

ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST

ANNO 2025

Sommario

TITOLO I - DISPOSIZIONI GENERALI	2
Art. 1 - Campo di applicazione	2
Art. 2 - Quadro normativo di riferimento	2
Art. 3 - Decorrenza, tempi e procedure di applicazione	2
TITOLO II - FINANZIAMENTO DELL'ACCORDO	3
Art. 5 - Finanziamento	3
Art. 6 - Fondo di appropriatezza prescrittiva	4
TITOLO III - OBIETTIVI DI SALUTE	5
Art. 7 - Definizione degli obiettivi di salute	5
Art. 8 - Modalità di rendicontazione e liquidazione	6
TITOLO IV - OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA	6
Art. 9 - Appropriatezza prescrittiva e governo clinico	6
Art. 10 - Retribuzione per il raggiungimento degli obiettivi dell'AAA	6
Art. 11 - Meccanismo di calcolo della prescrizione farmaceutica	7
Art. 12 - Obiettivi e retribuzione per singolo MMG	8
Art. 13 - Obiettivi e retribuzione per AFT	9
Art. 14 - Obiettivi per i medici a rapporto orario	10
Art. 15 - Medici Facilitatori	11
TITOLO V - SVILUPPO DELL'ASSOCIAZIONISMO	12
Art.16 - Presenza riunioni di AFT	12
Art. 17 - Indennità di cooperativa	13
Art. 19 - Sviluppo forme associative	14
TITOLO VI - SVILUPPO DELLA RETE DI PROSSIMITA'	14
Art. 20 - Case della Comunità	14
Allegato 1 - Strumenti e azioni per il perseguimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva	16
Allegato 2 – Obiettivo B2. Tasso di prescrizione visite	19

Art. 1 - Campo di applicazione

1. Il presente Accordo Attuativo Aziendale, di seguito denominato AAA, si applica a tutti i Medici di Assistenza Primaria iscritti negli elenchi dei comuni appartenenti al territorio dell'Azienda ai sensi della DGR 1231/2012. L'AAA si applica ai medici di assistenza primaria a ciclo di scelta, a rapporto orario ed a ruolo unico.
2. Il presente accordo si sviluppa sugli obiettivi di programmazione nazionali e regionali concordati con la medicina generale e quelli individuati con il presente accordo.
3. Il presente accordo, fra l'altro, disciplina gli strumenti per la razionalizzazione in campo farmaceutico, diagnostico-strumentale e specialistico al fine di liberare risorse che, come previsto dall'AIR di cui alla DGR 1231/12, saranno impiegate per migliorare la qualità delle prestazioni erogate dalla medicina generale.
4. Il presente accordo, dal giorno successivo alla sottoscrizione definitiva, supera e fa decadere tutti i precedenti accordi.
5. Per tutto quanto non contemplato dal presente accordo viene fatto riferimento all'A.C.N. 2024 ed all'Accordo Regionale di cui alla delibera G.R.T. n. 1231/2012 e smi.
6. In caso di controversie sull'interpretazione, le parti si incontrano per definire consensualmente la controversia, secondo le modalità previste dall'art. 12 comma 10 dell'A.C.N. 2024.
7. In caso di deliberazione di un nuovo AIR, le parti si impegnano a rivedere il contenuto del presente AAA qualora non allineato con l'accordo regionale. Altrimenti il presente AAA si intende tacitamente rinnovato fino a nuovo accordo.

Art. 2 - Quadro normativo di riferimento

1. Decreto Legislativo 19 luglio 1999, n. 229 – “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale” e successive modifiche e integrazioni.
2. Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40 – “Disciplina del Servizio Sanitario Nazionale” e successive modifiche e integrazioni.
3. Atto di Intesa Conferenza Stato Regioni del 04 aprile 2024 – “Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con la medicina generale” (di seguito denominato A.C.N.) e successive modifiche e integrazioni.
4. Legge 8 novembre 2012, n. 189 – “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recanti disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”.
5. Delibera G.R.T. n. 1231 del 28 dicembre 2012 – “A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. 502/1992 e ss.mm. ii: approvazione schema di Accordo Regionale ai sensi degli art. 4,14 e 13-bis ACN/2009” e s.m.i.

