



REGIONE FVG 1

**Proposte di Modifica e Integrazione
della Bozza trasmessa dalla Parte Pubblica
il 24/04/2024**

----- <> -----

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
SULLA DEFINIZIONE DEI CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLA QUOTA
VARIABILE DEL COMPENSO ANNO 2024
tra la Regione Friuli Venezia Giulia e
le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale**

In data alle ore ha avuto luogo l'incontro tra la Delegazione trattante di parte pubblica della Regione Friuli Venezia Giulia e la Delegazione trattante di parte Sindacale al termine della quale le parti hanno approvato la seguente ipotesi di Accordo integrativo regionale di attuazione dell'art. 47, comma 2, lett. A, punto v) nonché dell'47, comma 2, lett. B) punto l) dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale triennio 2016 – 2018 reso esecutivo il 28.04.2022.

L'assessore alla salute, politiche sociali
e disabilità Regione Autonoma FVG
dott. Riccardo Riccardi

F.I.M.M.G. FVG
dott. Fernando Agrusti

S.N.A.M.I.
dott. Stefano Vignando

S.M.I.
dott. Lorenzo Cociani

FEDERAZIONE CISL MEDICI
dott. Ventrella

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE SULLA DEFINIZIONE DEI CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLA QUOTA VARIABILE DEL COMPENSO ANNO 2024

Premesso che:

In data 28.04.2022 è entrato in vigore l'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale relativo al triennio 2016-2018 (di seguito ACN 2022);

nel corso della trattativa per l'approvazione del nuovo Accordo Integrativo Regionale applicativo dell'ACN 2022 è entrato in vigore in data 04.04.2024 l'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale relativo al triennio 2019 – 2021 (di seguito ACN 2024) che stabilisce nuove norme per l'attuazione del Ruolo Unico dei medici di assistenza primaria e l'introduzione di un meccanismo dinamico per fasce che determinerà, per i nuovi incarichi, una progressiva riduzione dell'impegno orario al crescere del carico di assistiti nell'attività a ciclo di scelta;

l'ACN 2024 prevede infatti a partire dall'anno 2025 la pubblicazione di incarichi a 38 ore che comportano la contemporanea apertura dello studio per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e l'articolazione dell'attività oraria da rendere presso le sedi delle AFT e delle UCCP, le Case della Comunità hub e spoke, per l'attivazione di ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria;

nella riunione della delegazione trattante del 18.04.2024 la componente di parte pubblica ha proposto di sospendere le trattative per la stipula dell'AIR applicativo dell'ACN 2022 per consentire alla Regione di aggiornare l'atto di programmazione adottato con la DGR 1597/2022 secondo le novità introdotte dall'ACN 2024. In seguito all'aggiornamento dell'atto di programmazione verrà istituita la nuova delegazione trattante per l'approvazione di un AIR stralcio applicativo delle materie espressamente demandate dall'ACN 2024 alla contrattazione regionale che terrà conto dei lavori svolti dall'attuale delegazione trattante, riservando ad un ulteriore AIR stralcio la disciplina del fondo aziendale dei fattori produttivi e la destinazione delle risorse integrative messe a disposizione dalla Regione già stabilite con Accordi Integrativi Regionali precedenti;

le parti hanno quindi concordato la necessità di disciplinare l'attribuzione per l'anno 2024 della quota variabile del compenso ai sensi dell'art. 47, comma 2, lett. B) punto I) dell'ACN 2022 nelle more della costituzione della nuova delegazione trattante legittimata alla trattativa e alla stipula dell'AIR applicativo dell'ACN 2024, considerato che la relativa disciplina è rimasta invariata;

gli AACNN 2022 e 2024 disciplinano infatti entrambi all'art. 47, comma 2, lett. B, punto I) l'attribuzione della Quota variabile del compenso stabilendo che la quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari ad Euro 3,08 per assistito, incrementata di Euro 1,66 per assistito con decorrenza dal 1 ottobre 2022, viene ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali sulla base degli obiettivi raggiunti e nel rispetto dei livelli programmati di spesa;

l'ACN 2024 aggiunge un incremento ulteriore di Euro 1,90 per assistito, con decorrenza 1° gennaio 2021, finalizzato ad obiettivi di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici che saranno invece disciplinati dalla nuova delegazione trattante che verrà istituita per la stipula dell'AIR applicativo dell'ACN 2024;

entrambi gli ACN stabiliscono all'art. 47 comma 2, lett. B, che nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali vengono definite le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori e, al comma 4, che le eventuali integrazioni già stabilite con Accordi Integrativi Regionali sono negoziate a livello regionale nel rispetto delle finalità previste dall'articolo 3, comma 4 degli ACN 2022 e 2024;

