

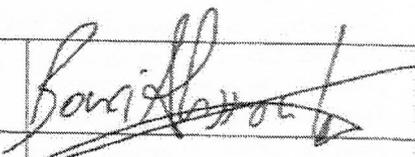
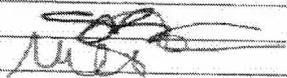
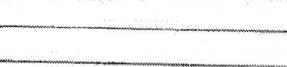
Area contrattuale: MEDICI DI MEDICINA GENERALE	Tipo documento: ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE	Data: 13/08/2024
Descrizione: Accordo Attuativo Aziendale Medici di medicina generale del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e medici a rapporto orario - Anno 2024		

Il Comitato Aziendale per la Medicina Generale

Per la parte pubblica

Il Direttore Generale <i>Ing. Valerio Mari</i> o suo Delegato <i>Dott. Daniele Mannelli</i>	
Per il Direttore Rete Sanitaria Territoriale <i>Dott.ssa Sandra Gostinacci</i>	
Il Direttore f.f. SOC MMG e Continuità Assistenziale <i>Dr. Bruno Latella</i>	
Direttore Società della Salute di Firenze <i>Dr. Marco Nerattini</i>	
Il Dirigente SOS Convenzioni MMG <i>Dott.ssa Loredana Ersilia Lazzara</i>	
Il Direttore Dipartimento Medicina Generale <i>Dott. Elisabetta Altè</i>	
Il Dirigente Coordinatore San. Servizi Territoriali Zona Firenze <i>Dott. Lorenzo Baggiani</i>	
Il Dirigente Coordinatore San. Servizi Territoriali Zona <i>Dott. Alessandro Pechioli</i>	

Per la parte sindacale

Rappresentanti FIMMG:	
Capo Delegazione <i>Dott. Alessandro Bonci</i>	
<i>Dott. Alessandro Benelli</i>	
<i>Dott.ssa Simona Bennati</i>	
<i>Dott. Matteo Bitossi</i>	
<i>Dott. Giuseppe Pace</i>	
<i>Dott. Niccolò Biancalani</i>	
Rappresentante SNAMI:	
Capo Delegazione <i>Giovanni Di Luccio</i>	
<i>Dott. Giovanni Salvestrini</i>	
Rappresentante CISL Medici <i>Dott. Pierfranco Mantovani</i>	
Rappresentante SMI: <i>Dott. Giorgio Fabiani</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. Il presente Accordo sostituisce nei rapporti con la medicina generale i precedenti accordi che si intendono revocati e privati d'efficacia.

Art. 1

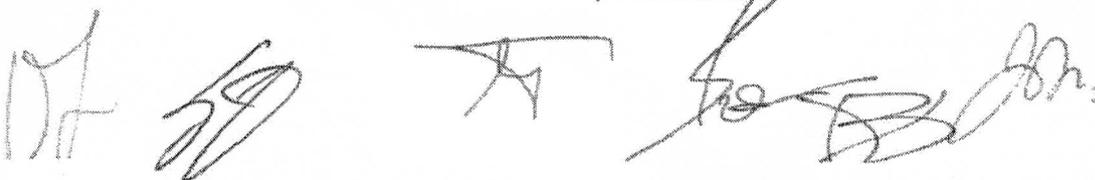
Campo di applicazione

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.
5. Per tutto quanto non contemplato dal presente Accordo viene fatto riferimento agli AA.CC.NN. 28/04/2022 e 04/04/2024 ed all'Accordo Regionale di cui alla delibera G.R.T. n. 1231/2012.
6. Richiamate: la delibera GRT 353/2023 "Approvazione dello schema di Protocollo regionale con la Medicina Generale in merito a misure atte a fronteggiare la carenza di medici del ruolo unico di assistenza primaria", la delibera 1184/2023 "Approvazione dello schema di Accordo regionale con la Medicina Generale in tema di vaccinazioni previste nei LE4", la delibera GRT 441/2024 "Accordo con la Medicina Generale di revisione della DGR n°686/2001 relativamente ai criteri e alla classificazione delle zone disagiate toscane per l'applicazione di misure per la garanzia della continuità assistenziale".
7. In caso di controversie sull'interpretazione, le parti si incontrano per definire consensualmente la controversia, secondo le modalità previste dall'art. 12 comma 10 dell'A.C.N. 2022.

Art. 2

Quadro normativo di riferimento

1. Decreto Legislativo 19 giugno 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, in ultimo modificata parzialmente dalla L.R. 11/2017.
3. Atto di Intesa Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 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, recante 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. in 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. 930 del 29 agosto 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". Sostituzione dell'allegato A di cui alla DGR 906 del 7/8/2017.
7. Atto di Intesa Conferenza Stato Regioni del 28 aprile 2022 e l'Atto di Intesa Conferenza Stato Regioni del 4 aprile 2024 - "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con la medicina generale" (di seguito denominato A.C.N.)
8. Delibera G.R.T. n. 1425 del 12/12/2022 "Riorganizzazione sul territorio regionale toscano dell'attività del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo orario e avvio del percorso finalizzato all'attivazione del numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117", modificata dalla Delibera G.R.T. n. 651 del 12/06/2023 "Modifiche alla Deliberazione G.R. n. 1425 /2022 ad oggetto Riorganizzazione sul territorio regionale toscano dell'attività del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo orario e avvio del percorso finalizzato all'attivazione del numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117";

Art. 3

Decorrenza, tempi e procedure di applicazione

1. Gli effetti del presente Accordo decorrono dal 01.01.2024 fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate nei singoli articoli.
2. Il presente accordo definisce il finanziamento e gli obiettivi 2024 nell'ambito dell'AAA 2022-23 (Del. 1451/22) e conserva la propria efficacia fino alla stipula del nuovo Accordo e sarà adeguato all'AIR stipulato ai sensi dell'ACN 2022 e 2024.
3. L'Azienda provvederà a pubblicare sul portale aziendale dei cedolini di tutti i MMG operanti sul territorio copia del presente Accordo.
4. L'Accordo, siglato con le O.O.S.S., non prevede l'adesione da parte dei singoli medici. In caso di volontà di non adesione, i MMG dovranno inviare all'indirizzo email medicidimedycinagenerale@uscilcentro.toscana.it il diniego all'adesione entro 10gg dalla pubblicazione della delibera di approvazione dell'Accordo.
A seguito della delibera dell'Accordo siglato dalle OO.SS. e dal Direttore Generale verrà anticipato ai medici aderenti il 40% del fondo destinato alla retribuzione di risultato per singolo medico.

TITOLO II

RELAZIONI SINDACALI

Art. 4

Delegazioni trattanti e Diritti sindacali

1. Nelle more dell'approvazione dell'AIR, la trattativa sindacale avrà luogo in sede di Comitato Aziendale per la Medicina Generale, così come disposto dall'art. 12 dell'ACN e la delegazione sindacale è costituita ai sensi dell'art. 15 dell'ACN.
2. I rimborsi 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.

