

Tra

la delegazione trattante di parte pubblica dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

e

la delegazione di parte sindacale della medesima azienda, costituita ex art. 15 dell'ACN 28 aprile 2022,

viene stipulato il seguente

**ACCORDO AZIENDALE ATTUATIVO
DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE EX DGR. N. 545/2023**

BOLLA

Premesso:

- che il rapporto convenzionale con i medici di medicina generale è attualmente regolato dall'accordo collettivo nazionale reso esecutivo il 28 aprile 2022;
- che, nelle more della sottoscrizione del nuovo accordo integrativo regionale triennale applicativo dell'atto di programmazione regionale, recante obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, con DGR n. 545 del 24 marzo 2023 è stato approvato l'accordo regionale inteso a stabilire modalità e criteri per l'attribuzione della quota variabile del compenso anno 2023 e dei residui degli incentivi ex art. 8 della DGR n. 39 del 15 gennaio 2016 nonché del fondo per la ponderazione delle quote capitarie;
- che l'accordo appena citato rinvia al livello aziendale la specificazione di progetti e obiettivi specifici e misurabili nonché indicatori di processo e/o di risultato relativamente a:
 1. funzioni e compiti assegnati alle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) da declinare utilizzando, ove possibile, gli indicatori LEA-CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) introdotti con il DM 12 marzo 2019 per monitorare gli obiettivi, favorire un *benchmarking* virtuoso per il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione e consentire la verifica – secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza – che tutti i cittadini della Regione ricevano le cure e le prestazioni rientranti nel LEA;
 2. obiettivi strategici regionali finalizzati al governo clinico, utilizzando, ove possibile, gli indicatori di cui sopra;
 3. risposta all'emergenza derivante dalla carenza di professionisti e garanzia della continuità clinica e/o miglioramento dell'accessibilità all'assistenza primaria;

le parti concordano quanto segue.

1. Quota variabile finalizzata alle funzioni e compiti assegnati alle AFT

Le parti, preso atto dell'individuazione delle funzioni e compiti assegnati alle AFT dal succitato accordo regionale, concordano di mantenere per l'anno 2023 il compenso annuo omnicomprendente di € 3,00 per assistito ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta aderenti alle attuali AFT (previste dall'AIR 2016-2018 e confermate dall'AIR ponte 2019) per lo svolgimento delle funzioni e compiti come di seguito articolati.

Obiettivo 1: aggiornamento delle conoscenze e confronto mediante audit tra pari su casi clinici e indicatori previsti dai successivi obiettivi

Indicatore:

partecipazione ad almeno [sette incontri di formazione rispetto ai dieci previsti dal calendario regionale \(nove incontri\)](#) e dalla [programmazione aziendale \(incontro sui temi della gastroenterologia\)](#).

Il conseguimento dell'obiettivo 1, il cui compenso è commisurato a € 1,00/assistito in ragione d'anno, è condizione per l'accesso ai successivi obiettivi 2 e 3 di AFT. In caso di incarico provvisorio e [temporaneo](#), il compenso è proporzionale alla durata del medesimo.

Obiettivo 2: presa in carico integrata del paziente cronico con diabete

La nota AIFA n. 100 ha stabilito la possibilità per il medico di famiglia di prescrivere a carico del SSN medicinali appartenenti agli inibitori del SGLT-2 e DPP4 e GLP-1 agonisti previa compilazione della scheda di valutazione e prescrizione.

Le Linee per la gestione del SSR 2023 in ambito territoriale prevedono iniziative volte a consolidare quanto avviato nel 2022 in tema di promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a favorire nel contempo l'impiego dei farmaci dal miglior costo-efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee-guida (es. rispetto della

nota 100, anticoagulanti orali e impiego di molecole a brevetto scaduto/prossima scadenza brevettuale, terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, rispetto nota 99 per BPCO, etc.).