Art. 3 - Decorrenza, tempi e procedure di applicazione

1. Gli effetti del presente accordo decorrono dal 01.01.25 al 31.12.25. Per la parte, però, relativa allo sviluppo delle forme associative dal 1.08.2025.
2. Il presente accordo definisce il finanziamento e gli obiettivi 2025 e conserva la propria efficacia fino alla stipula del nuovo Accordo e sarà adeguato all'AIR stipulato ai sensi dell'ACN 2024.
3. L'Azienda provvederà a pubblicare sul portale aziendale e a inviare per posta elettronica l'AAA a tutti i medici di assistenza primaria operanti sul territorio.

4. L'accordo, siglato con le O.O.S.S., non prevede l'adesione da parte dei singoli medici. In caso di volontà di non adesione, i MMG dovranno inviare all'indirizzo email cun.mmg@uslnordovest.toscana.it il diniego all'adesione entro 10gg dal ricevimento dell'Accordo deliberato.

TITOLO II - FINANZIAMENTO DELL'ACCORDO

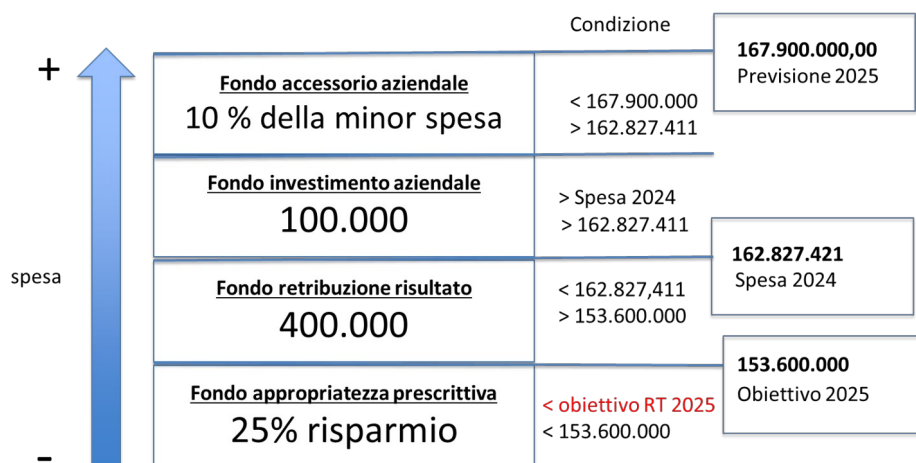
Art. 5 - Finanziamento

1. Le risorse per l'attuazione del presente accordo derivano da finanziamenti nazionali, regionali, aziendali.
2. L'obiettivo assegnato all'ASL Toscana Nord Ovest per il 2025, come da DGRT 473/2025, prevede per la spesa farmaceutica pro capite per acquisti diretti per Area Vasta (esclusi farmaci per unico centro prescrittore regionale) un incremento inferiore al 3% rispetto al 2024 e per la spesa farmaceutica pro capite convenzionata per Area Vasta il mantenimento della performance del 2024. Nel 2024 la spesa pro capite convenzionata della ASL Toscana Nord Ovest è stata pari a una spesa netta pro capite di 128,87€, quella di RT è stata pari a 127,14€.
3. Il finanziamento dell'anno 2025 risulta costituito dai seguenti fondi:

Fondo	Soglia/condizione	Importo
3a. Fondo accessorio aziendale	Si viene a costituire qualora la spesa farmaceutica convenzionata consolidata del periodo agosto-dicembre 2025 registri riallineamento verso obiettivo regionale rispetto alla proiezione a dicembre 2025, restando sotto la soglia di 167.900.000,00 euro	10% della minor spesa nel periodo agosto-dicembre 2025. Comprende le specialità medicinali che con determina AIFA 296/2025 sono transitate dal regime di classificazione A-PHT alla classe A (glifozine). Il fondo, una volta generato, si somma al fondo di investimento aziendale 3b.
3b. Fondo di investimento aziendale	Si genera con spesa farmaceutica superiore all'obiettivo regionale 2025 e alla spesa procapite 2024; coperto con bilancio aziendale	100.000€
3c. Fondo retribuzione di risultato	Si viene a costituire qualora la spesa farmaceutica consolidata 2025 sia minore o uguale alla spesa procapite 2024 ma maggiore dell'obiettivo regionale 2025	400.000€, da sommare al fondo di investimento aziendale 3a ed al 3b.

