di incasso** secondo le stesse modalità attuate presso le strutture aziendali. Tale funzione comprende anche le operazioni di contabilizzazione.
2. Il servizio sarà effettuato negli ambulatori dei medici, attraverso loro personale di segreteria.
3. Per l'attivazione del servizio è necessaria la presentazione della domanda di attivazione del servizio alla S.O.C. MMG e Continuità Assistenziale entro il 30 novembre e il 31 maggio di ciascun anno;
4. Le spese d'installazione del software e quelle per garantire la formazione del personale saranno a carico dell'Azienda USL, senza oneri a carico dei medici.
5. Uno specifico accordo tra i medici interessati a svolgere i servizi oggetto di delega e l'Azienda specificherà orari, modalità di erogazione ed indennità riconosciute.
6. L'Azienda può procedere in ogni momento alla verifica delle seguenti condizioni:
  - rispetto dell'orario di apertura del servizio amministrativo dichiarato nell'accordo;
  - affissione del cartello informativo sull'erogazione delle funzioni svolte.
7. Il raggiungimento dell'obiettivo è legato al numero delle prenotazioni CUP effettuate dai medici che aderiranno al progetto. Verrà parametrato in rapporto al numero delle prestazioni di visite o diagnostiche, escluso esami di laboratorio, richieste direttamente dal medico o dai medici del gruppo. Vista la variabilità dei software aziendali, qualora non fosse possibile parametrare le prenotazioni sulle prescrizioni eseguite dal medico, come denominatore verrà considerata la media degli assistiti in carico nei mesi di valutazione.
8. Ai medici che aderiscono verranno forniti trimestralmente i dati sulle prenotazioni effettuate
9. Il servizio potrà essere effettuato secondo le modalità previste nei successivi articoli 2 e 3

### Art. 2

#### Indennità di supporto amministrativo

1. L'indennità è erogata ai medici che attiveranno il servizio impiegando personale appositamente assunto in ore dedicate.

2. Il fabbisogno settimanale di supporto amministrativo delegato è stimato di norma in 2 ore settimanali per 1.000 assistiti in carico calcolati alla data del 31 dicembre dell'anno precedente a quello della sottoscrizione dell'accordo.
3. Nell'ipotesi in cui tale indennità sia riconosciuta a medici che operano in più sedi, il fabbisogno settimanale di supporto amministrativo è valutato in base alla presenza effettiva del medico nella struttura.
4. L'indennità complessiva annuale sarà stabilita moltiplicando l'impegno orario annuale, concordato con i singoli professionisti, per il costo orario di € 18,00 a ora.
5. L'importo dell'indennità di supporto amministrativo, da riconoscere al singolo medico, è calcolato con riferimento all'indennità complessiva, come sopra determinata, ed è rapportata al numero degli assistiti in carico al singolo medico fino al massimale individuale.
6. Nel primo anno di avvio dell'attività la percentuale di prenotazioni richieste per poter continuare ad usufruire dell'indennità anche nell'anno successivo, sarà definita successivamente in sede di comitato aziendale in rapporto alle richieste eseguite direttamente.
7. Qualora alla valutazione finale questo risultato non sia raggiunto, il servizio verrà sospeso nell'anno successivo.
8. Non si terrà conto, nella valutazione del raggiungimento del risultato, dei primi 6 mesi dalla concessione del supporto amministrativo.
9. Il raggiungimento del risultato verrà valutato alla scadenza dell'accordo.
10. Il pagamento delle ore concordate avverrà mensilmente, dopo presentazione della documentazione attestante l'assunzione del collaboratore secondo le modalità previste da ACN e AIR per l'indennità di collaboratore di studio.

#### Art. 3

#### Indennità amministrativa per prenotazioni

1. L'indennità è erogata ai medici che attiveranno il servizio durante l'orario di segreteria previste da ACN il compenso previsto è parametrato in base alla percentuale di prenotazioni effettuate dal gruppo /medico e in rapporto al numero di assistiti in carico, secondo le seguenti fasce:
  - Fino al 20% di prenotazioni € 0.75 per assistito/anno
  - Fino al 40% di prenotazioni € 1.50 per assistito/anno
  - Fino al 60% di prenotazioni € 2.25 per assistito/anno
  - Fino al 80% di prenotazioni € 3.00 per assistito/anno.
2. La valutazione della percentuale raggiunta verrà valutata alla data del 31 dicembre di ogni anno.
3. A sei mesi dall'adesione all'accordo, verrà corrisposto, quale acconto, un importo di 0.75/anno, sulla media degli assistiti in carico nel semestre precedente. A fine anno verrà valutata la percentuale di prenotazioni effettuate e corrisposto il saldo di quanto spettante.
4. Qualora a fine anno non venga raggiunto la soglia del 20% di prenotazioni, non verrà effettuato il conguaglio negativo, solo nel primo anno di adesione al progetto di prenotazione CUP.

#### Art. 4

#### Recesso della delega

1. Qualora non sussistano le condizioni per continuare a svolgere questo servizio, le parti si impegnano a darne un preavviso di almeno 60 gg.
2. Qualora si verificano gravi inadempienze in merito alla gestione dei servizi delegati, il tempo di preavviso è ridotto a 30 giorni.