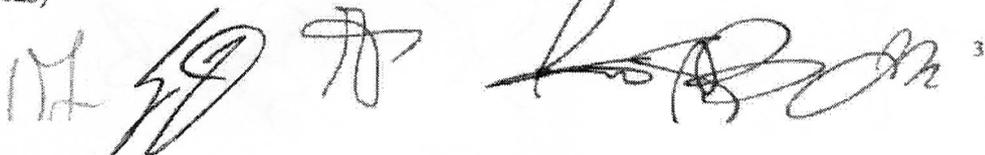
TITOLO III

FINANZIAMENTO ACCORDO

Art. 5

Finanziamento

1. Le risorse per l'attuazione del presente Accordo derivano da finanziamenti Nazionali, Regionali, Aziendali e di Zona Distretto.
2. Il finanziamento dell'anno 2024 risulta costituito dai seguenti fondi:
 - a. Fondo retribuzione di risultato aziendale
 - b. Fondo quota art. 47, lettera B), comma 1, A.C.N (popolazione dati SISAC al 31/12/2023)



c. Fondo Progetti Aziendali (Attivazione CUP, Forme associative)

Fondo	Importo	Destinazione	% MMG a ciclo di scelta	Importo	% AFT a ciclo di scelta	Importo	% AFT MMG ad attività oraria
Fondo aziendale MMG	2.400.000,00 €	Obiettivi Farmaceutica	60%	1.440.000,00 €	40%	960.000,00 €	
Fondo ACN quota art. 47, lettera B) comma 1 (mmg a ciclo di scelta)	8.377.492,47 €	Obiettivi governo clinico	60%	5.026.495,48 €	40%	3.350.996,99 €	
12,5% Risparmio farmaceutico 2023 per obiettivi aziendali	367.761,00 €		60%	220.656,60 €	40%	147.104,40 €	
Fondo aziendale (ex CA)	100.000,00 €	Obiettivi Farmaceutica e governo clinico					100%
Risparmio farmaceutico - art. 6 comma 1 AA-A/2023	630.169,00 €	Rete di AFT					
Fondo aziendale (ex CA)	300.000,00 €	Rete di AFT					
Fondo aziendale (ex CA)	300.000,00 €	Riorganizzazione CA Attività diurna					
Fondo Associazionismo	200.000,00 €	Nuove attivazioni (CDS-CDC-Zone disagiate)					
CUP	500.000,00 €	Nuove attivazioni (CDS-CDC-Zone disagiate)					

Ulteriori risorse eventualmente definite a livello regionale in applicazione del preaccordo regionale approvato con DGRT 353 del 3/4/2023 relativamente ad art. 47 lettera A, punto VII del vigente ACN saranno impegnate con accordo definito in sede di comitato aziendale.

Art. 6

Fondo di appropriatezza prescrittiva

- 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 rispetto a quella attribuita all'Azienda dal competente settore regionale. Per l'anno 2024, il fondo inizierà ad alimentarsi qualora la spesa netta complessiva dell'Azienda per la farmaceutica Convenzionata e la DPC risulti inferiore alla spesa netta attribuita dal competente settore regionale alla AUSL Toscana Centro. Le parti convengono che il fondo sia costituito ed alimentato secondo le modalità previste dal successivo punto 2 per la componente calcolata dalla differenza tra spesa netta realizzata per la farmaceutica convenzionata e per la DPC e quella netta attribuita dal competente settore regionale alla AUSL Toscana Centro.

2. Il fondo appropriatezza prescrittiva, proveniente dal risparmio della spesa farmaceutica derivante da un uso appropriato delle risorse, è suddiviso ai sensi del punto 6 dell'AIR D.G.R.T. n. 1231 del 2012:
 - A. 50% destinato ad AUSL;
 - B. 25% per investimenti strutturali UCCP;
 - C. 25% Remunerazione obiettivi accordi aziendali suddiviso in:
 - C.1. 12.5 % raggiungimento degli obiettivi della medicina d' iniziativa;
 - C.2. 12.5 % eventuali obiettivi concordati a livello aziendale.
3. Il risparmio della farmaceutica, rilevato dalla SOC Governance farmaceutica e approvato in sede di Comitato Aziendale, che costituirà il Fondo di appropriatezza prescrittiva, verrà subito sterilizzato della quota del 12.5 % destinata al finanziamento degli obiettivi dell'Accordo con la Medicina Generale per l'anno successivo (vedi punto C.2).
4. Il Fondo di appropriatezza prescrittiva verrà inoltre decurtato del Fondo delle Cooperative, destinato al finanziamento dei progetti delle Cooperative e calcolato come descritto all'articolo 11 del presente Accordo.
5. La quota rimanente sarà ripartita in 87,5 parti, suddivise come descritto al comma 2 punti A, B e C.1, cioè 50 parti ad AUSL, 25 ad investimenti UCCP e 12,5 ad obiettivi della medicina di iniziativa.
6. Il fondo di appropriatezza prescrittiva costituito ai sensi del presente articolo, nella sua componente C.2, sarà utilizzato per la remunerazione di obiettivi da concordare nella annualità 2025 a beneficio delle sole AFT che abbiano contribuito alla sua alimentazione, ovvero le AFT che abbiano registrato nel 2024 livelli di spesa netta per la farmaceutica convenzionata e la DPC inferiori o pari alla spesa netta attribuita dal competente settore regionale alla AUSL Toscana Centro.

TITOLO IV
DEFINIZIONE OBIETTIVI, PROGRAMMI, PROGETTI

Art. 7
Retribuzione di risultato

1. Con il presente Accordo si assegna un'incentivazione di risultato ai medici singoli e AFT) qualora siano raggiunti gli obiettivi indicati negli articoli seguenti. Il fondo per la Retribuzione di risultato per l'anno 2024, pari a 11.245.253,47 € è costituito da:
 - a. fondo incentivante stanziato dall'Azienda pari a 2.400.000 €
 - b. quota annua dei fondi per il governo clinico, pari a 8.377.492,47 € (come da ACN 2024 Art.47, lettera B comma I, e ripartita dagli AIR), destinata ad obiettivo di governo clinico
 - c. quota del 12,5% del risparmio di spesa farmaceutica netta anno 2023 rispetto ad obiettivo regionale, pari a 367.761,00 €
 - d. quota derivante da finanziamento accordo per la medicina generale a rapporto orario pari a 100.000 €
2. L'intero fondo, di cui al comma precedente, viene erogato:
 - per i medici a ciclo di scelta in modo proporzionale al risultato raggiunto e agli assistiti in carico.
 - Per i medici ad attività oraria in rapporto alle ore svolte.
3. Gli assistiti in carico al singolo medico e alle AFT saranno determinati in rapporto alla media annua degli assistiti calcolati mese per mese.
4. Sono esclusi dall'incentivo i medici che hanno un rapporto convenzionale titolari e/o incaricati inferiore a 6 mesi continuativi nell'anno. A questi sarà comunque attribuita la quota relativa all'art 47, lettera B comma I dell'A.C.N (in base ai mesi effettivi di rapporto convenzionale nell'anno).