3d. Fondo di appropriatezza prescrittiva	Si genera qualora la spesa farmaceutica consolidata 2025 sia minore dell'obiettivo regionale (vedi art. 6)	Per l'anno 2025 viene portato al 25%, da sommare ai fondi di cui ai punti 3°, 3b e 3c.
3e. Fondo quota variabile governo clinico	Ex art. 47, lettera B), comma I dell'A.C. N.	
3f. Fondo associazionismo e personale		Pari alla spesa storica 2024 di 9.769.831,53€, incrementato per l'anno in corso di ulteriori 400.000€
3g. Fondo attività a rapporto orario	Da bilancio aziendale	40.000€

4. In sintesi, le soglie di accesso ai fondi sono così articolate:



4. I fondi di cui ai punti 3a, 3b, 3c, 3d si vanno a sommare per finanziare l'incentivazione dei risultati relativi agli obiettivi di appropriatezza sia farmaceutica che specialistica raggiunti. Il fondo quota variabile finanzia il pagamento degli obiettivi di salute. Il fondo associazionismo viene impiegato per l'associazionismo E PERSONALE.

Art. 6 - Fondo di appropriatezza prescrittiva

1. In applicazione e nel rispetto delle modalità previste dall'AIR di cui alla DGR 1231/2012 è costituito il Fondo di appropriatezza prescrittiva farmaceutica in cui confluiranno eventuali risorse derivanti da una minore spesa farmaceutica rispetto a quella attribuita all'Azienda dal competente settore regionale.

2. Il fondo appropriatezza prescrittiva, proveniente dal risparmio farmaceutica, è suddiviso ai sensi del punto 6 dell'AIR D.G.R.T. n. 1231 del 2012:
 - 25% per investimenti strutturali UCCP.
 - 25% Remunerazione obiettivi accordi aziendali suddiviso in:
 - a) 12.5 % raggiungimento degli obiettivi della medicina d'iniziativa;
 - b) 12.5 % eventuali obiettivi concordati a livello aziendale.
3. Il fondo inizierà ad alimentarsi qualora la spesa complessiva dell'Azienda per la farmaceutica convenzionata risulti inferiore al budget regionale assegnato in corso di definizione, andando a costituire il fondo di appropriatezza 2025.
3. Una volta precisato l'obiettivo regionale di cui al punto 2, questo sarà comunicato alle OO.SS.
3. Per l'anno 2025 la quota destinata al raggiungimento degli obiettivi del presente AAA viene incrementata fino al 25%, nelle more della riattivazione della sanità d'iniziativa.