Indicatori:

- a) partecipazione ad almeno un incontro formativo nel corso del 2023 organizzato dall'Azienda ovvero nell'ambito di incontri tra pari di distretto/AFT in cui venga discusso, con il supporto dello specialista diabetologo **e/o del farmacista aziendale**, il trattamento del diabete di tipo 2 con particolare riferimento a possibili priorità di impiego tra le molecole per la terapia del medesimo;
- b) estensione della presa in carico a cinque pazienti affetti da diabete di tipo II come previsto dal PDTA regionale del 2021 per la gestione integrata del diabete nell'adulto di tipo II e prosecuzione del *follow up* al paziente diabetico tipo II identificato nel 2022, documentata da cinque schede compilate e dalla condivisione dei pazienti con i servizi distrettuali **secondo le modalità utilizzate per gli obiettivi 2022**.

Il paziente diabetico deve essere:

- in buon compenso metabolico senza complicanze o con complicanze lievi e stabilizzate in terapia antidiabete orale e/o con insulina basale;
- esente da complicanze micro-macro vascolari medio-severe.

La presa in carico integrata è condivisa con i servizi territoriali **esistenti** (specialista diabetologo, infermiere dedicato, dietista, etc.).

In continuità col progetto 2022 ci si avvale della scheda di segnalazione utilizzata nel 2022 e dell'allegato consenso informato.

Il conseguimento dell'obiettivo è incentivato con il compenso di € 1,00/assistito in ragione d'anno.

Obiettivo 3: miglioramento degli indicatori di gestione dei pazienti per AFT

Indicatore:

è osservata una tendenza di miglioramento dei seguenti indicatori di gestione dei pazienti, complessiva per ciascuna AFT, rispetto al valore T_0 come definito mediante il modello "bersaglio", desumibili dai dati messi a disposizione dalla SOC Istituto di igiene ed epidemiologia valutativa (all. 1, tabelle 2-4):

- tasso di ricovero **sui pazienti ≥ 80 anni;**
- tasso di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche;
- numero accessi al pronto soccorso con codice di *triage* bianco o verde da lunedì a venerdì in orario 8.00-20.00 **sui pazienti ≥ 80 anni;**
- numero accessi al pronto soccorso con codice di *triage* bianco o verde da lunedì a venerdì in orario 20.00-8.00 **sui pazienti ≥ 80 anni;**
- percentuale di copertura della vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana.

Il conseguimento dell'obiettivo è **complessivamente** incentivato con il compenso di € 1,00/assistito in ragione d'anno, **equamente suddiviso tra i singoli indicatori**.

2. Obiettivi strategici regionali finalizzati al governo clinico

Le parti, preso atto dell'individuazione degli obiettivi strategici individuati dall'accordo regionale in tema di governo clinico, definiscono per ciascun punto le progettualità di seguito descritte, riferite al paragrafo 2 del medesimo accordo.

Ai fini della determinazione del compenso, fermo restando il valore della quota di cui all'art. 47, comma 2, lett. b) dell'ACN, come integrato ex DGR n. 545/2023, i restanti importi di cui al primo paragrafo del punto 2 della DGR in parola sono distribuiti in seguito alla rendicontazione dell'attività a utilizzo totale delle risorse disponibili, in quote equamente suddivise fra tutti gli obiettivi.

Obiettivo 1: fisiologica supplementazione della Vitamina D

La nota AIFA n. 96 evidenzia che «L'approccio più fisiologico della supplementazione con vitamina D è quello della somministrazione giornaliera con la quale sono stati realizzati i principali studi che ne documentano l'efficacia» così come recenti studi 1, 2, 3 annoverati nell'ambito delle raccomandazioni e avvertenze della Società italiana per l'osteoporosi, il metabolismo dei minerali e le malattie ossee (SIOMMMS)⁴, evidenziano che i regimi di somministrazione giornaliera sono più promettenti in termini di esiti scheletrici¹.

Le Linee per la gestione del SSR 2023 stabiliscono che le aziende diano corso alla «promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a favorire nel contempo l'impiego dei farmaci dal miglior costo efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee guida».