Il fondo legato alla retribuzione di risultato viene così suddiviso:

Livello accordo	Aggregazione	Fondo
Singolo Medico	A ciclo di scelta	6.687.152,08€



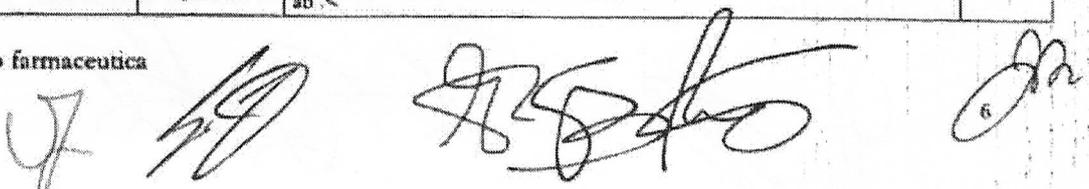
AFT	A ciclo di scelta	4.458.101,39€
AFT	Ad attività oraria	100.000,00€

Art. 8
Retribuzione di risultato per singolo MMG a ciclo di scelta

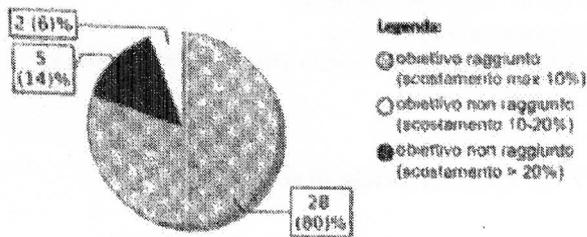
1. La retribuzione di risultato del singolo medico per il 2024 è valutata in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante

Setto- re	Indicatori	Obiettivi	Punti	
Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Nei report di appropriatezza prescrittiva* viene indicata la % di raggiungimento di ogni obiettivo rispetto all'indicatore regionale/aziendale stabilito. Un obiettivo di appropriatezza si ritiene raggiunto se la % realizzata è in linea con l'obiettivo stabilito dalla regione o a livello aziendale (< +10% indicati nel grafico con i colori verde). Per aumentare il livello di appropriatezza prescrittiva si chiede pertanto che ogni singolo medico abbia una percentuale di raggiungimento della zona di mancata appropriatezza (gialla + rossa) <25% per l'anno 2024, oppure un miglioramento di 5 punti % rispetto all'anno 2023.	21	
	Governativo Clinico	Aderenza PDTA malattie croniche	Diabete	% di pazienti diabetici con controllo dell'HbC almeno due l'anno $\geq 70\%$
Diabete			% di pazienti diabetici con emoglobina glicata a target $\geq 6,5\%$	10
Diabete			% di pazienti diabetici con monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina e microalbuminuria almeno una volta $\geq 70\%$	10
Diabete			Percentuale di pazienti con BPCO con una spirometria $\geq 30\%$	10
Scompenso		%Pazienti con Scompenso Cardiaco con Ecocardiogrammi nell'anno $\geq 30\%$	9	
Attività di promozione e incremento coperture vaccinali		Antinfluenzale	Copertura nei soggetti con età ≥ 65 anni \geq del 65% ovvero incremento del 10% rispetto al valore conseguito nel 2023 previo raggiungimento della soglia minima del 55%	10
		Zoster	Copertura nei soggetti nati nell'anno 1959 $\geq 25\%$	10
	Pneumococco	Copertura nei soggetti anno 1959 $\geq 50\%$	10	
Presenza in carico territoriale		Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) %	Osservazione	
Attività di informazione e promozione screening oncologica	Pap Test	Informazione agli assistiti delle fasce d'età coinvolte negli screening, affissioni nelle sale d'attese di locandine informative e opuscoli di promozione alla campagna di screening.	Monitoraggio dati e audit	
	Colon retto:			
	Mammografia			
Specialistica	Appropriatezza prescrittiva specialistica	Visite	Riduzione richieste prime visite PRGLA: < 2023	Monitoraggio dati e audit
	Diagnostica	Diagnostica	Numero richieste diagnostica in codice Urgente prescritta dal MMG: dato <	
	Diagnostica	Diagnostica	Tasso di consumo RM osteoarticolari in pazienti con più di 65anni *1000 ab. <	

Obiettivo farmaceutica



* esempio report appropriatezza prescrittiva



Obiettivi: Governo Clinico

Diabete: gli obiettivi sono da calcolare sulla percentuale di pazienti diabetici in carico alla data del 1 giugno 2024 prevalenza minima 7%. +1%

Bpco: Gli obiettivi sono da calcolare sulla percentuale di pazienti con BPCO in carico alla data del 1 giugno 2024 prevalenza minima 2%. +1%

Scopenso: Gli obiettivi sono da calcolare sulla percentuale di pazienti con Scopenso Cardiaco in carico alla data del 1 giugno 2024 prevalenza minima 1%

A tal fine il medico estrarrà dal proprio software di cartella l'elenco dei pazienti Diabetici, pazienti con BPCO e pazienti con Scopenso in carico, ciascun elenco costituirà il numero dei pazienti su cui calcolare i dati richiesti, che dovranno essere registrati in cartella clinica.

Per la rendicontazione dei dati sarà predisposta dalla SOS Convenzioni MMG una tabella con i singoli obiettivi per ciascuna AFT e inviata al coordinatore di AFT. La tabella-compilata con i dati di tutti i medici che compongono l'AFT dovrà essere rinviata entro il 1 marzo 2025 all'indirizzo email: obiettivimmg@uslcentro.toscana.it

Il medico singolo invierà i dati per ogni obiettivo indicato al Coordinatore di AFT che provvederà a compilare una tabella riepilogativa, la rendicontazione servirà per la valutazione dell'obiettivo per singolo MMG e AFT.

L'obiettivo per AFT si considera raggiunto se i parametri sono raggiunti nell'80% dei medici componenti AFT.

Il fondo incentivante per la retribuzione di risultato del singolo medico per l'anno 2024 è pari a 6.687.152,08€

Arr. 9

Presenza 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, i medici partecipano alle riunioni di AFT organizzate dal Coordinatore in presenza o in videoconferenza.
2. La partecipazione alle riunioni di AFT è il requisito essenziale per la partecipazione alla retribuzione di risultato di AFT.
3. Ogni AFT, dovrà effettuare almeno 12 riunioni l'anno, una al mese, pertanto il Coordinatore invierà al Dipartimento della Medicina Generale, ai fini della rilevazione presenza, una sola lista al mese.
4. Per il riconoscimento della presenza ai fini della partecipazione alla retribuzione di risultato il medico dovrà partecipare ad almeno 8 riunioni su 12, previa rilevazione della presenza da parte del Coordinatore di AFT.
5. In caso di sostituzioni superiori ai 30gg il sostituto potrà partecipare al posto del titolare alla riunione; la presenza, rilevata dal Coordinatore di AFT, entra nel conteggio annuale del calcolo numerico di partecipazioni alle riunioni di AFT.
6. Per i **Coordinatori di AFT**

La partecipazione alla retribuzione di risultato di AFT è legata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- o Partecipazione ad almeno 8/12 riunioni con la Zona Distretto;
- o Realizzazione nell'anno di due incontri AFT con i seguenti argomenti:
 - ❖ Appropriately prescrittiva specialistica e valutazione dati
 - ❖ Programmi di screening oncologici al fine di incrementare la promozione e l'aderenza ai programmi aziendali.