TITOLO III - OBIETTIVI DI SALUTE

Art. 7 - Definizione degli obiettivi di salute

1. **Obiettivo 1: Vaccinazione antipneumococcica** (come previsto da AIR 2006)
 Indicatore: Tasso di copertura vaccinale vaccinazione antipneumococcica nei nati nel 1960 (una dose).
 Obiettivo: copertura vaccinale del 40%
 Rilevazione: il numeratore viene rilevato sulla base delle vaccinazioni inserite su SISPC. Al numeratore va aggiunto il numero di assistiti nati nel 1960 (indipendentemente dal mese di nascita), contattati dal medico, che rifiutano la vaccinazione (registrando il dissenso informato su SISPC). Il denominatore è costituito dal numero di assistiti nati nel 1960 che risultano iscritti al medico alla data del mese successivo alla firma dell'AAA.
2. **Obiettivo 2: Prevenzione tromboembolie**
 Indicatore: Numero di assistiti con età 65 e più portatori di fibrillazione atriale trattati.
 Obiettivo: Raggiungere un target di almeno il 4% di pazienti portatori di fibrillazione atriale e fra questi evidenziare i pazienti affetti da fibrillazione atriale rispettivamente trattati con:
 - NAO (anticoagulanti diretti inibitori della trombina B01AE07 o del fattore Xa B01AF01, B01AF02, B01AF03)
 - TAO (anticoagulanti dicumarolici warfarin B01AA03 o acenocumarolo B01AA07)
 - Altra terapia.
 Rilevazione: i dati anonimizzati devono essere consegnati alla Zona Distretto di competenza entro il 31.01.26. I dati saranno utilizzati anche per valutare la variabilità fra AFT/Zone Distretto.
3. **Obiettivo 3: Prevalenza ipertensione arteriosa**
 Indicatore: % pazienti di età 16 e più anni portatori di ipertensione arteriosa codificata con ICD9CM 401 (ipertensione arteriosa senza danno d'organo) e 405 (ipertensione arteriosa con danno d'organo).
 Obiettivo: $\geq 20\%$
 Rilevazione: i dati numerici vengono consegnati alla Zona Distretto di competenza entro il 31.01.26, e conservati dal medico per eventuali verifiche. I dati saranno utilizzati anche per valutare la variabilità fra AFT/Zone Distretto.

4. Gli obiettivi di salute si applicano ai medici di assistenza primaria a ciclo di scelta ed a rapporto unico quando ci sono scelte.

Art. 8 - Modalità di rendicontazione e liquidazione

1. Ogni obiettivo di salute pesa il 33% della retribuzione.
2. I compensi saranno così distribuiti:
 - a. 100% per il totale raggiungimento degli obiettivi di salute, in proporzione ai mesi per i quali l'attività è stata svolta.
3. La parte restante del fondo che residua dal punto 1 sarà redistribuita ai medici che hanno raggiunto gli obiettivi.
4. La liquidazione della prima tranche sarà effettuata con il cedolino cassa giugno. La redistribuzione dei residui avverrà nel cedolino cassa settembre.
5. Vengono esclusi dalla valutazione degli obiettivi i medici che nell'anno 2025 abbiano avuto un rapporto convenzionale di durata inferiore a 4 mesi.
6. L'adesione all'accordo aziendale è condizione per accedere al fondo di governo clinico, come previsto dall'AIR 2005.
7. Il mancato raggiungimento degli obiettivi dovuto a cause non dipendenti dall'attività del medico potrà essere segnalato con documentazione a supporto al Direttore del Dipartimento Medicina Generale e sarà valutato congiuntamente al Dipartimento Sanità Territoriale, nonché sottoposto a parere del Comitato aziendale.

TITOLO IV - OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA

Art. 9 - Appropriatezza prescrittiva e governo clinico

1. L'ASL Toscana Nord-Ovest, riconoscendo il ruolo fondamentale dei Medici di Medicina Generale (MMG) nella gestione delle cure primarie e nell'assistenza ai pazienti, definisce il presente accordo per il governo dell'assistenza farmaceutica e specialistica.
2. L'accordo prevede l'individuazione di obiettivi strategici che permettono di promuovere l'appropriatezza d'uso dei farmaci con particolare attenzione al rapporto costo/efficacia, ai fini di una corretta allocazione delle risorse.
3. Definisce, inoltre, azioni e strumenti che permettano di razionalizzare ed ottimizzare le prescrizioni in campo farmaceutico e specialistico al fine garantire la sostenibilità complessiva del sistema sanitario e liberando risorse da reimpiegare per migliorare la qualità dell'assistenza della medicina generale.
4. Gli articoli che seguono individuano gli obiettivi di appropriatezza prescrittiva.
 1. Per la farmaceutica, gli strumenti e le azioni per il perseguimento di tali obiettivi sono riportati in allegato 1.
 2. Eventuali fattori esterni che comportino variazioni non prevedibili e non correlate alla responsabilità dei medici di assistenza primaria saranno vagliati in sede di valutazione dei risultati.