Indicatore:

DDD (o UI) colecalciferolo (in nota 96) in formulazione orale con somministrazione giornaliera > 25%
DDD (o UI) colecalciferolo (in nota 96) in formulazione orale

Qualora il risultato fosse già in linea, dovrebbe risultare migliorato il valore 2022.

L'identificazione del medico avviene sulla base del ricettario assegnato.

1 goccia=250 UI-Dose di mantenimento tra 1.000 e 2.000UI/die.

Obiettivo 2: ottimizzazione dell'impiego degli inibitori di pompa protonica

L'impiego degli inibitori di pompa protonica a carico del SSN è soggetto al rispetto delle note AIFA 1 e 48 che ne disciplinano l'uso appropriato. Spesso associati ad altre terapie farmacologiche, concorrono a incrementare la polifarmacoterapia e i rischi di interazioni tra i farmaci che la compongono.

Il sistema di misurazione Bersaglio ha da anni stimato il consumo medio pesato di tale tipologia di medicinali al fine di massimizzarne l'uso appropriato. Tale valore è puntualmente indicato nelle Linee per la gestione del SSR per l'anno 2023 quale obiettivo nell'ambito degli indicatori d'attività e di esito e obiettivi d'assistenza.

Indicatore (A+B):

A) Riduzione del consumo di unità posologiche del rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente misurato come numero unità posologiche (UP) su popolazione assistibile *pro capite* pesata. **Valore target < 10%**

$$\frac{\text{UP(IPP)2023}}{\text{Popolazione pro capite pesata 2023}} \quad \text{vs} \quad \frac{\text{UP(IPP)2022}}{\text{Popolazione pro capite pesata 2022}} \quad < 10\%$$

Qualora il valore fosse già inferiore o uguale a 25UP/popolazione assistibile pesata per medico, deve essere garantito il mantenimento.

B) Ottimizzazione dell'impiego dei confezionamenti a copertura delle terapie croniche

$$\frac{\text{Numero di confezioni da 28UP dato 2023}}{\text{Numero di confezioni totali da IPP}} \quad > \quad \frac{\text{Numero di confezioni da 28UP dato 2022}}{\text{Numero di confezioni totali da IPP}}$$

UP = unità posologiche

IPP = inibitori di pompa protonica

1. Fassio, A.; Adami, G.; Rossini, M.; Giollo, A.; Caimmi, C.; Bixio, R.; Viapiana, O.; Milleri, S.; Gatti, M.; Gatti, D., Pharmacokinetics of Oral Cholecalciferol in Healthy Subjects with Vitamin D Deficiency: A Randomized Open-Label Study. *Nutrients* 2020, 12, 1553

2. Bertoldo F.; Cianferotti L.; Di Monaco M.; Falchetti A.; Fassio A.; Gatti D.; Gennari L.; Giannini S.; Girasole G.; Gonnelli S.; Malavolta N.; Minisola S.; Pedrazzoni M.; Rendina D.; Rossini M.; Chiodini I.; Definition, Assessment, and Management of Vitamin D Inadequacy: Suggestions, Recommendations, and Warnings from the Italian Society for Osteoporosis, Mineral Metabolism and Bone Diseases (SIOMMMS) *Nutrients* 2022, 14(19), 4148; <https://doi.org/10.3390/nu14194148>

3. Yao, P.; Bennett, D.; Mafham, M.; Lin, X.; Chen, Z.; Armitage, J.; Clarke, R. Vitamin D and Calcium for the Prevention of Fracture: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw. Open* 2019, 2, e1917789

4. Jolliffe, D.A.; Camargo, C.A.; Sluyter, J.D.; Aglipay, M.; Aloia, J.F.; Ganmaa, D.; Bergman, P.; Bischoff-Ferrari, H.A.; Borzutzky, A.; Damsgaard, C.T.; et al. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory infections: A systematic review and meta-analysis of aggregate data from randomised controlled trials. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021, 9, 276-292

