


Area contrattuale: MEDICI DI MEDICINA GENERALE	Tipo documento: ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE	Data: 03/09/2025
Descrizione: Accordo Attuativo Aziendale Medici di medicina generale del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e medici a rapporto orario - Anno 2025		

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	
Il Direttore SOC Organizzazione medicina a ciclo di fiducia <i>Dr. Bruno Latella</i>	F.to
Direttore Società della Salute di Firenze	
Il Dirigente SOS Convenzioni MMG <i>Dott.ssa Loredana Epifania Lazzara</i>	
Il Direttore Dipartimento Medicina Generale <i>Dott. Elisabetta Altì</i>	
Il Dirigente Coordinatore San. Servizi Territoriali Zona Firenze <i>Dott. Lorenzo Baggiani</i>	
Il Dirigente Coordinatore San. Servizi Territoriali Zona Nord Ovest <i>Dott. Alessandro Pecchioli</i>	

Per la parte sindacale

Rappresentanti FIMMG: Capo Delegazione <i>Dott. Alessandro Bonci</i>	F.to
<i>Dott. Alessandro Benelli</i>	F.to
<i>Dott.ssa Simona Bennati</i>	F.to
<i>Dott. Matteo Bitossi</i>	F.to
<i>Dott. Giuseppe Pace</i>	F.to
<i>Dott. Niccolò Biancalani</i>	
Rappresentante SNAMI: Capo Delegazione <i>Dott. Giovanni Salvestrini</i>	F.to
<i>Dott. Giovanni Di Luccio</i>	
Rappresentante CISL Medici <i>Dott. Francesco Venditto</i>	F.to
Rappresentante SMI: <i>Dott. Giorgio Fabiani</i>	F.to

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 Preaccordo 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 LEA*", 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. 2024.

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 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, 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. 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 DGRT 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.).

Art. 3

Decorrenza, tempi e procedure di applicazione

1. Gli effetti del presente Accordo decorrono dal 01.01.2025 fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate nei singoli articoli.
Il presente accordo definisce il finanziamento e gli obiettivi 2025 e conserva la propria efficacia fino alla stipula del nuovo Accordo e sarà adeguato all'AIR stipulato ai sensi dell'ACN 2022 e 2024.
2. L'Azienda provvederà a pubblicare sul portale aziendale dei cedolini di tutti i MMG operanti sul territorio copia del presente Accordo.
3. 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 medicidimedecinagenerale@uslcentro.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'A.C.N.
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 2025 risulta costituito dai seguenti fondi:
 - a. Fondo retribuzione di risultato aziendale
 - b. Fondo quota art. 47, lettera B), comma I, A.C.N (popolazione dati SISAC al 31/12/2024)



Fondo	Importo	Destinazione	% MMG a ciclo di scelta	FONDO MMG Importo	% AFT a ciclo di scelta	FONDO AFT Importo	% AFT MMG ad attività oraria
Fondo aziendale MMG	1.600.000,00 €	Farmaceutica	60%	960.000,00 €	40%	640.000,00 €	
	800.000,00 €	Specialistica	60%	480.000,00 €	40%	320.000,00 €	
Fondo ACN quota art. 47, lettera B) comma I (mmg a ciclo di scelta)	9.123.227,20 €	Obiettivi governo clinico	60%	5.473.936,32 €	40%	3.649.290,88 €	
FONDI				6,913.936,32		4,609.290,88	
Fondo aziendale(ex CA)	100.000,00 €	Farmaceutica attività oraria					100%
Fondo aziendale(ex CA)	300.000,00 €	Rete di AFT					
Fondo aziendale(ex CA)	300.000,00 €	Riorganizzazione CA Attività diurna					

Art. 6

Fondo di appropriatezza prescrittiva farmaceutica

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 rispetto a quella attribuita all' Azienda dal competente settore regionale. Per l'anno 2025, il fondo inizierà ad alimentarsi qualora la spesa netta complessiva dell'Azienda per la farmaceutica Convenzionata e la DPC raggiunga gli obiettivi definiti da AIR 2025.
2. Il risparmio della farmaceutica, rilevato dalla SOC Governance farmaceutica, che costituirà il Fondo di appropriatezza prescrittiva.
3. 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.
4. La destinazione del fondo di appropriatezza prescritta farmaceutica sarà impiegato con le modalità previste e dettagliate nel l'AIR 2025.

Art. 6 bis

Fondo di appropriatezza prescrittiva specialistica

Per l'anno 2025 si prevede di costituire il fondo di appropriatezza prescrittiva specialistica in cui confluiranno eventuali risorse derivanti da una minore spesa legata al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni specialistica.