Art. 10 - Retribuzione per il raggiungimento degli obiettivi dell'AAA

1. Con il presente accordo si assegna un'incentivazione per il raggiungimento degli obiettivi ai medici singoli e alle AFT qualora siano raggiunti gli obiettivi indicati negli

articoli seguenti. Il fondo per la retribuzione di risultato è quello indicato all'art. 5 comma 3 del presente AAA.

2. L'intero fondo, di cui al comma precedente, viene erogato in modo proporzionale al risultato raggiunto e agli assistiti in carico.
3. Gli assistiti in carico al singolo medico e dell'AFT saranno determinati in rapporto alla media annua degli assistiti pesati calcolati mese per mese.
1. Il fondo legato alla retribuzione di risultato viene così suddiviso:

Aggregazione	Percentuale
A) Singolo Medico	60%
B) AFT	40%

5. Qualora si costituisca solo il fondo accessorio aziendale di cui al punto 3a e 3b dell'art. 5, la remunerazione si applica solo ai MMG singoli che hanno raggiunto l'obiettivo di spesa pro capite assegnato.
6. Il fondo viene suddiviso per obiettivo in base alle percentuali assegnate negli articoli 12 e 13. La cifra spettante a ciascun obiettivo viene suddivisa per il totale degli assistiti in carico ai medici che hanno raggiunto l'obiettivo stesso e quindi calcolata per ciascun medico/AFT.
6. Per la retribuzione di AFT il coordinatore valuta la modalità di ripartizione dell'incentivo fra i medici e la comunica al Dipartimento Medicina Generale.
7. La liquidazione sarà effettuata con il cedolino cassa settembre 2026 se disponibili tutti i dati (compreso presenze riunioni di AFT/facilitatore e della definizione della ripartizione per la retribuzione di AFT).

Art. 11 - Meccanismo di calcolo della prescrizione farmaceutica

1. Per spesa pro capite pesata s'intende quella attribuita agli assistiti pesati in carico ai singoli MMG, prescritta dal medico stesso, da altri MMG e dalla continuità assistenziale, ad eccezione delle prescrizioni effettuate da specialisti dipendenti e convenzionati per i farmaci dispensati nei canali farmaceutica convenzionata e Distribuzione per Conto. È esclusa la distribuzione diretta.
2. È esclusa la spesa imputabile ai farmaci su Piano Terapeutico/scheda di prescrizione e quella dovuta a farmaci di esclusiva prescrizione specialistica.
3. Sono esclusi i farmaci S01E Anti-glaucoma, la cui scelta del farmaco e dosaggio sono stabiliti dallo specialista oculista, in base alla tipologia di glaucoma e alla risposta del paziente.
4. Sono escluse dal calcolo del risultato individuale e di AFT le specialità medicinali che con determina AIFA 296/2025 sono transitate dal regime di classificazione A-PHT alla classe A (glifozine).
5. La spesa farmaceutica convenzionata imputata al MMG e alle AFT è così calcolata: i farmaci a brevetto scaduto sono valorizzati al prezzo di rimborso come da DGRT in vigore al momento della rilevazione, quelli a brevetto non scaduto sono valorizzati al corrispondente prezzo al pubblico.
6. Per la Distribuzione diretta e la DPC i farmaci sono valorizzati a prezzo di listino ESTAR o prezzo medio di acquisto in caso di non disponibilità.

Art. 12 - Obiettivi e retribuzione per singolo MMG

1. La retribuzione di risultato del singolo medico è valutata in base agli indicatori ed agli obiettivi di appropriatezza riportati nella tabella sottostante.

