

Accordo per l'anno 2012/2013 tra l'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" ed i Medici di medicina generale

1. Quadro normativo di riferimento

Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale reso esecutivo, in data 29 luglio 2009, mediante intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano.

Accordi integrativi regionali sottoscritti dall'Assessore regionale alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali e dalle Organizzazioni sindacali e recepiti con le delibere di Giunta regionale di seguito indicate :

1. D.G.R. n. 269 dd. 20.02.2006 di recepimento degli Accordi stipulati il 15.12.2005 e il 9.2.2006;
2. D.G.R. n. 2009 dd. 31.08.2006 di recepimento dell'Accordo stipulato il 13.07.2006
3. D.G.R. n. 2207 dd. 21.09.2007 di recepimento dell'Accordo stipulato il 07.09.2007;
4. D.G.R. n. 818 dd. 08.05.2008 di recepimento dell'Accordo stipulato il 19.03.2008;
5. D.G.R. n. 2179 dd. 30.09.2009 "Accordo modificativo e accordo integrativo dell'Accordo regionale del 15.12.2005, e successive intese, attuativo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale";
6. D.G.R. n. 2479 del 15/12/2011 di approvazione del primo stralcio dell'AIR sottoscritto il 06/12/2011
7. Delibera di generalità della G.R. n. 629 del 13 aprile 2012, protocollo di indirizzi per la trattativa regionale preliminare all'Accordo integrativo regionale in particolare per quanto riguarda il punto 8;
8. D.G.R. n. 1644 del 20/9/2012 Approvazione dell'accordo integrativo regionale - primo stralcio attuativo del "protocollo di indirizzi per la trattativa regionale preliminare all'accordo integrativo regionale" stipulato in data 29/3/2012 - per i medici di medicina generale,

2. Obiettivi regionali anno 2012/2013

Nelle more della conclusione della trattativa regionale per la parte residuale dell'accordo integrativo regionale e con il vincolo di modificare gli obiettivi del presente accordo per adeguarli alle disposizioni derivanti dal nuovo AIR, una volta sottoscritto ed operativo, si confermano gli obiettivi dei precedenti AIR per le parti che non sono normate dalla D.G.R. 1644/2012. Con il presente atto si recepiscono interamente gli obiettivi 2012/2013 della citata D.G.R. 1644/2012.

2.1 sviluppo delle forme associative relative alla Medicina generale

Alla data del 01.01.2012 risultavano operanti e remunerate nell'A.S.S. n. 4 "Medio Friuli":

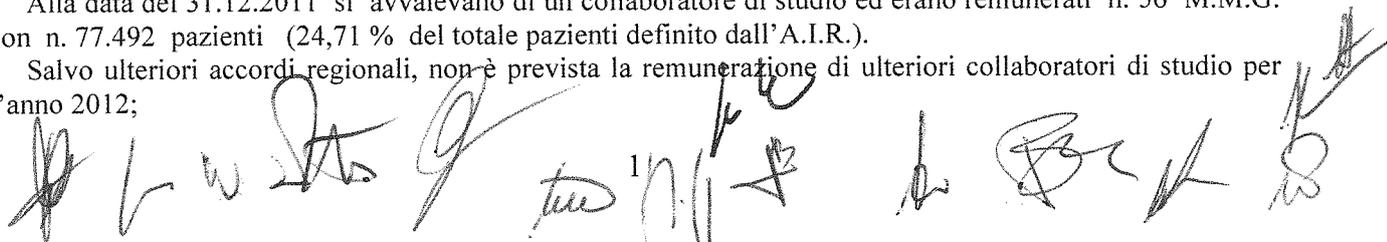
- n. 7 **associazioni semplici** con n. 22 MMG e n. 27.965 pazienti in carico (8,92 % del totale pazienti definito dall'A.I.R.);
- n. 14 **medicine in rete** con n. 50 MMG e 60.804 remunerati, con applicazione della riduzione a 1.300 stabilita dall'A.I.R. (19,39% del totale pazienti definito dall'A.I.R.);
- n. 22 **medicine di gruppo** con n. 68 MMG n. 79.509 remunerati, con applicazione della riduzione a 1.300 stabilita dall'A.I.R. (25,35 % del totale pazienti definito dall'A.I.R.);
- è stato raggiunto il tetto del 41% della popolazione aziendale assistita fissato dall'A.I.R. per le forme associative (rete e gruppo), pertanto, le nuove domande di associazionismo presentate e tuttora giacenti potranno essere accolte e remunerate solo previa autorizzazione della D.C.S.I.S.P.S.;
- vedi Fondi punto 5 per la parte finanziaria.

2.2 miglioramento degli standard dell'attività ambulatoriale del Medico di medicina generale

a) utilizzo del Collaboratore di studio

Alla data del 31.12.2011 si avvalevano di un collaboratore di studio ed erano remunerati n. 56 M.M.G. con n. 77.492 pazienti (24,71 % del totale pazienti definito dall'A.I.R.).