Art. 10

Retribuzione di risultato di AFT per i medici a ciclo di scelta

La retribuzione di risultato delle AFT per il 2024 è valutata in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante:

Settore	Indicatori	Obiettivi	Punti	
Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Nei report di appropriatezza prescrittiva* viene indicata la % di raggiungimento di ogni obiettivo rispetto all'indicatore regionale/aziendale stabilito. Un obiettivo di appropriatezza si ritiene raggiunto se la % realizzata è in linea con l'obiettivo stabilito dalla regione o a livello aziendale (< +10% indicati nel grafico con i colori verde). Per aumentare il livello di appropriatezza prescrittiva si chiede pertanto che ogni singolo medico abbia una percentuale di raggiungimento della zona di mancata appropriatezza (gialla + rossa) <28 % per l'anno 2024, oppure un miglioramento di 5 punti % rispetto all'anno 2023.	21	
Governativo Clinico	Aderenza PDTA malattie croniche	Diabete	% di pazienti diabetici con controllo dell'HbA1c almeno due l'anno $\geq 70\%$	10
			% di pazienti diabetici con emoglobina glicata a target $\geq 60\%$	10
		% di pazienti diabetici con monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina e microalbuminuria almeno una volta $\geq 70\%$	9	
		Scopimento	%Pazienti con Scopimento Cardiaco con Ecocardiogrammi nell'anno $\geq 20\%$	10
	Attività di promozione e incremento coperture vaccinali	Antiinfluenzale	Copertura nei soggetti con età ≥ 65 anni \geq del 64% ovvero incremento del 10% rispetto al valore conseguito nel 2023 previo raggiungimento della soglia minima del 55%	10
		Zoster	Copertura nei soggetti nati nell'anno 1959 $\geq 20\%$	10
		Pneumococco	Copertura nei soggetti nati anno 1959 $\geq 40\%$	10
	Presenza in carico territoriale		Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) %	Osservazione
	Attività di informazione e promozione screening oncologica	Pap Test	Informazione agli assistiti delle fasce d'età coinvolti negli screening, affissioni nelle sale d'attesa di locandine informative e opuscoli di promozione alla campagna di screening.	Monitoraggio dati e audit
		Colon retto: Mammografia		
Specialistica	Appropriatezza prescrittiva specialistica	Visite	Riduzione richieste prime visite PRGLA: < 2023	Monitoraggio dati e audit
		Diagnostica	Numero richieste diagnostica in codice Urgente prescritta dal MMG: dato <	
		Diagnostica	Tasso di consumo RM osteoarticolari in pazienti con più di 65anni *1000 ab <	

Il fondo incentivante per la retribuzione di risultato delle AFT per l'anno 2024 è pari a 4.458.101,39€

Art. 10 bis

Retribuzione di risultato di AFT per i medici ad attività oraria

1. La retribuzione di risultato di AFT viene riconosciuta ai medici ad attività oraria a tempo indeterminato e a tempo determinato con incarico di almeno 6 mesi, il fondo sarà distribuito in

rapporto agli obiettivi raggiunti e in rapporto alle ore lavorate e fino ad un massimo di ore 1248 (24H) o 1976(38h).

2. Per i medici a tempo indeterminato il raggiungimento degli obiettivi è rapportato al raggiungimento dell'obiettivi da parte dell'AFT di appartenenza.
3. Per i medici a tempo determinato, che hanno lavorato su sedi appartenenti a diverse AFT della AUSL Toscana Centro, il raggiungimento degli obiettivi sarà riconosciuto se la percentuale delle AFT che hanno raggiunto l'obiettivo sul totale delle AFT è maggiore del 80%.
4. La retribuzione di risultato di AFT sarà attribuita, in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante:

Settore	Indicatori	Obiettivi	Punti
Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Nei report di appropriatezza prescrittiva* viene indicata la % di raggiungimento di ogni obiettivo rispetto all'indicatore regionale/aziendale stabilito. Un obiettivo di appropriatezza si ritiene raggiunto se la % realizzata è in linea con l'obiettivo stabilito dalla regione o a livello aziendale (< +10% indicati nel grafico con i colori verde). Per aumentare il livello di appropriatezza prescrittiva si chiede pertanto che ogni singolo medico abbia una percentuale di raggiungimento della zona di mancata appropriatezza (gialla + rossa) < 28% per l'anno 2024, oppure un miglioramento di 5 punti % rispetto all'anno 2023.	50
Governo clinico	Preso in carico territoriale	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA3) %	50

Il fondo incentivante per la retribuzione di risultato per i medici ad attività oraria per l'anno 2024 è pari a 100.000 €

Art. 11 Cooperative: Progetti e Fondo

1. Considerato che le Cooperative si occupano di progetti di particolare rilievo per l'innovazione e lo sviluppo della Medicina Generale, viene creato un fondo a sostegno di tali progetti che si alimenta con i risparmi generati sulla spesa farmaceutica, da ogni singola Cooperativa, in base ai parametri sottostanti:

Settore	Obiettivo	Descrizione obiettivo	risultato*	Valorizzazione FONDO**	
Farmaceutica	Spesa pro capite lorda assistito pesato	Scostamento della spesa pro capite lorda realizzata per assistito pesato rispetto a quella stanziata di 132,94 euro	tra -1% e -2%	25%	della minor spesa NETTA generata da ogni singola Cooperativa
			tra -2% e -3%	30%	
			<-3%	35%	
* monitoraggio dell'obiettivo da Report					
** valorizzazione del FONDO su spesa NETTA come da stanziamento regionale					

Per spesa pro capite per assistito pesato si intende quella generata dai farmaci in fascia A dispensati in convenzionata, distribuzione per conto (DPC), al netto dei farmaci a PT, nonché di farmaci ad e-

esclusiva prescrizione specialistica. La spesa pro capite 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 convenzionati. 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 dispensazione del farmaco da parte della farmacia++. I farmaci della DPC sono valorizzati a prezzo d'acquisto ESTAR. I reports farmaceutici saranno prodotti con cadenza al bimestre precedente.

Per il finanziamento del Fondo di cui al presente articolo si utilizza il fondo di appropriatezza prescrittiva individuato come previsto dall'articolo 6, comma 4 del presente Accordo. Il Fondo è calcolato, in maniera indipendente per ciascuna cooperativa, sulla base dello scostamento fra la spesa lorda pro capite realizzata dai soci della cooperativa rispetto alla spesa pro capite lorda stanziata.