Settore	INDICATORI	OBIETTIVI	INCENTIVO
A. Farmaceutica	A1. Spesa pro capite pesata	<= al budget assegnato, pari a 118.40 € [nota: escluse glifozine]	30%
	A2. Prescrizione di antibiotici sistemici (J01)	Consumo di antibiotici per 1.000 abitanti (Nuovo Sistema di Garanzia) <4762	15% o, in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo A1 ma con A.2 raggiunto: =>25%
B. Specialistica	B1. Riduzione delle prescrizioni di diagnostica per immagini per le quali sono previste note di appropriatezza	-10% rispetto al 2024	10%
C. Vaccinazioni	C1. Tasso vaccinazione antiinfluenzale ultra 65 anni	Copertura >= media regionale	5%

- 1.
7. Il medico che non partecipa ad almeno 40% delle riunioni di AFT nell'anno non avrà diritto alla retribuzione di AFT e la remunerazione come singolo medico sarà diminuita del 10%. Per l'anno 2025 il conteggio sarà fatto sui mesi restanti dell'anno a partire dalla delibera di recepimento dell'AAA.
8. Sono esclusi dall'incentivo i medici che hanno un rapporto convenzionale inferiore a sei mesi nell'anno.
9. L'Azienda fornirà mensilmente ai MMG un report aggiornato con i dati delle prescrizioni farmaceutiche. I report saranno resi disponibili sulla piattaforma Medicodigitale:
- il Coordinatore di AFT avrà accesso ai report della propria AFT e dei singoli medici afferenti alla AFT;
 - il medico facilitatore avrà accesso ai report delle AFT del proprio ambito di intervento;
 - il Direttore del Dipartimento della Medicina Generale avrà accesso ai report di tutte le AFT della ASL.
10. I report sulla distribuzione farmaci in RSA saranno resi disponibili (con accesso ai soli coordinatori di AFT) con modalità che saranno comunicate successivamente.

11. I report sulla specialistica saranno resi disponibili con modalità che saranno comunicate successivamente a tutti i medici.

Art. 13 - Obiettivi e retribuzione per AFT

1. La retribuzione di risultato delle AFT è valutata in base agli indicatori ed agli obiettivi riportati nella tabella sottostante.

SETTORE	INDICATORI	OBIETTIVI	INCENTIVO
A. Farmaceutica	A1. Spesa pro capite pesata	≤ budget pesato, pari a 118.40 € [nota: escluse glifozine]	15%
	A2. Distribuzione diretta in RSA	80% della spesa in Distribuzione Diretta	6%
	A3. Prescrizione di antibiotici sistemici (J01)	Consumo di antibiotici per 1.000 abitanti (Nuovo Sistema di Garanzia) <4762	4%
	A4. Pazienti anziani in politerapia (75+ trattati con ≥ 10 classi farmaceutiche (ATC IV livello)	≤ anno 2024	4%
	A5. Consultazione report appropriatezza farmaceutica su Medicodigitale	Almeno 6 accessi (log rilevati tramite il portale) per ciascun medico dell'AFT	1%
B. Specialistica	B1. Riduzione delle prescrizioni di diagnostica per immagini per le quali sono previste note di appropriatezza	-10% rispetto al 2024	4%
	B2. Tasso di prescrizione visite	≤ alla media regionale per le Zone superiori nel 2024 o mantenimento per le Zone sotto o in media. Il dato è sterilizzato dalla mancata prescrizione specialistica. La mancata prescrizione specialistica è calcolata sulla base della differenza zonale del tasso di prescrizione dei controlli da parte degli specialisti rispetto alla media regionale. Il	4%

		dettaglio è riportato in allegato 2.	
C. Vaccinazioni	Tasso vaccinazione anti-influenzale ultra 65 anni	Copertura >= media regionale	2%

2.

- La spesa pro-capite per assistito pesato è calcolata con la modalità riportata all'art. 11.
- Sono esclusi dall'incentivo i medici con una presenza nell'AFT inferiore a sei mesi.
- Il medico che non partecipa ad almeno 40% delle riunioni di AFT nell'anno non avrà diritto alla retribuzione di AFT e la remunerazione come singolo medico sarà diminuita del 10%. Per l'anno 2025 il conteggio sarà fatto sui mesi restanti dell'anno a partire dalla delibera di recepimento dell'AAA.

