

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**

**MODIFICHE E INTEGRAZIONI SNAMI UDINE 22 luglio 2023**

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.

### **A. 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 omnicomprendivo 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~~ **comprendendo il calendario regionale (nove incontri) e ~~da~~lla programmazione aziendale (incontro sui temi della gastroenterologia; la convocazione all'incontro deve essere formalizzata e pervenire ai MMG almeno sette giorni prima della data fissata per la seduta AFT, la presenza dei singoli MMG agli incontri deve essere registrata e attestata a mezzo di verbale dal Coordinatore AFT. Qualora vi sia un incarico provvisorio e/o temporaneo, comprese le quiescenze, si considera come numero complessivo delle riunioni AFT il numero degli incontri nel quale il medico ha la possibilità, perché in servizio, a partecipare al fine del raggiungimento di almeno il 60% degli incontri.**

Il conseguimento dell'obiettivo 1, il cui compenso è commisurato a € 1,50/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~~ di 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 indicazioni del Direttore del Distretto condivise in UDMG, garantendo l'omogeneità a livello aziendale.

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.

Premesso che l'accesso ai servizi/ambulatori di diabetologia è libero per i pazienti affetti da D.M. (Codifica 013), 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' previsto l'utilizzo dell'allegato modello di scheda informatizzata e del consenso informato predisposti concordemente dalle parti firmatarie aggiornati, messi a disposizione dai Distretti entro trenta giorni dalla sottoscrizione del presente accordo.~~

Il conseguimento dell'obiettivo è incentivato con il compenso di € 0,75/assistito in ragione d'anno.

**Obiettivo 3: miglioramento degli indicatori di gestione dei pazienti a livello di AFT**

Indicatori:

- a) è osservata una riduzione pari almeno al 3% del tasso di prescrizione di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche complessiva per ciascuna AFT, rispetto al valore  $T_0$ , desumibile dai dati messi a disposizione dalla SOC Istituto di igiene ed epidemiologia valutativa. Il tasso di RM va calcolato al netto delle prescrizioni "suggerite" di cui il medico di medicina generale deve dare dimostrazione; **è auspicabile che il MMG di norma non trascriva le prestazioni di RM qualora indicate nei referti "istituzionali" dei Medici Specialisti che operano nelle Strutture Pubbliche e del Privato Accreditato e che prescriva solo quelle ritenute strettamente necessarie e/o condivise e appropriate; inoltre ai sensi del punto 6.4. della DGR. 2034/2015 e del punto 1.1.4 della DGR 1815/2019 "[...] le prestazioni conseguenti o connesse con l'attività erogata in regime libero professionale intramuraria (ALPI) possono ... essere prescritte solo su ricetta bianca e, quindi erogate con spese a carico del cittadino."**

**COMMENTO: quindi non di appropriatezza si tratta ma di "premiare" una MINORE prescrizione !!! come reagiranno gli assistiti (e le loro Associazioni a tutela) quando verranno a sapere che il loro MMG sarà premiato se prescriverà di meno ?**

- b) preso atto degli indicatori di accesso al pronto soccorso con codice di *triage* bianco o verde **\*\*\*** e sul tasso di ricovero distinte per fascia oraria, ciascuna AFT svolge un *audit* in esito al quale individua almeno due interventi di miglioramento (razionale, azioni previste, indicatori di esito) illustrati in apposito documento, da allegarsi alla relazione annuale dell'UDMG prevista dalla DGR n. 1963/2018. (**\*\*\*** Codici colore assegnati ex ante o ex post ? sarebbe opportuno istituire un tavolo di confronto con la presenza delle rappresentanze sindacali dei MMG).

Il conseguimento dell'obiettivo è incentivato con il compenso di € 0,75/assistito in ragione d'anno, equamente suddiviso tra i singoli indicatori.

I dati sono inviati all'UDMG entro quindici giorni dalla sottoscrizione dell'accordo.

L'Azienda si impegna a coinvolgere i gli specialisti rispetto all'obiettivo di cui trattasi e a fornire indicazioni condivise con le OO.SS. firmatarie del presente AAA sul ricorso agli accertamenti diagnostici e a incentivare l'uso del ricettario SSR da parte degli specialisti operanti sia nelle strutture pubbliche che private, con nota inviata entro il 15 settembre 2023.

## B. Obiettivi strategici regionali finalizzati al governo clinico

Gli obiettivi definiti nel presente paragrafo sono finanziati con le fonti di seguito riepilogate:

- risorse complessive aziendali relative alla quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico pari a € 4,74 integrata dalla Regione con la quota di € 3,26/anno per assistito;
- i residui di cui al punto 10 dell'AIR 2016-2018 relativi agli anni 2016, 2017 e 2018, che sono stati accantonati nel bilancio aziendale in attesa di indicazioni regionali sul loro utilizzo;
- le risorse complessive aziendali relative alle quote accantonate con separata evidenza in sede di chiusura del bilancio di esercizio anno 2022 derivanti dall'incremento a partire dall'1° ottobre 2022 di € 1,66 del fondo per l'effettuazione di specifici programmi come da indicazioni contenute nella nota prot. 139880 del 20 settembre 2022 della Direzione centrale salute pari a € 191.264,79.