La costituzione del fondo sarà determinata ai sensi di quanto definito nell'AIR2025.

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 2025, pari a 11.623.227,20 € 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 9.123.227,20 € (come da ACN 2024 Art.47, lettera B comma I, e ripartita dagli AIR), destinata ad obiettivo di governo clinico
 - c. 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; per i medici a ruolo unico in misura proporzionale agli assistiti ed alle ore attribuite.
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. I medici titolari di un incarico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta a tempo indeterminato o a tempo determinato che nell'anno solare di riferimento siano stati incaricati per un periodo inferiore a 6 mesi, sono esclusi dalla partecipazione all'AAA; a tali medici, se incaricati a tempo indeterminato o a tempo determinato in quanto iscritti al Corso FSMG, verrà comunque attribuita la quota ex art. 47, lettera B, punto I) dell'ACN 04/04/2024, in proporzione ai mesi effettivi d'incarico. Tale quota non verrà invece corrisposta, in quanto non prevista dall'ACN, ai medici incaricati a tempo determinato ex art. 37, ACN 2024.
 Per i medici titolari di un incarico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta a tempo indeterminato o a tempo determinato che nell'anno solare di riferimento siano stati incaricati per un periodo inferiore a 12 mesi ma uguale o superiore a 6 mesi continuativi, e che, causa cessazione incarico, non potranno concorrere al raggiungimento di alcuni obiettivi dell'accordo (ad es. la vaccinazione antinfluenzale), la commissione di verifica provvederà comunque alla valutazione degli obiettivi perseguibili, escludendo in ogni caso per tali medici il pagamento indistinto del fondo ex all'art. 47, lettera B, punto I) dell'ACN 2024.
5. Partecipano all'AAA i medici di Assistenza Primaria ad attività oraria con incarico a tempo indeterminato o determinato della durata non inferiore a 6 mesi continuativi nel corso dell'anno e che abbiano assicurato l'attività per non meno di 96 ore mensili.

Il fondo legato alla retribuzione di risultato viene così suddiviso:

Livello accordo	Aggregazione	Fondo
Singolo Medico	A ciclo di scelta	6.913.936,32€
AFT	A ciclo di scelta	4.609.290,88€
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 2025 è valutata in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante

Settore	Indicatori	Obiettivi	Punti	Punti totali
Medicina	Spesa pro capite pesata *	< stanziamento anno 2025 pari a 141,28 euro	15	30

	NAO (**)	la % delle confezioni a brevetto scaduto deve rappresentare almeno il 45% del totale delle confezioni di NAO oppure un miglioramento di 10 punti % rispetto all'anno 2024		5	
	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica(1)	Nei report di appropriatezza prescrittiva (1) 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 (scostamento max del 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) <20% per l'anno 2025		10	
Specialistica	Appropriatezza prescrittiva specialistica	numero prescrizioni PRGLAT *1000 anno 2024	Riduzione del 2% rispetto alla media numero prescrizioni anno 2024: 873,6). Obiettivo 873,6 1000 assistiti oppure un valore inferiore rispetto alla media aziendale	10	10
Governano Clinico	Aderenza PDTA malattie croniche Attività di promozione e incremento coperture vaccinali	Diabete	% di pazienti diabetici con controllo dell'HbC almeno due l'anno $\geq 70\%$	10	30
			% di pazienti diabetici con emoglobina glicata a target $\geq 60\%$	5	
			% di pazienti diabetici con monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina e micro albuminuria almeno una volta $\geq 70\%$	5	
		BPCO	Percentuale di pazienti con BPCO con una spirometria $\geq 50\%$	10	
Vaccinazioni		Antiinfluenzale	Copertura nei soggetti con età ≥ 65 anni \geq del 66%	10	30
			Copertura nei soggetti con età ≥ 65 anni \geq del 63%	5	
		Zoster	Copertura nei soggetti nati nell'anno 1959 e1960 $\geq 30\%$	10	
			Copertura nei soggetti nati nell'anno 1959 e1960 $\geq 25\%$	5	
		Pneumococco	Copertura nei soggetti nati anno 1959e1960 $\geq 40\%$	10	
			Copertura nei soggetti nati anno 1959e1960 $\geq 35\%$	5	

*Qualora per provvedimenti regionali o per eventuali delisting nazionali di alcune categorie di farmaci dal canale DPC a quello convenzionale, lo stanziamento di spesa regionale anno 2025 dovesse subire delle modifiche, sarà cura del Dipartimento del farmaco aggiornare la spesa procapite pesata attribuita ai sensi del presente accordo.