Tutto ciò premesso e considerato,

le parti concordano di approvare sottoscrivere il presente accordo integrativo regionale al fine di stabilire le modalità ed i criteri per l'attribuzione per l'anno 2024 della quota variabile del compenso previsto dall'art. all'art. 47, comma 2, lett. B, punto I) dell'ACN 2022 e dai precedenti AIR in materia di obiettivi di AFT nelle more dell'avvio delle trattative per la stipula del nuovo AIR triennale applicativo dell'ACN 2024.

Art. 1 - COMPENSI AFT

Viene mantenuto per l'anno 2024 il compenso annuo omnicomprensivo di Euro tre 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)

Le parti danno atto che gli obiettivi devono essere collegati alle attività di AFT indicate dal punto 15) dell'atto

Commentato [SV1]: QUALE LA RATIO PER TALE RICHIAMO ?

Commentato [SV2]: per tutti gli assistiti effettivamente in carico

di programmazione approvato con DGR 1597/2022 tra cui si individuano i seguenti obiettivi strategici regionali al fine di rendere operativi ed efficaci i percorsi di assistenza territoriale e più equo l'accesso alle cure:

- concorso all'incremento del numero di pazienti presi in carico a domicilio consentendo di raggiungere il **valore soglia del 10%** degli assistiti ultrasessantacinquenni (obiettivo PNRR);
- partecipazione ai percorsi di telemedicina secondo il modello **in corso di definizione** da parte della Regione;
- **collaborare a** perseguire l'appropriatezza prescrittiva (farmaci e prestazioni) e il contenimento della spesa farmaceutica.

Con Accordo Attuativo Aziendale (AAA), sono specificati i progetti e gli obiettivi specifici e misurabili in termini concreti e chiari relativi ai compiti sopra indicati nonché i loro indicatori di processo e/o di risultato, da **definirsi entro un mese** dalla data di esecutività del presente accordo.

La mera partecipazione agli eventi formativi, in quanto attuazione di formazione obbligatoria garantita da offerta regionale anche mediante l'organizzazione della continuità assistenziale sostitutiva, non può costituire obiettivo **incentivato**.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi esita dal processo di valutazione aziendale ed è effettuato a cura della Direzione Distrettuale con la componente della medicina generale entro il mese di febbraio dell'anno 2025. In caso di valutazioni divergenti, la valutazione di seconda istanza si svolge in **Comitato Aziendale**.

Art. 2 - MODALITÀ PER LA CORRESPONSIONE DELLA QUOTA VARIABILE DERIVANTE DAI FONDI PER L'EFFETTUAZIONE DI SPECIFICI PROGRAMMI DI ATTIVITÀ FINALIZZATE AL GOVERNO

1. Ripartizione del fondo

Ai sensi dell'art. 47, comma 2, lett. B, punto I), **dell'ACN 2022** le 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 € euro/anno per assistito sono destinate al raggiungimento dei seguenti obiettivi strategici regionali da definirsi annualmente negli accordi attuativi Aziendali:

- miglioramento della gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della **condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** prevedendo l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente;
- definizione del ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura, coincidente con la partecipazione alla formulazione di un PAI, Piano Assistenziale Individuale, in sede di UVM; il contributo alla **formulazione del PAI** può essere anche asincrono e può consistere in una relazione clinica inoltrata al Distretto e nell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dell'assistito mediante compilazione del profilo sanitario sintetico) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini;
- partecipazione dei medici di medicina generale **nelle vaccinazioni alle campagne vaccinali e alle relative attività collegate** al fine di garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale;
- integrazione nelle reti territoriali dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio**, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate;
- coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio al pronto soccorso**;
- coinvolgimento e partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti per il governo delle liste d'attesa**.

La **quota annua pari a 6,00 € per assistito**, pari al 75% del fondo complessivo aziendale per l'effettuazione di

Commentato [SV3]: deve essere fornito il dato in tempo reale costantemente

Commentato [SV4]: ADI ??? o anche ADP, cure palliative, prelievi case di riposo, ecc.