Art. 14 – Obiettivi per i medici a rapporto orario

- Il medico ad attività oraria concorre agli obiettivi della AFT di appartenenza e a realizzare la continuità terapeutica sul territorio evitando spreco nell'uso delle risorse disponibili, nel rispetto delle indicazioni e limitazioni previste dalle note AIFA e delle linee di indirizzo di una medicina basata sulle evidenze
- Per l'anno 2025 l'accesso al fondo medici ad attività oraria è collegato al raggiungimento a livello del singolo medico titolare di rapporto orario del seguente obiettivo:

SETTORE	INDICATORI	OBIETTIVI	INCENTIVO
A. Farmaceutica	A1. Prescrizione antibiotici sistemici (J01)	70% antibiotici Access su totale	100%

- La remunerazione sarà ridotta del 50% nel caso in cui il medico che non partecipi ad almeno 40% delle riunioni di AFT nell'anno. Per l'anno 2025 il conteggio sarà fatto sui mesi restanti dell'anno a partire dalla delibera di recepimento dell'AAA.

Art. 15 - Medici Facilitatori

- Il Medico Facilitatore supporta il raggiungimento degli obiettivi aziendali e del presente AAA in tema di appropriatezza prescrittiva. A tal fine predispone e diffonde report informativi, in collaborazione con la UOC Governo Appropriatezza Prescrittiva farmaceutica ed il Dipartimento della Medicina Generale, anche tramite riunioni specifiche, in cui sono presenti sia i coordinatori di AFT che i medici facenti parte della AFT stessa in caso di problematiche specifiche. Su tematiche di impatto locale partecipa agli incontri fra AFT e specialisti dipendenti.
- Il Medico Facilitatore, presente nella misura di uno per ciascuna ex ASL per un totale di 5, deve possedere requisiti specifici:

- 2.1. Curricolari: di formazione specifica sui temi dell'appropriatezza e della formazione; partecipazione alle attività informative e formative aziendali relative all'appropriatezza sia farmaceutica che specialistica;
- 2.2. Profilo prescrittivo: in linea con la media aziendale sia in termini di spesa che di appropriatezza prescrittiva negli ultimi tre anni.
3. L'individuazione dei Medici Facilitatori avviene nell'ambito del Comitato di Dipartimento di Medicina Generale entro il 31.12.25. La durata dell'incarico, conferito dal Direttore Generale, è triennale. Con l'anno 2026 le cariche dovranno essere riconfermate alla luce del nuovo AAA.
4. L'incarico può essere revocato con provvedimento motivato su proposta del Direttore di Dipartimento della Medicina Generale, sentito il Comitato di Dipartimento.
5. Annualmente viene condotta una verifica rispetto al raggiungimento degli obiettivi che è la base per la riconferma della nomina. La riconferma del ruolo di Medico Facilitatore è subordinata al raggiungimento di almeno il 70% del punteggio totale derivante dagli obiettivi di seguito specificati.

Gli obiettivi sono ripartiti come segue in termini di peso sul punteggio totale:

Obiettivo 1: Partecipazione e Conduzione Riunioni AFT: 70% del punteggio totale.

Obiettivo 2: Miglioramento degli Indicatori di appropriatezza per zona di competenza: 30% del punteggio totale come di seguito riportati.

Indicatore	Obiettivo
ADI/ADP: > DD (report a parte)	Avvio DD (> vs media aziendale)
Ossigeno gassoso in convenzionata	< 20% vs 2024
PPI	UP procapite pesate <23

7. Ai fini della liquidazione il facilitatore deve presentare annualmente una relazione dell'attività svolta, corredata dai verbali delle riunioni organizzate e dai report elaborati e trasmessi, al Direttore del Dipartimento di Medicina Generale.
8. Si richiede che il Medico Facilitatore svolga un minimo di dieci riunioni all'anno. Le riunioni possono essere svolte anche accorpendo più AFT della stessa Zona-Distretto e potranno svolgersi in presenza o in videoconferenza.
9. In ogni caso le riunioni devono essere documentate da verbale su modello concordato con gli argomenti discussi e corredato di foglio firme o apposito elenco dei partecipanti e tutta la documentazione dovrà essere inviata entro 15 giorni dalla data della riunione al Direttore del Dipartimento della Medicina Generale. L'invio cartaceo dell'elenco delle presenze sarà sostituito da idoneo strumento informatico.
10. Il compenso per il Medico Facilitatore è pari a € 10.000 annui onnicomprensivi, proporzionati al numero di mesi/anno per cui svolge attività.
11. Tale importo sarà ridotto del 10% in caso di mancato raggiungimento del budget assegnato per la spesa farmaceutica alla ex ASL di riferimento.