** Tenuto conto che la maggior parte delle prescrizioni sono indotte da specialisti ospedalieri sarà cura della commissione di verifica valutare il raggiungimento dell'obbiettivo in base alla media della zona distretto di appartenenza, si invitano i medici di medicina generale a porre comune attenzione nelle nuove prescrizioni e in caso di switch necessari per cambiamenti delle condizioni cliniche dei pazienti in trattamento.

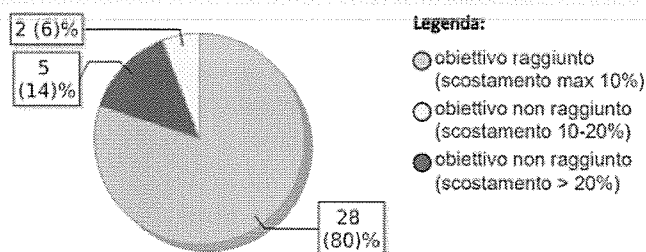
Spesa pro capite pesata

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 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. Per la convenzionata 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. I farmaci della DPC sono valorizzati a prezzo d'acquisto ESTAR. I reports farmaceutici saranno prodotti con i dati della lettura ottica delle ricette SSN e

tempestivamente messi a disposizione sul SW Medico Digitale

(1) Obiettivo Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

esempio report appropriatezza prescrittiva



Obiettivi: Governo Clinico

Diabete: gli obiettivi sono da calcolare sulla percentuale di pazienti diabetici in carico dalla data del 1 giugno 2025 prevalenza minima 6,5% +1%

Bpco: Gli obiettivi sono da calcolare sulla percentuale di pazienti con BPCO in carico alla data del 1 giugno 2025 prevalenza minima 2% +1%

A tal fine il medico estrarrà dal proprio software di cartella l'elenco dei pazienti Diabetici, pazienti con BPCO e ~~pazienti con Scemenso~~ 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 2026 all'indirizzo email: obiettivimmg@uslcentro.toscana.it.

Con la realizzazione della rete informatica di AFT il Coordinatore potrà avere il supporto della rete di AFT per l'estrazione dei dati dei singoli medici.

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 2025 è pari a 6.913.936,32€

Art. 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. La partecipazione alle riunioni di AFT è funzionale al raggiungimento del debito orario formativo aziendale previsto da ACN. È fatto obbligo al coordinatore di prevedere almeno un ciclo di formazione accreditata fino a un massimo di 12 ECM per semestre.

7. 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 2025 è valutata in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante:

Settore	Indicatori	Obiettivi	Punti	Punti totali	
Farmaceutica	Spesa pro capite pesata*	< stanziamento anno 2025 pari a 141,28 euro	10	30	
	RSA**	Incremento dei farmaci erogati in distribuzione diretta ai pazienti in RSA/RSD: Le AFT che nel 2024 avevano il numero di confezioni ogni 100 assistiti pesati <ul style="list-style-type: none"> ➤ inferiore alla media: dovranno aumentare del +40% le confezioni nel 2025 ➤ superiore alla media: dovranno aumentare del +20% le confezioni nel 2025 	15		
	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 2025.	5		
Specialistica	Appropriatezza prescrittiva specialistica	numero prescrizioni PRGLAT *1000 anno 2024 Riduzione del 2% rispetto alla media numero prescrizioni anno 2024 (873,6). Obiettivo 856.12x 1000 assistiti	10	10	
Governano Clinico	Aderenza PDTA malattie croniche	Diabete	% di pazienti diabetici con controllo dell'HbC almeno due l'anno $\geq 70\%$	10	30
			% di pazienti diabetici con emoglobina glicata a target $\geq 60\%$	5	
			% di pazienti diabetici con monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina e micro albuminuria almeno una volta $\geq 70\%$	5	
		BPCO	Percentuale di pazienti con BPCO con una spirometria $\geq 50\%$	10	

Vaccinazioni	Promozione e incremento coperture vaccinali	Antiinfluenzale	Copertura nei soggetti con età \geq 65 anni \geq del 66%	10	30
			Copertura nei soggetti con età \geq 65 anni \geq del 63%	5	
		Zoster	Copertura nei soggetti nati nell'anno 1959 e 1960 \geq 30 %	10	
			Copertura nei soggetti nati nell'anno 1959 e 1960 \geq 25 %	5	
		Pneumococco	Copertura nei soggetti nati anno 1959 e 1960 \geq 40%	10	
			Copertura nei soggetti nati anno 1959 e 1960 \geq 35%	5	

* Qualora per provvedimenti regionali o per eventuali delisting nazionali di alcune categorie di farmaci dal canale DPC a quello convenzionale, lo stanziamento di spesa regionale anno 2025 dovesse subire delle modifiche, sarà cura del Dipartimento del farmaco aggiornare la spesa procapite pesata attribuita ai sensi del presente accordo.