Salvo ulteriori accordi regionali, non è prevista la remunerazione di ulteriori collaboratori di studio per l'anno 2012;



- vedi Fondi punto 5 per la parte finanziaria.

b) utilizzo dell' Infermiere

Alla data del 31.12.2011 si avvalevano di un infermiere n. 5 M.M.G. con n. 7.067 pazienti (1,58 % del totale pazienti definito dall'A.I.R.).

Salvo ulteriori accordi regionali, non è prevista la remunerazione di ulteriori infermieri per l'anno 2012;

- vedi Fondi punto 5 per la parte finanziaria.

c) informatizzazione dello studio medico

Alla data del 31.12.2011 l'indennità prevista per l'informatizzazione dello studio medico era riconosciuta a n. 222 M.M.G.

Nel 2012 possono essere presentate e remunerate ulteriori domande per l'informatizzazione.

- vedi Fondi punto 5 per la parte finanziaria.

2.3 adesione ai progetti inerenti all'Area 2, obiettivi 2 e 3 dell' Accordo integrativo regionale stipulato il 15.12.2005.

Si confermano le adesioni ai progetti espresse dai MMG nell'anno 2009:

- n. 279 M.M.G. hanno aderito al progetto "Vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica";
- n. 276 M.M.G. hanno aderito al progetto "Screening oncologici";
- n. 272 M.M.G. hanno aderito al progetto "Governo delle liste di attesa: applicazione criteri di priorità";

Il progetto, nelle more della definizione da parte dell'Accordo integrativo regionale di nuovi obiettivi, verrà gestito nel 2012 con le stesse modalità del 2009.

- vedi Fondi punto 5 per la parte finanziaria.

3. Obiettivi aziendali 2012

Gli obiettivi più avanti descritti saranno raccolti in una scheda individuale che verrà trasmessa a ciascun Medico di medicina generale entro un mese dalla sottoscrizione del presente accordo; ciascun Medico sottoscriverà la scheda indicando, quando necessario, i progetti a cui intende aderire e la restituirà al Distretto di competenza che provvederà ad inviarlo alla SOC Politiche del territorio.

Elenco degli obiettivi aziendali:

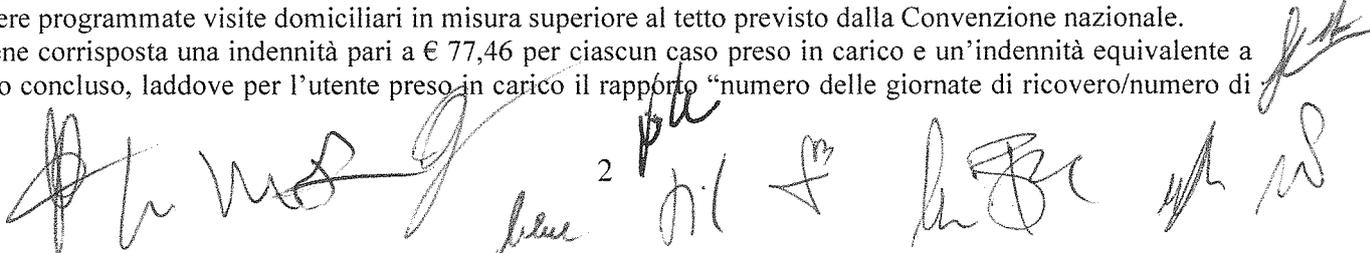
1. assistenza domiciliare al malato terminale
2. assistenza medica all'interno di RSA e di Hospice
3. partecipazione ad attività formative o di aggiornamento a livello distrettuale
4. partecipazione dei Medici di continuità assistenziale all'attività degli UDMG
5. promozione di attività correlate alla medicina di iniziativa nel campo del diabete e della BPCO
6. percorsi terapeutici per l'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia

3.1 Assistenza domiciliare al malato terminale

Il progetto è rivolto ai MMG, e punta a rafforzare l'assistenza domiciliare integrata a favore delle persone con breve aspettativa di vita, evitando l'ospedalizzazione e favorendo il mantenimento dell'assistito al proprio domicilio.

La presa in carico ha inizio dopo l'elaborazione del programma assistenziale in UVD, nel quale possono essere programmate visite domiciliari in misura superiore al tetto previsto dalla Convenzione nazionale.

Viene corrisposta una indennità pari a € 77,46 per ciascun caso preso in carico e un'indennità equivalente a caso concluso, laddove per l'utente preso in carico il rapporto "numero delle giornate di ricovero/numero di

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a '2' in the center, and several other initials and signatures on the right.

giornate di assistenza domiciliare" (periodo di presa in carico) sia inferiore al 25% e il numero complessivo di giornate in Assistenza domiciliare sia pari o superiore a 14.

L'importo relativo alla presa in carico non include la partecipazione all'UVD.

Le visite programmate sono autorizzate e remunerate secondo la tariffa prevista dalle norme contrattuali vigenti al momento della prestazione.