Commentato [SV5]: in caso di mancata definizione, si stralcia l'obiettivo

Commentato [SV6]: si vedano gli interventi SNAMI

Commentato [SV7]: quali i provvedimenti in caso di superamento della tempistica concordata ?

Commentato [SV8]: NON SIAMO D'ACCORDO ... ALLORA sedute in videoconferenza !!! Seduta propedeutica al raggiungimento degli obiettivi

Commentato [SV9]: va indicato il termine temporale: ad es. entro aprile 2025 con liquidazione del dovuto agli aventi diritto entro il mese di maggio 2025 con previsione di penalizzazioni alle Direzioni aziendali che non rispettassero i termini pattizi

Commentato [SV10]: vanno indicati anche gli incrementi previsti dall'ACN 04.04.2024

Commentato [SV11]: QUINDI 3.26 + 1.66 + 1.90 + quota regione 4.74 = 11,56 per tutti gli assistiti effettivamente in carico

Commentato [SV12]: cosa si intende per CONDIVISIONE ? la condivisione con le OO.SS. dei contenuti dei PDTAR o l'ACCETTAZIONE da parte del singolo MMG/AFT del PDTAR non validato dalle OO.SS. ?
VEDI Obiettivo 3 – AIR 2006

Commentato [SV13]: VEDI "NOTE E OSSERVAZIONI" finali

Commentato [SV14]: PAI: x ASUGI sono stati richiesti i formati elettronici ad INSIEL nel 2023, si chiede di ottenerli così restano agli atti

Commentato [SV15]: tutto ciò va concordato in uno specifico doc

Commentato [SV16]: PDTA, APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA e PRESA IN CARICO: vedi Note e Osservazioni

Commentato [SV17]: Applicazione INTEGRALE del PNGLA/PRGNLA con INTERVENTI DECISI SULL'INAPPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DI TUTTI I PRESCRITTORI CHE NON SONO SOLO E SEMPRE I MMG

Commentato [SV18]: DA AGGIUNGERE € 3,56 cioè 75% di 11,56

specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, viene destinata obbligatoriamente alle seguenti linee di intervento:

- Garantire i valori di vaccinazione previsti dai Piani nazionali,
- Appropriatezza richiesta prestazioni ambulatoriali (prime visite),
- Appropriatezza richiesta prestazioni ambulatoriali (risonanze magnetiche),
- Appropriatezza priorità clinica delle prescrizioni relative a visite e/o esami.

Le Aziende specificano nell'AAA i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione suddette linee. **(che vanno diffuse e illustrate in AFT: come se i MMG non sono incentivati a partecipare alle riunioni delle AFT ?)**

2. Accordo attuativo aziendale (AAA)

Le Aziende sanitarie determinano ogni anno con proprio provvedimento l'ammontare del fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico sulla base del numero degli assistiti in carico ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta con incarico a tempo indeterminato e provvisorio alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

Entro due mesi dall'approvazione del presente accordo, le risorse del fondo di cui al precedente capoverso sono interamente ripartite tra le AFT con Accordo Attuativo Aziendale (AAA), in ragione degli obiettivi assegnati ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e con la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico e sono finalizzate al pagamento della quota variabile del compenso ai medici del ruolo unico a ciclo di scelta in ragione al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno di riferimento.

Il suddetto AAA definisce almeno tre progetti in attuazione degli obiettivi strategici regionali indicati nel comma precedente stabilendo la ripartizione del fondo tra i progetti individuati e indicando obiettivi specifici e misurabili in termini concreti e chiari nonché i loro indicatori di processo e/o di risultato utilizzando, ove possibile, gli indicatori LEA-CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) introdotti con il DM 12 marzo 2019.

Gli AAA possono stabilire che i progetti abbiano uno sviluppo pluriennale purché coerenti con le linee di gestione annuali del servizio sanitario regionale.

Le risorse del fondo devono essere integralmente utilizzate nell'anno di riferimento. Ove ciò non sia possibile, le eventuali risorse non spese del fondo specifici programmi vanno ad integrare il fondo dell'anno successivo, in aggiunta alla quota annuale ordinariamente disponibile. Tali risorse non si storicizzano.

