

**TABELLA SINOTTICA CREATA DA SNAMI 27/09/2023**

**1. Quota variabile finalizzata alle funzioni e compiti assegnati alle AFT 2023**

	Obiettivo	Attività	Indicatore	compenso
<b>A</b>	<b>Aggiornamento delle conoscenze e confronto mediante audit tra pari su casi clinici e indicatori previsti dai successivi obiettivi</b>	Sono previsti dieci incontri: nove dal calendario regionale (ARCS – Ceformed) e uno dalla programmazione aziendale sui temi della gastroenterologia.	Partecipazione ad almeno 7 (SETTE) incontri svolti nel 2023. <b>SNAMI:</b> il Coordinatore AFT registrata ed attestata la presenza a mezzo di verbale che è inviato al Direttore del Distretto di afferenza.	<b>1,50 €</b>
<b>B</b>	<b>Presa in carico integrata del paziente cronico con diabete</b>	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) Presa in carico 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 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.	a) Presenza dei singoli MMG.  b) E’ previsto l’utilizzo degli allegati modelli di scheda per la presa in carico e per il consenso informato.	<b>0,75 €</b>
<b>C</b>	<b>Miglioramento degli indicatori di gestione dei pazienti a livello di AFT</b>	Ai fini del miglioramento dell’appropriatezza, preso atto degli indicatori di accesso al pronto soccorso con codice di triage bianco o verde, del tasso di ricovero distinto per fascia oraria e del tasso di prescrizione di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche complessivi per ciascuna AFT, rispetto al valore T0 desumibile dai dati messi a disposizione dalla SOC Istituto di igiene ed epidemiologia valutativa, ciascuna AFT svolge almeno un audit e consegue un miglioramento prescrittivo.	a) evidenza del documento, da allegarsi alla relazione annuale dell’UDMG prevista dalla DGR n. 1963/2018, contenente le azioni di miglioramento previste (razionale, azioni, indicatori di esito) sui tre temi sopra citati; b) riduzione del tasso di prescrizione di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per ciascuna AFT rispetto al valore T0 desumibile dai dati	<b>0,75 €</b>

			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.	
--	--	--	---	--

## 2. Obiettivi strategici regionali finalizzati al governo clinico

Obiettivo	Attività	Indicatore	Peso totale: 100 punti
<b>A</b> <b>Ottimizzazione dell'impiego degli inibitori di pompa protonica (PPI)</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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 &lt; 10%;</p> <p>B. Ottimizzazione dell'impiego dei confezionamenti a copertura delle terapie croniche.</p> <p>IPP - Numero di confezioni da 28UP dato anno 2023 &gt; IPP - Numero di confezioni da 28UP dato anno 2022</p> <p>UP = unità posologiche IPP = inibitori di pompa protonica</p>	<b>10//100</b>
<b>B</b> <b>Contenimento della spesa farmaceutica dovuta alla somministrazione di farmaci biosimilari</b>	<p>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.</p> <p>È oggetto di valutazione l'insulina glargine.</p>	<p>Insulina glargine in formulazione 100 unità/ml: DDD biosimilare/DDD totale (biosimilare + biologico) <math>\geq</math> 40%</p>	<b>10//100</b>

C	<b>Collaborazione alla definizione e presa in carico dei pazienti fragili</b>	<p>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.</p> <p>Negli altri casi, compresi quelli per ingresso in RSA con modulo “Sollievo”, è comunque tenuto a trasmettere al distretto/PUA le informazioni cliniche necessarie, qualora richieste, eventualmente anche nella forma di Patient summary per pazienti cronici/fragili.</p>	<p>Il MMG collabora nel 100% dei casi all’identificazione del paziente fragile per la parte di competenza, utilizzando strumenti quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- scheda Val.Graf.FVG (paragrafo dedicato alla valutazione medica);</li> <li>- 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;</li> <li>- scheda telesoccorso (modulo B copia del Patient summary e diario farmaci in caso di attivazione di agenda farmaci);</li> <li>- verbale dell’unità di valutazione multiprofessionale (UVM).</li> </ul> <p>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.</p>	<b>40//100</b>
D	<b>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</b>	<p>a. Effettuazione della vaccinazione <b>anti influenzale</b> nei propri assistiti nati prima del 01.01.1949 secondo le indicazioni fornite dal Dipartimento di Prevenzione per la campagna 2023-24 (da ottobre 2023 a gennaio 2024 compresi).</p>	<p>A fronte di una copertura desiderabile da Piano Nazionale Prevenzione vaccinale pari al 75% degli ultra-65enni e a una copertura in ASU FC per la stagione 2022-23 di circa il <b>60%</b>, vaccinare contro l'<b>influenza</b> almeno il <b>65%</b> dei propri assistiti ultra-75enni (nati prima del 01.01.1949) 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 <u>entro 10 giorni</u> dalla vaccinazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- denominatore per il calcolo dell’indicatore: popolazione target (nati prima del 01.01.1949);</li> <li>- valore: 100% se copertura <math>\geq 65\%</math> o fino a esaurimento delle scorte aziendali di vaccino, in proporzione <math>&lt; 65\%</math> ma <math>\geq 50\%</math>; 0 se copertura <math>&lt; 50\%</math>.</li> </ul> <p>L'obiettivo va rimodulato nel caso di modifiche dell'attuale organizzazione della campagna vaccinale antinfluenzale con la creazione di centri vaccinali.</p>	<b>20//100</b>