Per i Distretti di Cividale del Friuli e di Tarcento, si prevede la possibilità di attivare la disponibilità telefonica prefestiva/festiva per i MMG che seguono pazienti terminali a domicilio di particolare complessità. Previa autorizzazione distrettuale, per i casi che vengono seguiti con tale modalità, viene corrisposta un'indennità di € 25,82 per ciascun turno di disponibilità telefonica prefestiva/festiva. Questa modalità potrà essere attivata sperimentalmente anche negli altri distretti.

Consuntivo 2011 : € 107.464,43 = + ENPAM

Preventivo 2012: € 150.000,00 = + ENPAM

Finanziamento a carico del bilancio aziendale.

3.2 Assistenza medica all'interno di RSA e di Hospice

Le parti concordano che è prioritario dare continuità al servizio già in essere nelle RSA di Codroipo e di Udine e nell'Hospice di Martignacco, valorizzando le esperienze acquisite dai MMG che prestano servizio nelle strutture in base all'Accordo integrativo aziendale sottoscritto per la prima volta nel 2007 ed a cui si fa riferimento per i principi generali.

Con le stesse modalità attuative definite con il presente accordo, il servizio potrà essere attivato anche in altre strutture aziendali, fatta salva la disponibilità dei MMG interessati.

Il progetto è rivolto ai MMG dei distretti interessati ed ai Medici della continuità assistenziale. I professionisti sono individuati con le modalità più avanti descritte.

Il progetto ha i seguenti obiettivi:

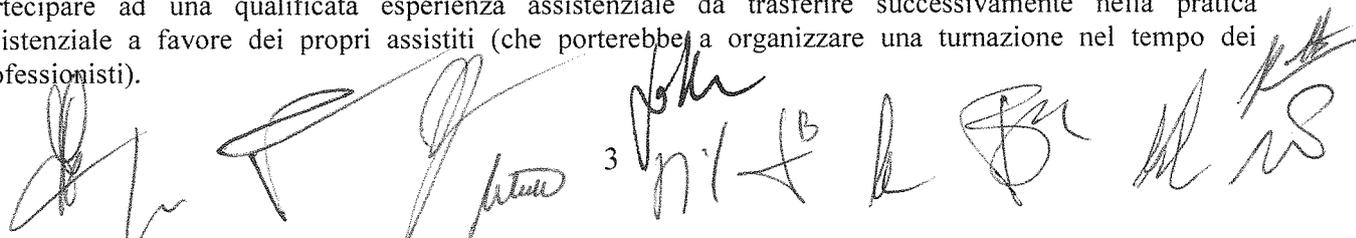
1. garantire la copertura dell'assistenza medica nelle strutture coinvolte secondo le modalità organizzative definite in sede distrettuale
2. favorire la collaborazione tra professionisti del territorio
3. promuovere la responsabilizzazione del distretto nella gestione e conduzione delle strutture intermedie.

In relazione alle caratteristiche degli ospiti e della logistica dell'Hospice verrà richiesta a tutti i MMG coinvolti nel progetto il coinvolgimento nella pronta disponibilità notturna e festiva, integrata con la continuità assistenziale. Le modalità di effettuazione e di integrazione con la MCA vengono definite con il regolamento di funzionamento dell'hospice. La remunerazione di questa attività è uguale a quella del personale dipendente.

La selezione dei MMG disponibili a prestare servizio e l'assegnazione degli incarichi è effettuata dal Direttore di distretto che riferisce all'UDMG. I MMG che sono interessati a prestare servizio nell'RSA e nell'Hospice, possono presentare le proprie credenziali al Direttore di distretto al massimo entro 3 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo. Nella selezione dei candidati vengono considerati i seguenti elementi:

1. Anzianità di servizio come MMG
2. Specializzazione nell'area internistica o chirurgica
3. Adesione a forme associative attivate ed operanti
4. Precedenti esperienze professionali di almeno 6 mesi, di tutoraggio o di coordinamento in reparti geriatrici, lungo-degenza, medicina generale, RSA ed Hospice o come medico esclusivo di strutture residenziali per anziani
5. Attività di docenza su aree della medicina generale specifiche per l'RSA e l'Hospice (in particolare CEFORMED)
6. Assistiti in carico inferiori al massimale.

Nel caso vi siano più professionisti disponibili a prestare servizio presso le strutture RSA ed Hospice si prevede di tenere conto, da un lato, della necessità di valorizzare le esperienze acquisite, la specifica formazione e della necessità di garantire la continuità della presenza di professionisti particolarmente preparati (che porterebbe a mantenere a tempo indeterminato nella struttura i MMG maggiormente titolati) e, dall'altro, della necessità di offrire ai MMG, che lo desiderano e che hanno i titoli, la possibilità, di partecipare ad una qualificata esperienza assistenziale da trasferire successivamente nella pratica assistenziale a favore dei propri assistiti (che porterebbe a organizzare una turnazione nel tempo dei professionisti).



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a signature with '3' below it, and several other initials and signatures on the right.