Se lo scostamento dalla spesa lorda realizzato è:

- compreso fra il -1% e -2%, il fondo della cooperativa è alimentato in misura pari al 25% del risparmio netto generato dalla cooperativa stessa,
- compreso fra il -2% e -3% il fondo della cooperativa è alimentato in misura pari al 30% del risparmio netto generato dalla cooperativa stessa,
- se inferiore al -3% il fondo della cooperativa è alimentato in misura pari al 35% del risparmio netto generato dalla cooperativa stessa.

Al fine di rapportare il risparmio spesa lorda al risparmio spesa netta, viene calcolata l'incidenza percentuale sul risparmio lordo (rilevato dai report) generato da ogni Cooperativa sul risparmio lordo aziendale. Tale percentuale viene applicata sul risparmio netto aziendale rispetto allo stanziamento ad assistito pesato e va a costituire il Fondo per ciascuna Cooperativa, proporzionato al risultato conseguito e agli assistiti pesati in carico. Il calcolo è effettuato a cura della SOC Governance farmaceutica.

Accertato il risparmio generato sulla spesa netta farmaceutica Convenzionata e DPC attribuita a livello aziendale, quale clausola finalizzata a dare continuità alla progettualità delle cooperative mediche, si prevede la definizione di una soglia minima di costituzione del fondo, pari a 200.000 €. Qualora, invece, la spesa netta complessiva dell'Azienda per la farmaceutica Convenzionata e la DPC risulti superiore alla spesa netta attribuita dal competente settore regionale alla AUSL Toscana Centro e non si alimenti quindi il Fondo per appropriatezza prescrittiva nell'anno 2024, ma le Cooperative raggiungano invece l'obiettivo di spesa procapite assegnato, con la finalità del mantenimento dei progetti di Cooperativa per l'anno successivo l'Azienda assicura il finanziamento del fondo costituito ai sensi del presente articolo con 200.000 €, al quale avranno accesso, in maniera conforme a quanto riportato nella tabella del presente articolo, le sole Cooperative che conseguano l'obiettivo di spesa per l'anno 2024.

Per l'anno 2024 si propone di definire con le Cooperative, che abbiano a disposizione un fondo realizzato dal risparmio farmaceutico dell'anno 2023, degli Accordi Progetti che vedano il coinvolgimento attivo della Cooperativa nelle campagne di promozione degli screening oncologici e che prevedano:

- 1) informazione e promozione alla partecipazione agli assistiti in carico per le fasce d'età inclusi negli screening Pap Test, Colon Retto, Mammografia.
- 2) Partecipazione attiva nello screening del colon retto con consegna diretta della provetta e registrazione su programma aziendale.

Qualora sopraggiungano cause di forza maggiore non dipendenti dalle parti sottoscrittrici che impediscano l'attuazione di progetti orientati alla promozione degli screening, le parti definiranno progetti alternativi, sentito anche il parere del Comitato Aziendale



Art. 12
Integrazione referti di laboratorio

Considerato che la visualizzazione dei referti di laboratorio nella cartella clinica della Medicina generale, modalità già attuata in alcuni ambiti dell'Azienda, ha prodotto miglioramenti nel processo assistenziale, le parti concordano di autorizzare l'utilizzo del modulo di integrazione tra il software di laboratorio dell'Azienda e i software di cartella clinica in uso alla Medicina generale. I costi sostenuti dai MMG per l'attivazione del servizio e il canone d'uso saranno rimborsati dall'Azienda con cadenza annuale, successivamente all'invio da parte della software house fornitrice del servizio ritorno referti della lista dei medici con servizio attivo al 31/12/2024.

Art. 13
Sviluppo forme associative

1. In attesa dell'applicazione del nuovo ACN e del nuovo AIR, le richieste di associazionismo e/o indennità di collaboratore di studio e/o infermieristico, saranno valutate:
 - secondo l'ordine cronologico di presentazione della richiesta.
 - in relazione alla disponibilità del fondo turnover.

Il fondo turnover sarà costituito dalle quote liberate dai medici cessati che percepivano le relative indennità.

Le domande presentate su fondo turnover pertanto saranno valutate in base alle seguenti categorie:

a. **Indennità di associazionismo**

- a1. reintegro di associati cessati da forme associative (solo gruppo e associazione complessa);
- a2. integrazioni di nuovi ingressi rispetto al numero in associazioni preesistenti;
- a3. nuove richieste non ricomprese nei punti precedenti;

b. **Indennità di collaboratore di studio e/o infermieristico:**

- b1. reintegro di medici in case della salute/case di comunità;
- b2. medici che hanno optato per l'elevazione volontaria del massimale a 1800
- b3. medici in forme associative (ex medicina di gruppo o associazioni complesse);
- b4. medici singoli;

In attesa dell'applicazione del nuovo ACN e dell'AIR in corso di definizione, le richieste di cui ai punti a3, b3 e b4 saranno valutate a fine anno, nei limiti del fondo disponibile.

2. A parità di requisiti, per il riconoscimento verrà considerato l'ordine cronologico di presentazione della richiesta.
3. L'indennità di associazionismo e l'indennità di collaboratore di studio o infermieristica saranno riconosciute dalla data della domanda oppure dal primo giorno del mese successivo alla data di adozione dell'atto di riconoscimento economico dell'indennità, in relazione alla disponibilità economica del fondo.
4. L'indennità di collaboratore di studio o infermieristica non potrà comunque avere una decorrenza anteriore alla documentata assunzione del personale o messa a disposizione dello stesso da soggetti terzi.
5. La data di presentazione decorre dalla data di presentazione della domanda completa e corredata di tutti i documenti necessari per il suo riconoscimento.

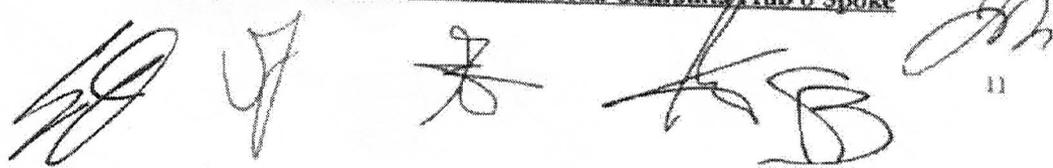
Le disposizioni di cui al presente articolo saranno aggiornate in caso di approvazione di AIR che preveda modificazioni.

L'Azienda al fine di dare applicazione al nuovo modello organizzativo territoriale previsto dal DM77 della diffusione delle **Case della Comunità Hub o Spoke** e per sostenere la medicina territoriale nelle zone disagiate, stanziò un fondo di 200.000 € per il riconoscimento di indennità associazionismo e/o indennità di collaboratore di studio e/o infermieristico.

Le domande presentate saranno valutate secondo il seguente ordine di priorità:

- Nuovi gruppi medici operanti in della Salute e Case della Comunità Hub o Spoke

11



- Nuovi gruppi medici operanti in zone disagiate/periferiche con impegno a mantenimento ambulatori secondari.