2023 = anno 2023

2022 = anno 2022

Obiettivo 3: contenimento della spesa farmaceutica dovuta alla somministrazione di farmaci biosimilari

Le Linee per la gestione del SSR 2023 stabiliscono che, nell'ambito delle categorie di farmaci per i quali è disponibile un'alternativa biosimile, le aziende assicurino azioni d'incentivazione dell'utilizzo dei medicinali che possano garantire ricadute economiche più favorevoli per il SSR. Tali azioni vanno rivolte a tutti gli ambiti assistenziali (specialistico-ospedaliero, territoriale e della continuità ospedale-territorio). L'Agenzia Italiana del Farmaco, come espresso nel secondo *Position paper* sui farmaci biosimilari, considera i biosimilari prodotti intercambiabili con i corrispondenti originatori (cosiddetto *switch*), tanto per i pazienti avviati per la prima volta al trattamento (*naïve*) quanto per quelli già in terapia.

L'EMA e l'HMA (*Heads of Medicines Agencies*, la rete dei direttori delle Agenzie per i medicinali) hanno rilasciato una dichiarazione congiunta confermando che i medicinali biosimilari approvati nell'Unione europea sono intercambiabili con il medicinale di riferimento o con un biosimilare equivalente [1].

I biosimilari costituiscono, rispetto ai loro originatori, un'opzione terapeutica aggiuntiva e consentono il trattamento di un numero maggiore di pazienti garantendo più salute a parità di risorse. Eventuali reazioni avverse (compresa la mancata efficacia del farmaco) osservate con il biosimilare, al pari di come avviene per il biologico, vanno segnalate alla nuova Rete di Farmacovigilanza (<https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/>).

~~Sono~~ È oggetto di valutazione:

- Insulina glargine;
- ~~— Insulina lispro.~~

Indicatore:

- Insulina glargine in formulazione 100 unità/ml: DDD biosimilare/DDD totale (biosimilare + biologico) $\geq 40\%$
- ~~— Insulina lispro 100 unità/ml: DDD biosimilare/DDD totale (biosimilare + biologico) $\geq 30\%$~~

~~L'obiettivo si intende conseguito al raggiungimento di entrambi gli indicatori.~~

Obiettivo 4: collaborazione alla definizione e presa in carico dei pazienti fragili

Il MMG collabora, per la parte di sua competenza, alla compilazione delle schede di valutazione Val.Graf.FVG, Q-VAD, Telesoccorso e delle altre schede regionali e nazionali finalizzate a definire la condizione di gravissima disabilità ex art. 3 DM 26 settembre 2016 per il Fondo non autosufficienza, e partecipa alle UVM dei casi complessi. Negli altri casi, compresi quelli per ingresso in RSA con modulo "Sollievo", è comunque tenuto a trasmettere al distretto/PUA le informazioni cliniche necessarie, anche nella forma di *Patient summary* per pazienti cronici/fragili.

Indicatore:

Nel 100% dei casi collabora all'identificazione del paziente fragile, compilando per la parte di competenza strumenti quali:

- scheda Val.Graf.FVG (paragrafo dedicato alla valutazione medica);
- scheda Q-VAD a favore degli ospiti disabili dei Centri diurni, residenziali o domiciliari e/o delle schede individuate a livello regionale/nazionale per Fondo non autosufficienza;
- scheda telesoccorso (modulo B copia del *Patient summary* e diario farmaci in caso di attivazione di agenda farmaci);
- verbale dell'unità di valutazione multiprofessionale (UVM).

Qualora il medico nel corso dell'anno non abbia mai ricevuto richieste riguardanti la casistica di cui sopra, l'obiettivo si intende comunque raggiunto.