Pertanto, si rende necessario prevedere i seguenti livelli organizzativi rispetto alla durata della presenza di professionisti nella struttura e dell'entrata di nuovi professionisti.

1. Professionisti coordinatori: possono mantenere l'incarico per 4 anni, vengono individuati tra i professionisti senior. Svolgono attività di coordinamento, garantiscono la continuità assistenziale dei MMG e dei turni, sono responsabili di attività di confronto clinico con i MMG e promuovono attività formativa e di tutoraggio. Nell'ambito dell'orario di servizio per il progetto vengono riconosciute 2 ore aggiuntive settimanali per tale attività.
2. Professionisti senior: possono mantenere l'incarico per 3 anni, vengono individuati tra i professionisti Junior dopo almeno 2 anni di servizio salvo deroghe. Svolgono anche attività formativa e di tutoraggio. Si raccordano con l'attività dei professionisti junior al fine di scambiare le relative esperienze.
3. Professionisti Junior: possono mantenere l'incarico per 2 anni.

Gli incarichi di cui ai punti 1, 2, e 3 sono rinnovabili su motivazione esplicitata.

Il Direttore di distretto, effettua annualmente una valutazione dei professionisti rispetto alla capacità di organizzare il servizio, di promuovere la formazione e di lavorare nella rete assistenziale del distretto e riferisce all'UDMG. Di tale valutazione tiene conto ai fini del rinnovo degli incarichi.

L'attività dei professionisti all'interno delle strutture è normata da un regolamento specifico della struttura definito dal Direttore di distretto che stabilisce gli orari settimanali di servizio e le responsabilità. Per le strutture di RSA di Udine e Hospice di Martignacco si prevede la costituzione di un pool unico di professionisti e di un unico coordinatore le cui funzioni sono definite con apposito provvedimento distrettuale. Al coordinatore sono riconosciute 2 ore settimanali aggiuntive per tale attività.

Al massimo entro 5 mesi dalla stipula del presente accordo i distretti coinvolti, esaurita la fase di selezione, definiscono l'assetto iniziale della presenza dei MMG nell'organizzazione dell'assistenza nelle strutture.

Ciascun MMG può dare le dimissioni dal servizio nelle strutture con un preavviso di almeno 2 mesi.

Si prevede una remunerazione pari a € 52 per ogni ora di assistenza, secondo le modalità di programmazione e rendicontazione definiti con il Direttore del Distretto.

Nel caso i MMG coinvolti nel progetto abbiano un numero di scelte superiore al massimale, al fine di non incorrere nelle previsioni di cui all'art.39 comma 4 dell'ACN 2009, potranno essere previsti specifici regimi di rotazione delle presenze al fine di rispettare il rapporto stabilito su base annuale, ovvero saranno adottate le possibili deroghe in caso di specifiche situazioni locali.

RSA di Codroipo

Consuntivo 2011: € = 74.058,27+ ENPAM

Preventivo 2012: € 80.000,00 = + ENPAM

Finanziamento a carico del bilancio aziendale.

RSA di Udine (compreso Hospice di Martignacco)

Consuntivo 2011: € 123.119,27 = + ENPAM

Preventivo 2012: € 130.000,00 = + ENPAM

Finanziamento a carico del bilancio aziendale.

3.3 Partecipazione ad attività formative o di aggiornamento a livello distrettuale

Il progetto, rivolto ai Medici di medicina generale ed aperto ai Medici del Servizio di continuità assistenziale, intende sostenere la realizzazione e la partecipazione a eventi formativi o di aggiornamento, aggiuntivi rispetto al calendario delle iniziative Ceformed, su argomenti individuati in ambito distrettuale, promossi ed organizzati di concerto con gli UDMG nelle mattine del sabato.

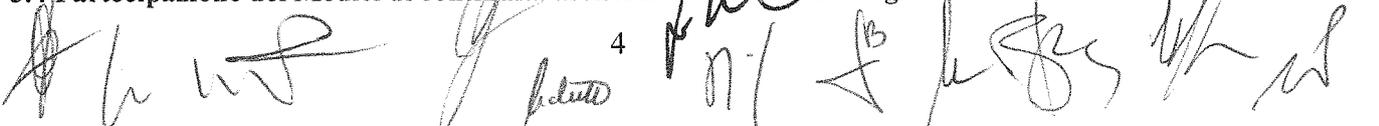
Per favorire la partecipazione, nelle giornate prescelte verrà anticipato l'orario di inizio del Servizio di continuità assistenziale.

Consuntivo 2011: € 855,00 = + ENPAM

Preventivo 2012: € 5.000,00 = + ENPAM

Finanziamento a carico del bilancio aziendale.