L'ammontare delle risorse non spese viene definito a consuntivo e comunicato alle OO.SS. in tempo utile per integrare il fondo dell'anno successivo.

I medici partecipano volontariamente agli obiettivi e sono valorizzati sulla base delle specifiche progettualità definite a livello dalla contrattazione aziendale a valere sull'anno in corso.

I medici che non partecipano agli obiettivi non hanno diritto alla liquidazione della parte variabile del compenso collegata ai risultati ottenuti dall'AFT di appartenenza.

La parte variabile del compenso da corrispondere ai medici per l'attività a ciclo di scelta è collegata per il 70% alla valutazione del risultato individuale e il rimanente 30% al risultato complessivo ottenuto dall'AFT di appartenenza riferiti ad ogni singolo progetto.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi esita dal processo di valutazione aziendale ed è effettuato a cura della Direzione Distrettuale con la componente della medicina generale entro il mese di febbraio dell'anno 2025. In caso di valutazioni divergenti, la valutazione di seconda istanza si svolge in Comitato Aziendale.

La liquidazione del compenso di parte variabile di cui al presente articolo deve avvenire entro il successivo mese di maggio (mensilità di aprile), fatti salvi obiettivi che richiedono un periodo più lungo per l'elaborazione dei dati in funzione della loro durata.

Al fine di garantire la supervisione e il coordinamento dell'attuazione del presente AIR ed effettuare il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali, le Aziende trasmettono tempestivamente al Comitato regionale per tramite della Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità gli Accordi Attuativi Aziendali adottati.

Entro il primo semestre dell'anno successivo a quello di riferimento, le Aziende trasmettono al Comitato regionale per tramite della Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità, una relazione sull'attività annuale svolta dai medici in sede di AFT, sulla partecipazione agli obiettivi prefissati nonché sul grado di raggiungimento di detti obiettivi.

Art. 3 – UTILIZZO RESIDUI AIR ~~2026~~ 2016 - 2018

Commentato [SV19]: in riferimento ai 4 punti va inserito: => **PREVIA messa a disposizione da parte della Regione di strumenti informatici real-time sulle performance prescrittive dei singoli MMG, avendo cura di mostrare il rapporto rispetto la media e la mediana delle prescrizioni in riferimento ad almeno 3 livelli: AFT di appartenenza, Azienda e Regione. Eventuali malfunzionamenti segnalati verranno debitamente conteggiati in fase di valutazione raggiungimento obiettivi e quotidianamente senza uno strumento/cruscotto regionale (non certo Net Medica FIMMG) che gli dia queste informazioni? Art. 21 Atto di Programmazione: Cruscotto direzionale CHI VALUTA L'APPROPRIATEZZA ? PER LE PRIORITA': SI UTILIZZANO I RAO ?**

Commentato [SV20]: IMPOSSIBILE il 75% !!!

Commentato [SV21]: PRIMA C'E' MOLTO DA FARE SUI CUP E SUGLI ALTRI PRESCRITTORI !

Commentato [SV22]: in AIR si fa riferimento all'appropriatezza prescrittiva in generale non su singole prestazioni/prescrizioni

Commentato [SV23]: ENTRO QUANDO ?

Commentato [SV24]: COSA SUCCEDDE SE NON OTTEMPERANO ?

Commentato [SV25]: media degli assistiti

Commentato [SV26]: ci sono già i dati ?

Commentato [SV27]: in contraddizione con il periodo precedente **"Le risorse del fondo devono essere integralmente utilizzate nell'anno di riferimento"**

Commentato [SV28]: SNAMI NON CONCORDA VISTA LA PASSATA ESPERIENZA ... e i contenuti dell'ACN

Commentato [SV29]: COME SI PROCEDE NEL CASO TALE NORMA PATTIZIA NON VENGA RISPETTATA ?