Obiettivo 5: partecipazione dei MMG alle vaccinazioni e alle attività correlate al fine di garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale

Assumendo di far valere 10 punti l'obiettivo di cui trattasi:

a) *indicatore:*

A fronte di una copertura desiderabile da Piano nazionale prevenzione vaccinale pari al 75% e a una copertura in ASU FC per la stagione 2022-23 di circa il 60%, vaccinare contro l'influenza almeno il ~~65%/75%~~ dei propri assistiti che abbiano un'età \geq ~~75/65~~ anni all'avvio della campagna, secondo le indicazioni fornite dal Dipartimento di prevenzione nella campagna 2023-24 (da ottobre 2023 a gennaio 2024 compresi) e registrare le vaccinazioni eseguite nel Portale continuità della cura entro 10 giorni dalla vaccinazione:

- denominatore per il calcolo dell'indicatore: popolazione assistita con 65 anni compiuti all'avvio della campagna antinfluenzale;
- valore: 5 punti totali (5 se copertura \geq 65% o fino a esaurimento delle scorte aziendali di vaccino). **Qualora il valore di partenza sia pari o superiore al 65% deve essere registrato un miglioramento;**

b) *indicatore:*

A fronte di una copertura desiderabile da Piano nazionale prevenzione vaccinale pari al 75%, vaccinare contro lo pneumococco con vaccino 20valente nel corso di tutto il 2023 almeno il ~~50%/75%~~ della popolazione assistita nata nel 1957 e nel 1958 non già vaccinata dal Dipartimento di prevenzione e registrare le vaccinazioni eseguite nel Portale continuità della cura entro 10 giorni dalla vaccinazione:

- denominatore: popolazione nata nel 1957 e 1958 assistita dal MMG al 1° gennaio 2023 e non già vaccinata dal Dipartimento di prevenzione;
- valore: 3 punti totali (3 se copertura \geq 50%). **Qualora il valore di partenza sia pari o superiore al 50% deve essere registrato un miglioramento;**

c) *indicatore:*

A fronte di una copertura desiderabile da Piano nazionale prevenzione vaccinale pari al 50%, vaccinare contro l'*Herpes zoster* con due dosi di vaccino ricombinante adiuvato nel corso di tutto il 2023 almeno il 50% della popolazione assistita nata nel 1958 non già vaccinata dal Dipartimento di prevenzione, e registrare le dosi eseguite nel Portale continuità della cura entro 10 giorni dalla vaccinazione. Le due dosi devono essere distanziate di almeno due mesi l'una dall'altra:

- denominatore: popolazione nata nel 1958 assistita dal MMG all'1 gennaio 2023 e non già vaccinata dal Dipartimento di prevenzione;
- valore: 2 punti totali.

La formazione sull'uso dei suddetti vaccini è resa disponibile dal SISP mediante incontri da remoto.

Strategia consigliata:

- prima di settembre vaccinare la coorte 1958 per pneumococco e Herpes Zoster;
- dall'avvio della campagna antinfluenzale, vaccinare:
 - la coorte 1957 per pneumococco e influenza (anche in co-somministrazione);
 - la coorte 1958 per influenza e *Herpes zoster* (seconda dose);
 - tutte le coorti più anziane solo per influenza.

~~*Obiettivo 6: miglioramento della capacità della medicina territoriale di offrire una valida alternativa rispetto all'accesso al Pronto soccorso e all'ospedale*~~

~~*Indicatore:*~~

~~riduzione del 10% rispetto al valore T_0 sui pazienti \geq 80 anni, messo a disposizione dalla SOC Istituto di igiene ed epidemiologia valutativa, dei dati sugli accessi al pronto soccorso con codice bianco o verde nelle fasce orarie 20.00-8.00 e 8.00-20.00 (all. 1 tabella 7).~~

3. Risposta all'emergenza derivante dalla carenza di professionisti e garanzia della continuità clinica e/o miglioramento dell'accessibilità all'assistenza primaria

Azione 1: estensione ai medici con incarico provvisorio degli obiettivi di cui al punto 2

L'apporto dei singoli è valutato dal direttore del distretto in UDMG in relazione alla durata dell'incarico, con eventuale riproporzione laddove, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo, sia rilevante l'arco temporale di attività, con il limite minimo di tre mesi.