3.4 Partecipazione dei Medici di continuità assistenziale all'attività degli UDMG



Il progetto è rivolto ai Medici referenti del Servizio di continuità assistenziale dei Distretti, individuati dai Medici titolari del Servizio di continuità assistenziale di ciascun ambito distrettuale ed è legato all'impegno aggiuntivo richiesto per la partecipazione alle riunioni degli Uffici Distrettuali per la Medicina generale. Si prevede un compenso pari a € 80 a riunione, con una stima massima di 6 riunioni annuali per ciascun distretto su argomenti di rilevanza per il Servizio di continuità assistenziale.

Consuntivo 2011: € 160,00= + ENPAM
Preventivo 2012: € 2.400,00=+ ENPAM
Finanziamento a carico del bilancio aziendale.

3.5 Promozione di attività correlate alla medicina di iniziativa nel campo del diabete e della BPCO

Tenuto conto della realtà epidemiologica attuale che vede l'impegno dei MMG orientato per la maggior parte alla gestione di pazienti con malattie croniche di cui è nota la storia naturale, di cui sono disponibili percorsi di assistenza validati da prove di efficacia in termini di esiti di salute e in cui l'assistenza sanitaria è, pertanto, programmabile, si ritiene necessario promuovere lo sviluppo di una medicina di iniziativa attraverso un progetto che ha l'obiettivo di richiamare l'attenzione dei MMG su queste attività.

La priorità di intervento è per l'assistenza al paziente diabetico e per la gestione dei pazienti fumatori con BPCO e prevede le seguenti attività generali:

1. creazione di liste di assistiti per patologia da utilizzare come base per la programmazione e la verifica della qualità dell'assistenza
2. costruzione delle liste di assistiti per patologia attraverso la conoscenza diretta del paziente o attraverso chiamate attive in base agli elementi anamnestici a disposizione o su segnalazione della famiglia
3. Il controllo che il MMG garantisca ai pazienti in lista per patologia la possibilità di accesso alle prestazioni programmate come definite dalle prove di efficacia specifiche validate per quella patologia.

Rispetto alle attività descritte è previsto un incentivo economico per i MMG che aderiscono al progetto e un ulteriore incentivo economico per il conseguimento di elevate performance prestazionali misurato attraverso gli indicatori di seguito descritti.

3.5.1 Diabete

Gli elementi considerati ai fini della incentivazione sono:

- adesione al progetto
- invio al Distretto della lista dei diabetici entro il 31 gennaio 2013
- conseguimento di una percentuale minima di segnalazione dei diabetici rispetto al totale assistiti entro il 31 gennaio 2013
- entro il 31 dicembre 2013 conseguimento di elevate percentuali di completezza dei dati e di controlli sui pazienti della lista inviata per: registrazione del fumo, pressione arteriosa, BMI, emoglobina glicata, colesterolo, creatinina, esame urine, limitatamente al distretto di Cividale: follow up congiunto con infermiere distrettuale

MARZO
Vedi
Verbale.

I dettagli numerici ed il peso degli indicatori sono riportati nell'allegato.

Vedi punto 3.7 per il finanziamento.

3.5.2 Broncopneumopatia cronica ostruttiva

Gli elementi considerati ai fini della incentivazione sono:

- adesione al progetto
- corretta registrazione del fumo in tutti gli adulti assistiti
- invio al Distretto al 31 gennaio 2014 di un elenco assistiti con età 18-60 anni ed evidenza di: abitudine al fumo (oltre 15 s. die da almeno 15 anni), n. sigarette fumate, età, BMI, presenza o meno di almeno 1 sintomo tra tosse, dispnea, espettorato, esecuzione di spirometria

I dettagli numerici ed il peso degli indicatori sono riportati nell'allegato.

Vedi punto 3.7 per il finanziamento.

3.6 Adesione ai percorsi terapeutici per l'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia

5

Considerato che le malattie cardiovascolari sono tra le malattie croniche quelle a maggiore impatto in termini di mortalità, ricoveri ospedalieri, prestazioni ambulatoriali, assistenza farmaceutica, tenuto conto che l'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia (assieme al fumo) sono tra i principali fattori di rischio per queste malattie, considerata l'elevata variabilità dei comportamenti prescrittivi della terapia medica che risulta per queste patologie da ricerche condotte in ambito nazionale e regionale e che, anche se in maniera indiretta, emerge anche dalla lettura dei dati della farmaceutica territoriale dell'ASS4, si ritiene necessario richiamare l'attenzione dei MMG alla necessità di condividere e utilizzare percorsi terapeutici per l'ipertensione arteriosa e per l'ipercolesterolemia che sono già ampiamente definiti ed adottati dalla comunità medico-scientifica.

Il progetto prevede le seguenti attività generali:

1. adesione al percorso terapeutico definito in accordo con gli UDMG
2. analisi del comportamento prescrittivo nei casi di nuova diagnosi
3. partecipazione ad incontri di audit con la partecipazione di farmacisti al fine di migliorare le performance.

Rispetto alle attività descritte è previsto un incentivo economico per i MMG che aderiscono al progetto e un ulteriore incentivo economico per l'invio di dati relativi al comportamento prescrittivo nei casi di nuova diagnosi.