Art. 14

Attività amministrativa necessaria per l'attività clinica

1. Per i medici non presenti in Case della Salute con Accordo per l'attività amministrativa CUP attivato al 31.03.2024, sarà modificata la modalità di pagamento, che non avverrà più in rapporto alla percentuale di prenotazione raggiunta nell'anno e per numero di assistiti in carico, ma sarà retribuita in base al numero di prenotazioni effettuate, per un compenso di € 3 euro a prenotazione.
2. La validità degli accordi in essere termina al 31/12/2024 in rapporto alla riorganizzazione territoriale e l'attivazione delle CDC Hub e Spoke.
3. L'attività amministrativa CUP rimane attivabile per i medici presenti all'interno delle Case della Salute visto la loro trasformazione in CDC, fino alla disponibile dei fondi previsti per l'anno 2024.
4. Le modalità di remunerazione sono previste nell'allegato A del presente accordo.

Art. 15

Indennità di cooperativa

1. La DGRT n. 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. Per il finanziamento degli accordi le cooperative utilizzeranno i fondi generati dal risparmio farmaceutico realizzato da ogni singola Cooperativa.
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 economicamente dal 1 luglio dell'anno in corso se il medico entra a far parte della Cooperativa nei primi sei mesi dell'anno o con decorrenza dal 1 gennaio dell'anno successivo qualora l'iscrizione alla Cooperativa avvenga nel secondo semestre dell'anno, ferma restando la condizione di cui al punto 1 del presente articolo.
5. L'indennità di Cooperativa sarà erogata ai soci, esclusivamente in presenza dell'Accordo contratto sottoscritto, solo se la spesa media dei farmaci in fascia A prescritti direttamente dai MMG ai sensi dell'Art. 8 comma 2 risulterà inferiore alla media aziendale. Al termine dell'anno di vigenza del presente accordo sarà sospesa l'indennità per tutti i medici non facenti parte di una forma associativa.
6. L'indennità di cooperativa relativa all'anno 2024 dei medici aderenti alle stesse, quale loro unica forma di associazionismo, la cui cooperativa non abbia raggiunto gli obiettivi di spesa farmaceutica nell'anno 2023, sarà corrisposta a consuntivo, una volta verificato il raggiungimento dell'obiettivo di spesa per l'annualità 2024.
7. 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.

Art. 16

Progetto di piattaforma informatico-telematica digitale di AFT



- Il risparmio generato come definito dall'ultimo paragrafo del comma 1 dell'art. 6 AAA/2023 di circa 630.000 € e parte del Fondo AAA2023 ex CA pari a 300.000 € andranno a costituire il Fondo per assicurare nel modello organizzativo di AFT, mediante soluzioni digitali, la gestione informatizzata della scheda sanitaria al fine di consentire l'integrazione tra i medici dell'AFT a ciclo di scelta e a rapporto orario.
- I medici di assistenza primaria a ciclo di scelta appartenenti alle AFT, coerentemente con l'art. 29, comma 9, dell'ACN, scelgono adeguatamente una piattaforma informatico-telematica "di AFT" (di seguito piattaforma digitale di AFT) per svolgere, in modo continuativo ed integrato e nel loro insieme, le seguenti funzioni:
 - a. monitoraggio integrato e continuativo delle attività, degli obiettivi e dei livelli di performance di cui all'art. 29, comma 11 dell'ACN, anche in relazione alle attività previste per il referente di AFT, per svolgere in modo efficace il coordinamento e il supporto al raggiungimento degli obiettivi previsti per l'intera AFT;
 - b. collegamento tra le schede sanitarie degli assistiti per consentire ad ogni medico della AFT di poter accedere alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici appartenenti alla AFT, per assicurare sia un'efficace presa in carico che una garanzia di continuità delle cure assistenziali, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati;
 - c. gestione per garantire l'organizzazione e la copertura coordinata dei compiti e delle attività previste dal modello organizzativo di AFT (campagne vaccinali, attività di prevenzione screening, ecc) che ogni medico componente deve assicurare, in modo continuativo, strutturale e condiviso, attraverso un'integrazione anche digitale della relazione con gli assistiti.
- Per l'anno 2024 si prevede di redigere entro il 30/10/2024 un documento condiviso tra le parti, che preveda la realizzazione delle seguenti fasi
 1. Ricognizione da parte di ciascun Coordinatore di AFT degli applicativi di cartella clinica in uso ai medici che dovranno essere integrati con i servizi del Sistema Informativo Regionale per la medicina generale ed essere già predisposti al collegamento telematico con la piattaforma digitale di AFT idonea a svolgere, in modo continuativo ed integrato e nel loro insieme, le funzioni di cui al comma precedente.
 2. Valutazione dei prezzi di mercato emersi dalla ricognizione effettuata in maniera tale che le parti definiscano l'importo forfettario procapite da stanziare, nell'ambito del fondo individuato al primo paragrafo.
 3. L'identificazione del sistema informatico scelto per la messa in rete dell'AFT

Il Progetto, per quanto attiene alle specifiche tecniche di collegamento ai sistemi informatici dell'Azienda per la finalità di rendicontazione periodica delle attività e obiettivi di AFT, dovrà prevedere l'invio dei dati informativi all'Azienda per le funzioni di alimentazione dei flussi.
- Il finanziamento del "Progetto di piattaforma informatico-telematica digitale di AFT, sarà riconosciuto secondo un cronoprogramma delle fasi di realizzazione e in tre tempi:
 - 20% al completamento della fase di ricognizione, scelta e approvazione del sistema informatico
 - 30% alla stipula del contratto del sistema operativo di collegamento
 - 50% collaudo e verifica di funzionamento del sistema operativo di collegamento.
- Per il 2025 il progetto dovrà prevedere il confluire di tutte le risorse attualmente impiegate dall'Azienda per i progetti di ritorno referti, invio prestazioni, connettività, in unico fondo per il finanziamento del Progetto della Piattaforma digitale di AFT che comprenda le funzioni di cui al comma 2 del presente articolo, comprensive delle applicazioni necessarie e di supporto alla attività di presa in carico del cittadino nell'ambito di AFT e per varie attività amministrative (ritorno referti, invio prestazioni aggiuntive e qualsiasi comunicazione tra l'Azienda e i medici).

- Qualora il Progetto di piattaforma informatico-telematica digitale di AFT per problematiche varie (privacy, indicazioni regionali, ecc) non possa essere realizzato dall'Azienda, il fondo ad esso destinato ritorna nella disponibilità della medicina generale per la realizzazione di progetti di AFT da definire in successivo AAA.

Art. 17

Progetto "Riorganizzazione del Servizio di Continuità assistenziale"

Nell'AFT il medico ad attività oraria diventa parte integrante del percorso della presa in carico assistenziale, orientata in un'organizzazione che preveda sempre un'attività diurna a supporto e integrazione con i medici a ciclo di scelta.