** Precondizione per l'applicazione di questo indicatore è l'attivazione della distribuzione diretta nella Zona Distretto di appartenenza della AFT. In caso di mancata attivazione del servizio, il punteggio di questo indicatore è ripartito su appropriatezza prescrittiva e su spesa in maniera tale che ciascuno dei due indicatori pesi 15 punti.

*** Tenuto conto che la maggior parte delle prescrizioni sono indotte da specialisti ospedalieri sarà cura della commissione di verifica valutare il raggiungimento dell'obiettivo in base alla media della zona distretto di appartenenza, si invitano i medici di medicina generale a porre comune attenzione nelle nuove prescrizioni e in caso di switch necessari per cambiamenti delle condizioni cliniche dei pazienti in trattamento.

Il fondo incentivante per la retribuzione di risultato delle AFT per l'anno 2025 è pari a 4.609.290.88€

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	Spesa pro capite pesata*	< stanziamento anno 2025 pari a 141,28 euro	100

Il fondo incentivante per la retribuzione di risultato per i medici ad attività oraria per l'anno 2025 è pari a 100.000 €

Art. 11

Cooperative: Progetti e Fondo

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, pari a 225.000€, che si alimenta solo in caso di raggiungimento di obiettivo di spesa farmaceutica assegnato all'Azienda Usl da Regione Toscana. Il fondo viene distribuito proporzionalmente al risparmio di spesa farmaceutica netta realizzato dalla singola cooperativa rispetto alla minore spesa netta generata da tutte le cooperative riconosciute dall'Azienda.

Sono escluse dalla distribuzione del fondo le cooperative che non raggiungano l'obiettivo di spesa farmaceutica aziendale

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 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. Per la convenzionata, 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 i dati della lettura ottica delle ricette SSN e tempestivamente messi a disposizione sul SW Medico Digitale.

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.

Per l'anno 2025 si propone di definire con le Cooperative, che abbiano a disposizione un fondo realizzato dal risparmio farmaceutico dell'anno 2024, degli Accordi Progetti che vedano il coinvolgimento attivo della Cooperativa nelle campagne di promozione degli screening oncologici e che prevedano:

- 1) l'invio di sms o e-mail di 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.
- Ovvero altri accordi progetto finalizzati ad interventi relativi all'antibiotico resistenza e all'appropriatezza prescrittiva.

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 fino al 31/12/2025.

Art. 13

Sviluppo forme associative

1. In attesa dell'applicazione del nuovo ACN e della costituzione del Fondo aziendale dei fattori produttivi e del nuovo AIR, le richieste di associazionismo e/o indennità di collaboratore di



10

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.

2. L'indennità di associazionismo e l'indennità di collaboratore di studio o infermieristica saranno riconosciute dal primo giorno del mese successivo alla data di adozione dell'atto di riconoscimento economico dell'indennità, in relazione alla disponibilità economica del fondo.
3. 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.
4. 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.

Art. 14

Attività amministrativa necessaria per l'attività clinica

Indennità amministrativa CUP

1. I servizi amministrativi svolti dal personale di segreteria dei medici, 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.
 - c. Il compenso previsto per tutti i medici è fissato in 3,50 euro a prenotazione, con liquidazione trimestrale delle prestazioni effettuate al singolo medico.
I contratti ad ore attualmente in essere per i medici delle CDS sono regolati secondo quanto disposto dall'allegato A al presente accordo.
2. Le modalità di riconoscimento e remunerazione sono dettagliate 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 2025 dei medici aderenti alle stesse, quale loro unica forma di associazionismo, la cui cooperativa non abbia raggiunto gli obiettivi di spesa farmaceutica nell'anno 2024, sarà corrisposta a consuntivo, una volta verificato il raggiungimento dell'obiettivo di spesa per l'annualità 2025
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.
8. Il presente articolo potrà subire variazioni a decorrere dall'approvazione dell'AIR/2025.

Art. 16

Progetto di piattaforma informatico-telematica digitale di AFT

Per assicurare il 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, è costituito un Fondo AAA2025 ex CA pari a 300.000 €.