3.6.1 *Ipertensione arteriosa*

Gli elementi considerati ai fini della incentivazione sono:

1. Adesione al progetto
2. Invio al Distretto entro il 31 maggio 2013 ed entro il 31 gennaio 2014 di un elenco degli assistiti in cui nel periodo tra 1 dicembre 2012 e 30 aprile 2013 e 1 maggio 2013 e 31 dicembre 2013 il MMG ha fatto una nuova diagnosi di ipertensione arteriosa ed ha prescritto un farmaco antipertensivo con l'indicazione di rischio cardiovascolare (metodo del Progetto "cuore" ISS), BMI, età, farmaco prescritto ed eventuali note esplicative

3.6.2 *Ipercolesterolemia*

Gli elementi considerati ai fini della incentivazione sono:

1. Adesione al progetto
2. Invio al Distretto entro il 31 maggio 2013 ed entro il 31 gennaio 2014 di un elenco degli assistiti in cui nel periodo tra 1 dicembre 2012 e 30 aprile 2013 e 1 maggio 2013 e 31 dicembre 2013 il MMG ha fatto una nuova diagnosi di ipercolesterolemia ed ha prescritto un farmaco ipocolesterolemizzante con l'indicazione di rischio cardiovascolare (metodo del Progetto "cuore" ISS), BMI, età, farmaco prescritto ed eventuali note esplicative.

3.7 **Finanziamento**

Il finanziamento complessivo per i progetti N. 3.5 e 3.6 è pari ad Euro 200.000 a valere per il periodo rimanente del 2012 e per l'intero 2013. I dettagli numerici ed il peso degli indicatori sono riportati nelle tabelle allegate.

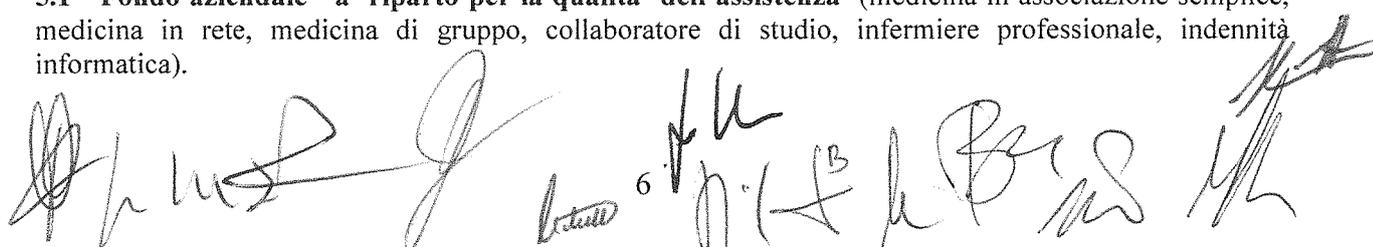
4.0 **Gestione della valutazione e liquidazioni**

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi verrà certificata dai Direttori dei Distretti che si avvarranno della collaborazione degli uffici della Direzione generale e della SOC Politiche del territorio per la raccolta degli elementi di giudizio, laddove non fossero già presenti in sede distrettuale.

La corresponsione dei compensi legati all'attuazione dei progetti di cui al punto 3 del presente Accordo avverrà nel mese successivo all'attestazione, da parte del Direttore di Distretto, dell'avvenuta effettuazione delle attività previste dai singoli progetti.

5. **Ricognizione delle quote di utilizzo dei fondi aziendali 2011 di cui agli accordi integrativi regionali e costituzione dei fondi aziendali 2012**

5.1 **Fondo aziendale a riparto per la qualità dell'assistenza** (medicina in associazione semplice, medicina in rete, medicina di gruppo, collaboratore di studio, infermiere professionale, indennità informatica).



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a smaller one in the middle, and several others on the right. A small number '6' is visible near the middle signature.

Costituito a decorrere dal 1° gennaio 2009, con l'importo complessivo di € 2.212.458,47= escluso ENPAM; il fondo era stato incrementato di € 80.000,00= + ENPAM derivanti da accantonamenti per il corrispondente fondo ai fini del conseguimento dell'obiettivo 4.5.2 dell'accordo 2009, per il 2011 era stato incrementato ulteriormente con i residui non utilizzati del 2010 e di una quota stimata per il finanziamento di eventuali ulteriori domande di informatizzazione per un totale di 2.390.182,63 €.

Con le competenze liquidate nel mese di marzo 2012 è stato esaurito il fondo 2011.

Costituzione del fondo aziendale per il 2012 (inclusi diabete, BPCO, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia)

- **L'importo del fondo per il 2012** ammonta ad € 2.264.182,69 + ENPAM, fondo 2011 interamente impiegato. Presumibile la richiesta dell'indennità informatica da parte dei MMG che non la percepiscono ancora, considerata anche la normativa che prevede l'invio telematico dei certificati di malattia;

- il fondo è incrementato di € 200.000,00= + ENPAM derivanti da accantonamenti aziendali per il corrispondente fondo ai fini del conseguimento degli obiettivi n. 3.5 e 3.6 del presente accordo ed ha valenza per il periodo residuo del 2012 e per tutto il 2013 (totale fondo € 2.464.182,69).