### **Pertanto dette risorse assommano in totale a euro ..... (ad oggi non indicate !)**

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 liquidati in seguito alla rendicontazione dell'attività a utilizzo totale delle risorse disponibili, in quote equamente suddivise fra tutti gli obiettivi.

Agli obiettivi di seguito descritti corrisponde una valorizzazione percentuale precisata a margine di ciascuno.

### **Obiettivo 1: ottimizzazione dell'impiego degli inibitori di pompa protonica (peso 10%)**

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%

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

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

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

UP = unità posologiche

IPP = inibitori di pompa protonica

2023 = anno 2023

2022 = anno 2022

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di cui trattasi, l'Azienda si impegna a inviare una nota illustrativa agli specialisti dipendenti, agli specialisti convenzionati e alle strutture private convenzionate, estesa per conoscenza alle organizzazioni sindacali **richiamando anche i vincoli contenuti nell'art. 15 decies del D.lgs. 229/1999.**

**DOMANDA:** e se un MMG raggiungesse solo uno dei due sotto-obiettivi, quale l'incentivo ?

**COMMENTO:** quindi non di appropriatezza si tratta ma di "premiare" una **MINORE prescrizione !!!** come reagiranno gli assistiti (e le loro Associazioni a tutela) quando verranno a sapere che il loro MMG sarà premiato se prescriverà di meno ?

**Obiettivo 2: contenimento della spesa farmaceutica dovuta alla somministrazione di**

### **farmaci biosimilari (peso 10%)**

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/#/>).

È oggetto di valutazione l'insulina glargine.

#### Indicatore:

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

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di cui trattasi, l'Azienda si impegna a inviare una nota illustrativa **(ENTRO QUANDO ?)** agli specialisti dipendenti, agli specialisti convenzionati e alle strutture private convenzionate, estesa per conoscenza alle organizzazioni sindacali nonché a promuovere un incontro tra i medici di assistenza primaria e i dirigenti medici di diabetologia.

### **Obiettivo 3: collaborazione alla definizione e presa in carico dei pazienti fragili (peso 40%)**

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, utilizzando per la parte di competenza per l'identificazione del paziente fragile si utilizzano, previo consenso al trattamento dei dati sanitari raccolto dal Distretto,~~ 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 scritte riguardanti la casistica di cui sopra, l'obiettivo si intende comunque raggiunto.

### **Obiettivo 4: 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 (peso 20% + 20%)**

#### 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 **75 60%** dei propri assistiti ~~che abbiano un'età  $\geq 75$  anni all'avvio della campagna,~~ **nati prima del 01.01.1948** secondo le indicazioni fornite **(QUANDO ?)** 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 **(perché ?)** dalla vaccinazione:

- denominatore per il calcolo dell'indicatore: popolazione target (**nati prima del 01.01.1948**) ~~assistita con 75 anni compiuti all'avvio della campagna antinfluenzale;~~
- valore: 100% se copertura  $\geq 60\%$  o fino a esaurimento delle scorte aziendali di vaccino, in proporzione  $< 60\%$  ma  $\geq 50\%$ ; 0 se copertura  $< 50\%$ .

b) indicatore:

A fronte di una copertura desiderabile da Piano nazionale prevenzione vaccinale pari al **75 70%**, vaccinare contro lo pneumococco nel corso di tutto il 2023 almeno il 60% dei propri assistiti **con 65 anni compiuti all'1° gennaio 2023 non già vaccinata dal Dipartimento di prevenzione** e registrare le vaccinazioni eseguite nel Portale continuità della cura entro 10 giorni dalla vaccinazione **(perché ?)**:

- denominatore: popolazione assistita con 65 anni compiuti all'1° gennaio 2023 ~~e non già vaccinata dal Dipartimento di prevenzione;~~
- valore: 100% se copertura  $\geq 60\%$  o fino a esaurimento delle scorte aziendali di vaccino, in proporzione  $< 60\%$  ma  $\geq 50\%$ ; 0 se copertura  $< 50\%$ .

**Non saranno ovviamente vaccinati gli assistiti appartenenti alla popolazione target come sopra definita già vaccinati dal Dipartimento di prevenzione ma gli stessi rientrano nella quota del 60%.**

La formazione sull'uso dei suddetti vaccini è resa disponibile dal SISP mediante incontri da remoto o tutorial su supporto informatico.

**Il MMG in caso di diniego a sottoporsi alla vaccinazione da parte dell'assistito, si fa sottoscrivere dallo stesso il diniego a sottoporsi alla vaccinazione proposta: in tal caso il paziente viene escluso dal denominatore.**

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

Gli obiettivi definiti nel presente paragrafo sono finanziati con le risorse indicate nell'AIR reso esecutivo con DGR n. 545 del 24 marzo 2023 che assommano ad euro 2.498.004,76.