L'utilizzo del fondo terrà conto delle nuove indicazioni dell'AIR 2025 e sarà ripartito in misura uguale per ciascun medico in attività che abbia attivato la rete di AFT (ruolo unico, ciclo di scelta, ciclo orario).

Art. 16 bis

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. Il progetto di organizzazione dell'attività oraria e alle attività svolte dai medici ad attività oraria sarà redatto sulla base delle previsioni dell'AIR/2025.

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

TITOLO V

ORGANIZZAZIONE

Art. 17

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.18

Case della 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 CDC/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, in relazione alle attività delegate ai medici di 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.

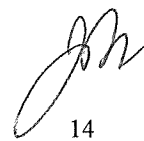
Art. 19

Distribuzione incentivi anno 2025

Il massimale individuale su cui verrà calcolata l'attribuzione degli incentivi per la retribuzione di risultato prevista dal presente accordo è stabilito in un numero comunque non superiore a 1800 assistiti. Gli incentivi verranno erogati in base al numero degli assistiti effettivi dell'anno 2025.

Entro maggio 2026 i risultati saranno condivisi con i coordinatori di AFT, previa valutazione da parte della comm/ne paritetica di verifica aziendale, per effettuare una verifica e successivamente presentati in Comitato Aziendale e verbalizzati.

Il pagamento verrà effettuato in un'unica soluzione entro settembre 2026.



ALLEGATO A -

Attività amministrativa necessaria per l'attività clinica

L'Azienda Toscana Centro, in considerazione del nuovo modello di organizzazione territoriale ai sensi del DM77 in attesa della definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, e delle Case di Comunità e al fine di facilitare il percorso di accesso del cittadino ai servizi sanitari e sociali, prevede di proseguire nel coinvolgimento della Medicina Generale in alcune funzioni amministrative da svolgere attraverso il proprio personale di segreteria, con lo scopo di considerare l'anno 2025 come un periodo di monitoraggio, raccolta dati, e valutazione al fine di definire standard e funzioni del modello.

Art. 1

Servizi amministrativi Indennità amministrativa CUP

1. I servizi amministrativi svolti dal personale di segreteria dei medici, sono i seguenti:
 - a. **la prenotazione** volta ad assicurare la prenotazione delle prestazioni richieste mediante collegamento diretto al CUP aziendale:
Cup 3.0
Zero code, in fase di predisposizione con la Regione Toscana.
 - 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. Ai medici che aderiscono verranno forniti bimestralmente i dati delle prenotazioni effettuate e il compenso previsto è fissato in 3,50 euro a prenotazione, con liquidazione trimestrale delle prestazioni effettuate al singolo medico.
6. Il monitoraggio dei dati delle prenotazioni effettuate nell'anno 2024 ha evidenziato che il costo del servizio con il riconoscimento di indennità ad ora di attività risultava disomogeneo in rapporto ai volumi di prestazioni effettuate tra i diversi medici, per cui dal 1 gennaio 2025 la modalità di pagamento per tutti i medici dell'Azienda viene uniformata e rapportata al numero di prenotazioni effettuate nell'anno, secondo il compenso previsto di 3.50 euro a prenotazione.
7. **Per l'anno 2025 per i medici presenti nelle CDS/CDC con accordo Cup attivo nel 2024 ai sensi dell'AAA2024, visto il procrastinarsi della stesura dell'AAA2025, l'accordo verrà prorogato e cesserà al 31/12/2025, mantenendo il pagamento ad ore e la relativa incentivazione come previsto nell'AAA2024**

Art. 2

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 attualmente in essere 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.



L'anno 2025 rappresenta un periodo utile per individuare lo *standard* dell'attività - oggetto di misurazione - rispetto alle ore attualmente riconosciute per lo svolgimento delle funzioni delegate. Nello stesso tempo, l'anno 2025 rappresenta altresì un periodo utile per valutare anche la possibilità di delegare ulteriori funzioni amministrative quali:

- il rilascio di attestato di esenzione per patologia, reddito e condizione.

In tale contesto la misurazione dei dati di attività, la presenza di servizi, il numero dei medici presenti rappresenterà il nuovo criterio per la definizione delle indennità, pertanto i contratti per le funzioni delegate in essere cesseranno al 31/12/2025.

L'azienda entro 30/10/2025, definirà un tavolo per la definizione di nuovo accordo, che dovrà essere stipulato entro il 31/12/2025. In caso non fossero concluse le trattative entro il 31/12/2025, restano vigenti le regole del precedente Accordo.

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.