Con le competenze liquidate a tutto settembre 2012 residuano € 1.130.902,21 + ENPAM.

La quota relativa all'anno 2012 corrisponde a quanto sarà effettivamente speso nell'esercizio in oggetto e la quota residua andrà riversata nel 2013.

5.2 Fondo aziendale per l'effettuazione di specifici programmi finalizzati al governo clinico

- costituito a decorrere dal 1° gennaio 2009, con l'importo rideterminato in € 965.857,20= (€ 3,08 annui per assistito x n. 313.590), sulla base delle indicazioni impartite dall'A.R.S.;

- il Fondo viene utilizzato per corrispondere, a livello aziendale, a ciascun MMG convenzionato a tempo indeterminato il compenso annuo di € 3,08 per assistito, al netto dei contributi ENPAM, per incentivare l'adesione del MMG ai seguenti progetti:

- a) vaccinazione influenzale e antipneumococcica;
- b) screening oncologici;
- c) governo delle liste di attesa: applicazione criteri di priorità;

totale utilizzo del fondo nel 2011 (fino alle competenze liquidate nel mese di settembre 2012) è pari a € 954.214,97 + ENPAM (residuo 2011 € 41.141,46);

per il 2011 il fondo era stato incrementato del residuo 2010, si è pertanto determinato un residuo del fondo di € 29.499,23= che va ad incrementare il Fondo del 2011, senza storicizzarsi.

Costituzione del fondo aziendale per il 2012

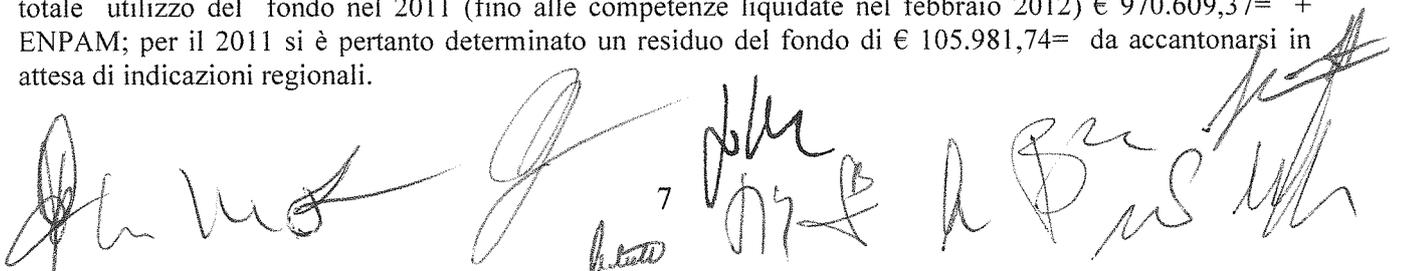
Per il 2012 l'importo del Fondo ammonta a € 965.857,20 (€ 3,08 annui per assistito x n. 313.590) derivanti da risorse del Bilancio 2012 + € 29.499,23 di accantonamento del residuo anno 2010, + € 41.141,46 residuo 2011, per un importo complessivo di € 1.036.497,89 escluso ENPAM;

5.3 Fondo aziendale per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie

costituito a decorrere dal 1° gennaio 2009 con l'ammontare complessivo per l'anno 2010 di € 1.076.591,11= + ENPAM in quanto, nelle more del rinnovo contrattuale, l'entità del fondo rimane provvisoriamente "congelata" a € 965.857,20= (€ 3,08 annui per assistito x n. 313.590) + € 110.733,91= per quote assegni rese disponibili negli anni precedenti e fino al 31/12/2010, come da circolare Regionale n. 0007032/P del 11/04/2012;

il Fondo viene utilizzato per corrispondere a ciascun medico di assistenza primaria di medicina generale convenzionato a tempo indeterminato la quota annuale di € 3,08 per assistito, finalizzato a riconoscere gli impegni derivanti dall'Accordo Collettivo Nazionale e dagli Accordi integrativi regionali (AIR);

totale utilizzo del fondo nel 2011 (fino alle competenze liquidate nel febbraio 2012) € 970.609,37= + ENPAM; per il 2011 si è pertanto determinato un residuo del fondo di € 105.981,74= da accantonarsi in attesa di indicazioni regionali.



Costituzione del fondo aziendale per il 2012

per il 2012 l'importo del Fondo ammonta a € 1.076.591,11= che risulta da:

- € 965.857,20= (€ 3,08 annui per assistito x n. 313.590)
- € 110.733,91= per quote assegni rese disponibili negli anni precedenti e fino al 2010.

Utilizzo del fondo (fino alle competenze liquidale nel mese di settembre) € 562.456,29; attuale capienza 2012 € 514.134,82.