Considerato che con l'AIR – Obiettivi 2023 reso esecutivo con DGR. 545/2023, sono stati quantificati a cura delle Aziende sanitarie i residui di cui al punto 10 dell'AIR 2016 – 2018 relativi agli anni 2016, 2017 e 2018 e che è previsto che gli AAA definiscano il loro utilizzo e che tali residui vengano integralmente utilizzati dalle Aziende nel loro ammontare complessivo nell'anno 2023, per l'anno 2024 è consentito l'impiego dei residui delle risorse aggiuntive integrative regionali inerenti gli obiettivi di governo clinico ex punto 8 degli anni 2019 – 2020 – 2021 - 2022 mediante la prosecuzione dei progetti già stabiliti con gli Accordi attuativi aziendali 2023 adottati in esecuzione dell'AIR approvato con DGR 545/2023 o con la definizione di ulteriori progetti finalizzati al governo clinico:

- a) 40% per implementare gli obiettivi finalizzati al governo clinico di cui al punto 2 dell'AIR 545/2023;
- b) 60% da utilizzare per fronteggiare l'emergenza derivante dalla carenza di professionisti e garantire la continuità clinica e/o migliorare l'accessibilità all'assistenza primaria.

ART. 4 – RIPARTIZIONE FONDO PONDERAZIONE QUOTE CAPITARIE

Le parti confermano i contenuti dell'art. 4 dell'intesa approvata con DGR 545/2023 prevedendo che le Aziende liquidano mensilmente in dodicesimi ai medici di assistenza primaria a ciclo di scelta la quota di € 3,08/assistito/anno del fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie costituito secondo quanto previsto dall'art. 47, comma 2, lett. A, punto v) dell'ACN 2022.

I residui del fondo accertati annualmente in sede di chiusura di bilancio consuntivo vengono interamente ripartiti e liquidati ai medici aventi diritto in rapporto al periodo di attività convenzionale effettivamente svolta ogni anno presso ciascuna Azienda da ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta sulla base della seguente proporzione: (importo residuo) / (numero totale di quote mensili di assistiti corrisposte relativi a tutti i medici) X (numero totale di quote mensili corrisposte al singolo medico). **Le quote vengono liquidate agli aventi diritto entro il mese di giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.**

Commentato [SV30]: NON E' PREVISTA LA NECESSITA' DI ALCUN AAA IN QUANTO LA NORMA PATTIZIA NON LO PREVEDE ED E' IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA.

NOTE E OSSERVAZIONI:

- a. VA DISCIPLINATA AL PIU' PRESTO LA "TURISTICA";
- b. VA DISCIPLINATA AL PIU' PRESTO LA "PENITENZIARIA": si attende risposta alle istanze SNAMI (vedi allegati);
- c. VANNO PREVISTI OBIETTIVI INCENTIVATI PER I MMG DEL RUOLO UNICO PER LE ATTIVITA' ASSISTENZIALI A PRESTAZIONE ORARIA;
- d. Vanno previsti gli interventi per l'emergenza "carenziale" di MMG sia a ciclo di scelta che ad attività oraria e quindi vanno "recuperati" alcuni Istituti pattizi contenuti nella bozza di AIR Triennale inserendoli nell'ART. 3 del presente AIR; in particolare quelli di cui agli articoli 18 (Zone disagiate e disagiatissime), 20 (Contributo d'ingresso una tantum), 21 (Disponibilità oraria), 22 (Indennità Superfestivi SCA), 23, 27 (deroghe massimale), 32 (AIR SCA tuttora in gran parte inapplicato);
- e. IMPEGNO DI DCS e Direzioni ASL per un immediato e fattivo intervento per l'APPROPRIATEZZA, CHE COINVOLGA TUTTI I PRESCRITTORI non solo i MMG, in tema di prescrizioni (medicinali, visite, esami e piani terapeutici, ecc.) e di rilascio ai sensi di legge dei certificati di malattia da parte di tutti i Medici del SSR operanti sia nel pubblico e che nel privato convenzionato;
- f. PDTA [vedi art. 2 – punto 1 – lett. a) della presente bozza]: contenuti condivisi con le OO.SS. come previsto dall'Obiettivo 3 – AIR 2006 onde evitare l'imposizione di compiti e doveri mai condivisi (vedi ad es. PDTA Demenze);
- g. Va definita al più presto la disciplina per l'assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali con apposito protocollo visto che il precedente risale al 1997 ! rif. ACN vigente art. 43 comma 6 lett. c).
- h. Rivedere le disposizioni sul dovuto utilizzo del ricettario SSR da parte di tutti i prescrittori che operano nel - e per conto del – SSR anche per individuare l'ordinatore di spesa e attribuire correttamente ogni responsabilità prescrittiva in termini di appropriatezza.
- i. va recuperato anche l'art.2 (ex art. 17 ACN vigente).