#### **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 € 3.000,00 *una tantum*. In caso di rinuncia anticipata all'incarico il contributo è rimborsato all'Azienda in misura proporzionale;
- 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.
- La quota capitaria è incrementata nella misura di € 6,00 nelle zone disagiatissime e di € 3,00 nelle zone disagiate.

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

- a. 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 concordate**, messe a disposizione dai medici che compongono l'AFT con retribuzione nella misura di € 60,00 all'ora fino a un importo massimo complessivo di € 200.000,00, in caso di impossibilità di attribuire un incarico provvisorio/**temporaneo** in assenza dei parametri richiesti dall'ACN ovvero di impossibilità di reperire un medico disponibile a ricoprire un incarico provvisorio e in presenza del mancato incremento dei massimali.

**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); L'AIR DGR. 545/2023 non prevede alcun obiettivo/finanziamento per tale punto !!!**

- b. Al fine di prevenire l'accesso improprio al Pronto Soccorso, è garantito l'incremento dell'orario di apertura degli studi dei **medici MMG** a ciclo di scelta per **un'ora al giorno e per cinque giorni 5 ore** alla settimana rispetto a quanto previsto dal comma 5 dell'art. 35 dell'ACN vigente. Qualora tale modalità non sia già prevista nella programmazione giornaliera, l'orario aggiuntivo deve prevedere accesso libero, ossia senza appuntamento **ma previo preventivo contatto telefonico con lo studio e solamente per** esigenze indifferibili. Tale disponibilità è remunerata mediante incremento della quota capitaria per € **3,50 4,50** per assistito all'anno. Il nuovo orario deve essere formalmente comunicato al Direttore del Distretto ai fini dell'informazione degli assistiti, ai quali è reso noto anche in occasione dell'eventuale accesso alle sedi di pronto soccorso/punto di primo intervento.
- c. 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 da impiegare in 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.

#### **Azione 5: azioni propedeutiche al nuovo assetto dell'assistenza territoriale**

~~I medici a rapporto orario intervengono, in caso di necessità e su chiamata delle strutture di cure intermedie (hospice, ospedali di comunità, speciali unità di assistenza protratta, strutture di post-acuzie territoriale, ecc.) insistenti nel territorio del distretto di afferenza della sede di continuità nonché in carcere e presso il centro di accoglienza per immigrati, negli orari in cui il medico dedicato non è presente ed è attivo il servizio di continuità assistenziale. A fronte di tale disponibilità è previsto un incremento della tariffa oraria nella misura di € 3,50.~~

Ai MMG ad attività oraria in servizio nelle sedi SCA situate nelle aree disagiate o disagiatissime e in presenza di situazioni caratterizzate da mancata copertura delle sedi viene riconosciuto l'incremento di 10,00 €/ora a far data dal 01.07.2023.

#### **D. 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.

~~Il premio incentivante è rapportato ai mesi di effettivo servizio.~~

~~Si precisa che ai fini dell'erogazione del compenso annuo per il calcolo della quota incentivante individuale, si fa riferimento alla media degli assistiti nel periodo di attività (somma assistiti per mese / mesi di attività).~~

~~La remunerazione degli obiettivi ha luogo nella seconda mensilità utile in seguito alla valutazione dei dati, in relazione alla disponibilità tecnica dei medesimi. **CERTO, ALLE CALENDE !!!**~~

**La liquidazione degli obiettivi di cui al Paragrafo A. avviene nel rispetto della tempistica prevista dal vigente AIR 2016 - 2018.**

**La liquidazione degli obiettivi di cui al Paragrafo B. ha luogo nella seconda mensilità utile a seguito alla valutazione congiunta in Comitato aziendale del grado di raggiungimento degli obiettivi con seduta da svolgersi entro il 30 aprile 2024.**

**La liquidazione degli obiettivi di cui al paragrafo C. - azione 3 lett. b) deve avvenire mensilmente nella misura di 1/12 dal momento della comunicazione da parte del MMG all'Azienda dell'adeguamento dell'orario di apertura dello studio; per gli altri obiettivi del paragrafo C. avviene nella seconda mensilità utile in seguito alla valutazione congiunta in Comitato aziendale del grado di raggiungimento degli obiettivi entro il 30 aprile 2024.**

Le parti si impegnano a monitorare l'impiego delle risorse nel mese di novembre 2023.

**L'Azienda concorda con le OO.SS. sull'impegno di favorire l'aumento del massimale oltre i 1.500 assistiti su base volontaria: pertanto a partire dal 01.07.2023 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).**

Udine,

**Parte pubblica**

Dott. Denis Caporale

---

Dott. David Turello

---

Dott.ssa Angela Zanello

---

Dott.ssa Anna Paola Agnoletto

---

**Parte sindacale**

FIMMG, dott. Khalid Kussini

---

SMI, dott.ssa Maria Mainardis

---

SNAMI, dott. Stefano Vignando

---

CISL Medici, dott. Nicola Ventrella

---