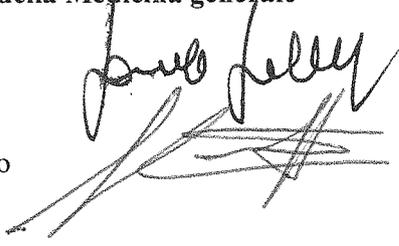
A fine 2012 l'importo non verrà più incrementato con gli assegni resisi disponibili, nel corso dell'anno, a seguito di eventuali cessazioni di MMG.



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a signature with the number '8' below it, and several other signatures and initials on the right.

Il Comitato aziendale della Medicina generale

Dott. Danilo Spazzapan



Dott. Saverio Comisso

Dott.ssa Raffaella Messori

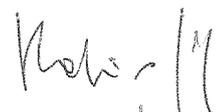
Dott. Alberto Fragali



Dott. Luigino Vidotto



Dott. Massimo Sigon



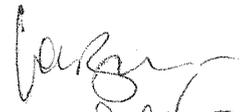
Dott. Gianfranco Napolitano



Dott.ssa Bruna Mattiussi

Dott. Valentino Adinolfi

Dott. Eliano Bassi



Dott. Giuseppe Bucci



~~Dott. Fabrizio Gangi~~

dott. MASSIMO PAVAN 

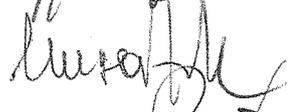
Dott. Mauro Gubiani



Dott. Giacchino Li Volsi

~~Dott. GAIARDI SACCHETTI~~ 

Dott.ssa Luisa Petoello



Dott. Mario Da Porto



Udine, li... 2/11/12

Tabella 1 quadro generale

Fondo a disposizione **200.000 €**
 periodo 1 dicembre 2012-31 dicembre 2013
 MMG totali 310
 Le quote sono pesate in base al numero di scelte per ciascun medico
 La quota massima complessiva per singolo MMG non potrà essere superiore a 3000 €

A) Diabete

1) produzione lista diabetici
 da inviare ai Direttori di distretto entro il 31 gennaio 2013

rapporto diabetici/assistiti		IPOSTESI	assistiti	% diabetici	assoluto diabetici	quota per diabetico	valore	quota per medico	valore quota
sotto il 4,49 %	nessuna quota	60	60.000	5,0	2.994	-	-	-	-
tra il 4,5% e il 5,4%		100	100.000	5,0	5.000	1,00	5.000	50	
tra il 5,5% ed il 5,9%		100	100.000	5,7	5.700	1,50	8.550	86	
oltre il 5,99 %		40	40.000	6,0	2.400	2,00	4.800	120	
	totale		300.000		16.094		18.350		30.000
					5,36				

2) misurazione delle performance
 scheda da inviare entro il 31 gennaio 2014 al Direttore di distretto

	registrazione del fumo	pressione arteriosa	BMI	Hb glicata	colesterolo	creatinina	microalbuminuria	valore quota
da zero al 50 esimo percentile	-	-	-	-	-	-	-	-
da 50 esimo a 79 esimo percentile	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
da 80 esimo a 95 esimo percentile	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	
oltre il 95% percentile	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
	11.429	11.429	11.429	11.429	11.429	11.429	11.429	80.000

per il solo distretto di Cividale verrà valutata anche la performance della partecipazione al follow up con infermiere di distretto che avrà lo stesso peso degli altri item

B) Broncopneumopatia cronica ostruttiva

misurazione delle performance
 scheda da inviare entro il 31 gennaio 2014 al Direttore di distretto

	registrazione del fumo	pressione arteriosa	BMI	registrazione sintomi				
da zero al 50 esimo percentile	-	-	-	-				
da 50 esimo a 79 esimo percentile	1,00	1,00	1,00	1,00				
da 80 esimo a 95 esimo percentile	1,50	1,50	1,50	1,50				
oltre il 95% percentile	2,00	2,00	2,00	2,00				valore quota
	10.000	10.000	10.000	10.000				40.000

C) Percorsi terapeutici

1) farmaci per ipertensione arteriosa

invio scheda con elenco prescrizioni nei nuovi casi (1 dicembre 2012-30 aprile 2013) entro il 31 maggio 2013								
	Suddivisione della quota di 12.500 €							
invio scheda con elenco prescrizioni nei nuovi casi (1 maggio 2013 -31 dicembre 2013) entro il 31 gennaio 2014								
	Suddivisione della quota di 12.500 €							
							valore quota	25.000

2) farmaci per ipercolesterolemia								
invio scheda con elenco prescrizioni nei nuovi casi (1 dicembre 2012-30 aprile 2013) entro il 31 maggio 2013								
	Suddivisione della quota di 12.500 €							
invio scheda con elenco prescrizioni nei nuovi casi (1 maggio 2013 -31 dicembre 2013) entro il 31 gennaio 2014								
	Suddivisione della quota di 12.500 €							
							valore quota	25.000

Nel caso in cui la scheda pervenisse oltre i termini stabiliti non verrà erogato nessun incentivo

10