Una attività orientata verso la presa in carico dei pazienti complessi, terminali, domiciliare e nelle strutture residenziali nell'ambito dell'AFT e di attività diagnostica di primo livello.

Al fine di garantire l'assistenza si prevede l'attivazione di Attività oraria diurna, presso le CDC Hub e Spoke con riferimento alle AFT che su di esse insistono, si definirà entro il 30/09/2024, in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Generale il progetto di organizzazione dell'attività oraria e alle attività svolte dai medici ad attività oraria.

Il Fondo per l'attivazione del progetto sperimentale di AFT di attività oraria è di 300.000 euro.

Art. 18

Fondo di appropriatezza prescrittiva Piano Regionale Governo Liste di Attesa

Con deliberazione di Giunta n. 604 del 6 maggio 2019 Regione Toscana ha approvato il "Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021" (d'ora in poi PRGLA), che recepisce le misure e le direttive contenute nel PNGLA 2019-2021. Al fine di perseguire gli obiettivi assegnati, AUSL Toscana centro opera sul versante della modulazione dell'offerta, in termini di volumi e ordinamento per priorità clinica di accesso. Il presente articolo prevede che i risultati delle azioni di appropriatezza prescrittiva, attuate dalla medicina generale attraverso l'applicazione di specifici indirizzi regionali finalizzati alla riduzione delle prescrizioni inappropriate, siano valorizzati e consentano la costituzione del fondo di appropriatezza prescrittiva PRGLA.

Il riferimento sul quale misurarsi per l'anno 2024 è costituito dal numero di prescrizioni relative alle prestazioni contemplate da PRGLA prodotte dalla medicina generale della AUSL Toscana centro nell'anno 2024. I dati prescrittivi saranno valorizzati per raggruppamento di prestazioni, per singolo MMG e per AFT. Il Fondo di cui al presente articolo comincerà ad alimentarsi se nel 2024 il numero complessivo di prescrizioni PRGLA effettuate dalla medicina generale AUSL Toscana centro risulterà inferiore a quello dell'anno 2023, previa standardizzazione della popolazione di riferimento al fine del confronto. Il fondo sarà alimentato in quota percentuale della valorizzazione a tariffa regionale della differenza in numero tra le prescrizioni effettuate nel 2023 e quelle effettuate nel 2024: 10% per le prestazioni con tariffa pari o inferiore a 60 €; per le prestazioni con tariffa superiore a 60 €, 6€ ed il 5% della quota di tariffa superiore ai 60€.

Potranno beneficiare di quota di risultato, nella misura massima di 3.000 € annui, i medici che abbiano fatto riscontrare un numero di prescrizioni PRGLA nell'anno 2024 inferiore rispetto al proprio dato 2023, se afferenti ad AFT che facciano riscontrare un numero di prescrizioni PRGLA nell'anno 2024 inferiore rispetto al proprio dato 2023.

La quota di fondo non distribuita sarà utilizzata per alimentare progetti aziendali

TITOLO V ORGANIZZAZIONE

Art. 19

Dipartimento della Medicina Generale e Aggregazioni Funzionali Territoriali

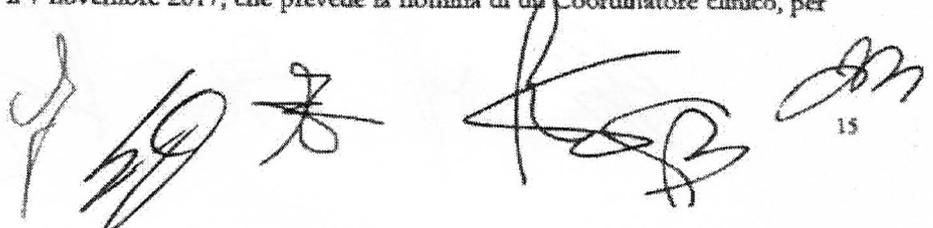
1. È definito per ogni Zona Distretto il calendario degli incontri sia dei Coordinatori di AFT con il Dipartimento Medicina Generale sia con la Zona- Distretto, ciascuno con cadenza mensile.

2. Gli incontri delle singole AFT, dovranno avere cadenza mensile, con durata minima di due ore da effettuarsi nelle fasce orarie concordate, di cui almeno 5 nella giornata di sabato in rispetto alla DG Regionale. Eventuali riunioni non effettuate nel periodo estivo verranno recuperate il mese successivo (non più di una volta l'anno) previa segnalazione al Dipartimento di MG
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 D.G.R.T. n. 1231/2012, all'Ufficio Stipendi.
6. L'invio cartaceo dell'elenco delle presenze verrà sostituito da idoneo strumento informatico.

Art.20

Case della Salute/Case di Comunità

1. L'Azienda intende sviluppare su tutto il territorio il modello delle Case di comunità Hub e Spoke quali punti di riferimento territoriale per la popolazione in risposta ai bisogni socio sanitari.
2. L'azienda in linea con gli obiettivi previsti dal PNRR realizzerà il passaggio da Casa della salute a casa di comunità
3. Le CDS/CDC costituiscono una parte fondamentale della rete dei servizi aziendali delle cure primarie. Esse sono strutture idonee all'erogazione dei LEA, della sanità d'iniziativa, costituiscono la sede ove erogare diagnostica di primo livello, anche da parte dei medici di MG; in esse si garantisce la continuità ospedale territorio, la prevenzione individuale, l'integrazione fra i professionisti di primo livello e le proiezioni territoriali della specialistica aziendale.
4. Le CDS/CDC dovranno presentare le seguenti caratteristiche/servizi:
 - Percorso di presa in carico del paziente cronico e complesso
 - la partecipazione obbligatoria dei medici all'AIR vaccinazioni
 - presenza e integrazione con infermiere di famiglia e comunità
 - CUP - accesso alle prestazioni aziendali per i cittadini
 - integrazione con i servizi sociali
 - sistemi di telemedicina per integrazione con la specialistica aziendale per la sanità d'iniziativa e l'applicazione dei PDTA condivisi per la gestione delle patologie croniche
5. All'interno delle CDC/CDS operano solo MMG titolari di convenzione nell'ambito territoriale sede della CDC/CDS.
6. I servizi erogati nelle CDS/CDC dovranno essere offerti a tutta la popolazione del bacino territoriale di riferimento.
7. L'assistenza primaria sarà rivolta solo agli assistiti dei MMG che operano nella CDS/CDC.
8. Il personale amministrativo e il personale infermieristico a supporto delle attività della casa della salute sarà garantito dall'azienda in forma diretta o dalla medicina generale anche attraverso società di servizio.
9. I collaboratori di studio e gli infermieri dei MMG saranno garantiti ai sensi dell'AIR attualmente in vigore.
10. Nelle Case della Salute/CDC, il personale di segreteria svolgerà attività di rilascio di modulistica per il pagamento e di informazione all'utenza in merito alle modalità di pagamento delle prestazioni.
11. Per le Case della Salute si applica lo specifico regolamento in vigore e approvato in sede di Comitato Aziendale il 7 novembre 2017, che prevede la nomina di un Coordinatore clinico, per le funzioni definite.