	<p><b>L'obiettivo si intende comunque raggiunto nel caso in cui la fornitura dei vaccini sia insufficiente rispetto al fabbisogno</b></p>	<p>b. Effettuazione vaccinazione antipneumococcica ai propri assistiti nati entro il 31.12.1958 secondo le indicazioni fornite dal Dipartimento di Prevenzione nella campagna 2023-2024 (da ottobre 2023 a gennaio 2024 compresi).</p>	<p>A fronte di una copertura desiderabile da Piano nazionale prevenzione vaccinale pari al 75%, vaccinare contro lo <b>pneumococco</b> nel corso di tutto il 2023 almeno il <b>60%</b> dei propri assistiti nati entro il 31.12.1958 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– denominatore: popolazione assistita nata entro il 31.12.1958;</li> <li>– valore: 100% se copertura <math>\geq 60\%</math> o fino a esaurimento delle scorte aziendali di vaccino, in proporzione <math>&lt; 60\%</math> ma <math>\geq 50\%</math>; 0 se copertura <math>&lt; 50\%</math>.</li> </ul> <p>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%.</p>	<p><b>20/100</b></p>
--	---	--	---	----------------------

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

	<b>Obiettivo</b>	<b>Attività</b>
<b>A</b>	<b>Estensione ai medici con incarico provvisorio degli obiettivi di cui al punto 2, già previsti per gli incarichi temporanei e di titolarità</b>	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.
<b>B</b>	<b>Sostegno alle aree disagiate o disagiatissime e a situazioni caratterizzate da mancata copertura di posti carenti nell'anno precedente</b>	<p>a. 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.</p> <p>b. Nelle sole zone disagiate e disagiatissime, è assegnato un contributo di € 4.000,00 per l'apertura o il mantenimento di un ulteriore studio in diverso comune dell'ambito, laddove risiedano gli assistiti.</p> <p>c. La quota capitaria è incrementata nella misura di € 6,00 nelle zone disagiatissime e di € 3,00 nelle zone disagiate.</p>
<b>C</b>	<b>Modalità avanzate di esercizio della forma associativa (AFT) e altre misure</b>	<p>a. L'assistenza primaria a ciclo di scelta a coloro che sono rimasti temporaneamente privi di MMG nell'ambito di scelta, 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, compresi i MMG ad attività oraria, 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.</p> <p>b. Al fine di prevenire l'accesso improprio al Pronto Soccorso, è garantito l'incremento dell'orario di apertura degli studi dei MMG a ciclo di scelta per un'ora al giorno e per cinque giorni 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 per esigenze indifferibili. Tale disponibilità è remunerata mediante incremento della quota capitaria per € 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.</p> <p>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 € 150.000,00 complessivi.</p> <p>d. Esperite tutte le procedure di assegnazione degli incarichi, qualora risultino assistiti rimasti temporaneamente privi di assistenza primaria, le parti concordano di far fronte all'emergenza anche mediante il ricorso all'aumento temporaneo del massimale su base volontaria. 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).</p>

<b>D</b>	<b>Fondo da impiegare in situazioni di interventi in emergenza</b>	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
<b>E</b>	<b>Azioni propedeutiche al nuovo assetto dell'assistenza territoriale</b>	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 € 4,376 per un totale di € 31,00 lordi/ora. L'Azienda avvia il progetto di riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale al fine di migliorarne l'efficienza.

#### **4. Reportistica, termini di valutazione, liquidazione 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.

Ai fini del calcolo della quota incentivante individuale per i medici a ciclo di scelta il cui rapporto, anche provvisorio o temporaneo, sia iniziato o terminato in corso d'anno, la retribuzione è rapportata ai mesi di effettivo servizio durante l'anno e alla media degli assistiti in carico.

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

La liquidazione degli obiettivi ha luogo nella seconda mensilità utile in seguito alla valutazione dei dati, in relazione alla disponibilità tecnica dei medesimi, entro i termini e le modalità previste dalla DGR n. 545/2023.

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

#### **5. Ulteriori impegni della parte pubblica**

La parte pubblica si impegna ad avviare la trattativa ai fini della definizione degli obiettivi degli uffici distrettuali per la medicina generale entro il 15 ottobre 2023.

La parte pubblica si impegna ad avviare percorsi attuativi sui seguenti temi entro il 31 dicembre 2023:

- revisione dell'offerta di specialistica ambulatoriale al fine di ridurre i tempi di attesa e migliorare l'appropriatezza prescrittiva nelle diverse discipline specialistiche anche attraverso indicazioni operative e incontri diretti agli specialisti dipendenti e convenzionati e ai medici di medicina generale;
- promozione di un incontro con i referenti CUP aziendali sui temi delle priorità e revisione delle avvertenze-operatori in esito ai tavoli tecnici per disciplina;
- inserimento dei medici del ruolo unico di assistenza primaria già titolari di incarico di continuità assistenziale nelle aggregazioni funzionali territoriali dei medici di medicina generale secondo quanto previsto dall'art. 126 della legge regionale 9 giugno 2022, n. 8.

La parte pubblica si impegna a definire la revisione del modello organizzativo della continuità assistenziale secondo quanto previsto dalla DGR n. 1597/2022.

La parte pubblica si impegna, infine, a portare nelle sedi di confronto contrattualmente previste le misure idonee a mitigare l'emergenza derivante dalla carenza di professionisti.

s.e.o.