Azione 2: sostegno alle aree disagiate o disagiatissime e a situazioni caratterizzate da mancata copertura di posti carenti nell'anno precedente:

- Ai destinatari di incarico **provvisorio** o temporaneo nelle aree disagiate o disagiatissime ovvero nelle situazioni caratterizzate da mancata copertura di posti carenti nell'anno precedente è assegnato un contributo d'ingresso pari a € ~~1.000,00~~ **2.000,00 una tantum. In caso di rinuncia anticipata all'incarico il contributo è rimborsato all'Azienda;**
- Nelle sole zone disagiate e disagiatissime, è assegnato un contributo di € 4.000,00 per l'apertura o il mantenimento di un ulteriore ambulatorio in diverso comune dell'ambito, laddove risiedano gli assistiti.
- Nelle sole zone disagiate e disagiatissime, è attribuita a tutti i medici una maggiorazione del 10% degli incentivi corrisposti a fronte del conseguimento degli obiettivi di cui ai punti 1 e 2 del presente accordo.
- La quota capitaria è incrementata nella misura di € ~~4,00~~ **6,00** nelle zone disagiatissime e di € ~~2,00~~ **3,00** nelle zone disagiate.

Azione 3: modalità avanzate di esercizio della forma associativa (AFT) e altre misure

L'assistenza primaria a coloro che sono rimasti temporaneamente privi di medico nell'ambito del territorio del Comune, è garantita mediante ore ambulatoriali suppletive di attività concordate con il Distretto e svolte nelle sedi indicate, messe a disposizione dai medici che compongono l'AFT con retribuzione nella misura di € 60,00 all'ora, in caso di impossibilità di attribuire un incarico provvisorio in assenza dei parametri richiesti dall'ACN ovvero di impossibilità di reperire un medico disponibile a ricoprire un incarico provvisorio.

In caso di aumento del massimale oltre i 1.500 assistiti, la quota capitaria per le unità oltre i 1.500 e fino a 1.800 è parametrata alla quota dei primi 500 (€ 13,46 aggiuntivi).

Al fine di prevenire l'accesso improprio al Pronto Soccorso, è garantito l'incremento dell'orario di apertura ad accesso libero (ossia senza appuntamento) degli studi dei medici a ciclo di scelta per un'ora al giorno e per cinque giorni alla settimana. Tale disponibilità è remunerata mediante incremento della quota capitaria per € 3,00 per assistito all'anno. Il nuovo orario deve essere formalmente comunicato al direttore del distretto ai fini dell'informazione degli assistiti.

In caso di incapienza del finanziamento regionale a copertura delle indennità per i collaboratori di studio, ai medici che hanno provveduto all'assunzione secondo i parametri e per le finalità stabilite dalla normativa vigente non ancora beneficiari dell'indennità di collaboratore di studio spetta una quota di rimborso di € 12.000,00 su base annua **per le spese documentate**, fino a concorso di € 120.000,00 complessivi.

Azione 4: fondo situazioni di interventi di emergenza

Al fine di far fronte a eventuali interventi in caso di emergenza, da specificare successivamente in relazione alle necessità dell'assistenza a ciclo di scelta o ad attività oraria, è accantonato l'importo di € 100.000,00.

4. Reportistica, termini di valutazione e remunerazione degli obiettivi

Al fine di perseguire il miglioramento della qualità dell'assistenza e di garantire il monitoraggio in sede di AFT dello stato di avanzamento del conseguimento degli obiettivi, l'Azienda si impegna a fornire la reportistica **a cadenza** quadrimestrale.

Tutti gli obiettivi implicanti reportistica sono valutati in relazione all'ultimo report prodotto.

La remunerazione degli obiettivi ha luogo nella seconda mensilità utile in seguito alla valutazione dei dati, in relazione alla disponibilità tecnica dei medesimi.

Udine,

Parte pubblica

Dott. Denis Caporale

Dott. David Turello

Dott.ssa Angela Zanello

Parte sindacale

FIMMG, dott. Khalid Kussini

SMI, dott.ssa Maria Mainardis

SNAMI, dott. Stefano Vignando