12. Per ogni CDC/CDS deve essere sottoscritto uno specifico Accordo entro il 31 marzo, come da *format* approvato in seno allo stesso Comitato Aziendale di cui al punto precedente, con indicati obiettivi e indicatori concordati con il Coordinatore Clinico.
13. Ai medici che svolgono la loro attività all'interno delle CDC/CDS 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 e approvato dal comitato aziendale in linea con quanto previsto dall'ACN.
14. In via sperimentale l'Azienda si riserva di elaborare e finanziare specifici progetti di Casa della Salute finalizzati a dare attuazione a modelli organizzativi innovativi delineati da atti regionali quali DGRT 1425/2022 e DGRT 1508/2022, volti a garantire la massima efficienza nei processi di prenotazione, accettazione e gestione dei percorsi di integrazione tra medicina generale ed erogatori aziendali.
15. 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 in modo conforme a quelle a gestione aziendale.

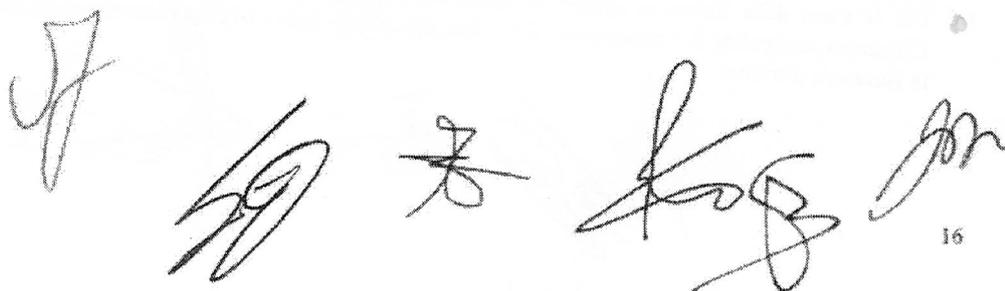
Art.21

Distribuzione incentivi anno 2024

Viene stabilito nel massimale individuale il numero massimo degli assistiti in carico sui quali calcolare l'attribuzione degli incentivi per la retribuzione di risultato prevista dal presente accordo. Gli incentivi verranno erogati a base al numero degli assistiti effettivi dell'anno 2024 (massimo 1575 e 1800).

Entro maggio 2025 i risultati saranno condivisi con i coordinatori di AFT per effettuare una verifica e successivamente presentati in Comitato Aziendale.

Il pagamento verrà effettuato in un'unica soluzione entro settembre 2025.



Attività amministrativa necessaria per l'attività clinica

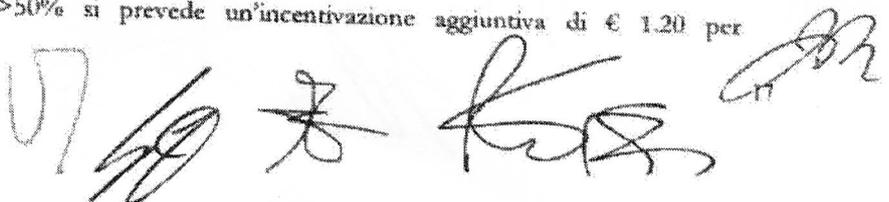
L'Azienda Toscana Centro, al fine di migliorare il percorso di accesso del cittadino ai servizi sanitari e sociali, intende rivedere le modalità organizzative dei servizi amministrativi.
A tal fine, in considerazione del cambiamento delle necessità della popolazione dei Medici di Medicina Generale, si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

Art. 1 Servizi amministrativi

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 e 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.
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 Azienda USL Toscana centro.
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 modalità di erogazione del servizio.
7. Ai medici che aderiscono verranno forniti trimestralmente i dati sulle prenotazioni effettuate.
8. L'indennità per il servizio amministrativo riconosciuta al medico è dettagliata negli articoli successivi.

Art. 2 Indennità amministrativa CUP per medici presenti in CDS /CDC

1. L'indennità è erogata ai medici che attiveranno il servizio impiegando personale appositamente assunto in ore dedicate, che operano presso le CDS /CDC
2. Il fabbisogno settimanale di segreteria amministrativa è stimato di norma in 2 ore settimanali per 1.000 assistiti in carico calcolati alla data di sottoscrizione dell'accordo.
3. L'indennità complessiva annuale sarà stabilita moltiplicando l'impegno orario annuale, concordato con i singoli professionisti, per il costo orario di €18,00 ora (€21,00 ora a decorrere dal 01/09/2024).
4. L'importo dell'indennità di segreteria amministrativa 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 definiti alla valutazione del calcolo delle ore riconosciute.
5. Il pagamento delle ore concordate avverrà mensilmente
6. È prevista una ulteriore incentivazione in rapporto alla percentuale di prenotazioni effettuate dal gruppo dei medici e nel rispetto del fondo CUP assegnato. La percentuale di prenotazioni sarà calcolata in rapporto al numero di prenotazioni effettuate sul numero di assistiti in carico.
Per % di prenotazioni >45% si prevede un'incentivazione aggiuntiva di € 0.40 per assistito/anno.
Per % di prenotazioni >50% si prevede un'incentivazione aggiuntiva di € 1.20 per assistito/anno.



Le percentuali delle prenotazioni raggiunte saranno valutate entro il 31/03/2025 ai fini dell'incentivazione.
Per le CDS/CDC che non raggiungeranno una percentuale di prenotazione minima del 50% si prevede una ridefinizione del contratto con una rivalutazione delle modalità di pagamento che saranno definite nel prossimo AAA.

Art. 3

Indennità amministrativa per prenotazioni per medici non presenti nelle case della Salute/CDC

1. Per il 2024 si mantengono attivi solo i contratti per l'attività amministrativa CUP in essere per i medici non presenti nelle CDS /CDC, viene modificata la modalità di pagamento non più ad assistito ma in rapporto al numero di prenotazioni effettuate nell'anno.
2. Il compenso previsto è di € 3 a prenotazione.
3. Tali indennità andranno in scadenza il 31/12/2024 e non è previsto attualmente il rinnovo per gli anni successivi.

Art. 4

Indennità di supporto amministrativo per lo svolgimento di funzioni delegate per le Case della Salute e/o Case di Comunità

Per i servizi amministrativi oggetto di delega presso le Case della Salute/Case di Comunità svolti dal personale di segreteria dei medici per le funzioni di accoglienza, informazioni, supporto attività specialistica, ecc è riconosciuta un'indennità oraria pari a € 21,00.
L'indennità complessiva annuale, stabilita moltiplicando l'impegno orario annuale per l'importo dell'indennità di segreteria, sarà liquidata al singolo medico. È calcolata con riferimento all'indennità complessiva, come sopra determinata, ed è rapportata al numero degli assistiti in carico al singolo.

Recesso

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.