12. Il compenso del medico facilitatore è legato proporzionalmente al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

Settore	Indicatore	Obiettivo	Percentuale
a. Farmaceutica	A1. Riunioni di AFT	Almeno 10 riunioni/anno	80%
	A2. Appropriately prescrittiva farmaceutica e specialistica	Indicatore di sintesi: % degli indicatori raggiunti $\geq 70\%$ zona di competenza: come riportati art. 15 punto 6	20%

13. La figura del facilitatore sarà ridiscussa nell'ambito dell'AAA 2026.

TITOLO V - SVILUPPO DELL'ASSOCIAZIONISMO

Art.16 - Presenza riunioni di AFT

- La partecipazione dei MMG alle riunioni di AFT è considerata strumento essenziale per un confronto tra pari, per la comunicazione capillare di informazioni, per il perseguimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva e per il corretto utilizzo delle risorse.
- Ciascun coordinatore di AFT indice la riunione di tutti i medici facenti parte della AFT, compresi i medici ad attività oraria. Per l'anno 2025 sono previste almeno sei riunioni l'anno e si stabilisce che:
 - almeno due riunioni/anno devono avere come oggetto l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica
 - almeno due riunioni/anno devono avere come oggetto l'appropriatezza prescrittiva specialistica
 - almeno due riunioni/anno su attività di prevenzione e sani stili di vita, screening, AFA, vaccinazioni, anticoncezionali consultorio, trasporti sanitari, ecc.
- Le riunioni sull'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e specialistica devono avvenire con l'invito del farmacista Governo Appropriately Prescrittiva, Direttore del Dipartimento di Medicina Generale e Facilitatore
- Ciascun coordinatore indice la riunione di tutti i MMG facenti parte della AFT; le riunioni possono essere condotte in presenza o in videoconferenza
- In ogni caso le riunioni devono essere documentate da verbale su modello concordato con gli argomenti discussi e corredato di foglio firme o apposito elenco dei partecipanti redatto a cura del coordinatore di AFT.

6. L'elenco dei partecipanti ed i verbali devono essere inviati al Direttore del Dipartimento della Medicina Generale entro il 15 gennaio dell'anno successivo.
7. L'invio cartaceo dell'elenco delle presenze è sostituito da idoneo strumento informatico.
8. Il medico che non partecipa ad almeno il 40% delle riunioni di AFT nell'anno non avrà diritto alla partecipazione alla retribuzione degli obiettivi di AFT e la remunerazione come singolo medico sarà diminuita del 10%. Per l'anno 2025 il conteggio sarà fatto sui mesi restanti dell'anno a partire dalla delibera di recepimento dell'AAA.
9. Ciascuna riunione viene retribuita con un importo pari a 50€ a partecipante. Le riunioni remunerate sono in totale sei e sono quelle definite a punto 2.

Art. 17 - Indennità di cooperativa

1. La DGRT n. 1015/2005 precisa che il riconoscimento dell'indennità di cooperativa, pari a quello della medicina di gruppo, è subordinato alla stipula di uno specifico accordo contratto con l'Azienda, i cui contenuti saranno obbligatori per tale forma associativa ed è legata al raggiungimento degli obiettivi concordati. Tale contratto stabilirà standard organizzativi ed assistenziali dei soci della cooperativa medica, aggiuntivi rispetto a quelli già individuati sia per i medici singoli che per le altre forme associative e obiettivi per il periodo di vigenza dell'accordo contratto.
2. L'indennità riconosciuta per i componenti delle cooperative mediche decorre dalla data di stipula dell'accordo contratto, è legata al raggiungimento degli obiettivi concordati e non è cumulabile con quella delle altre forme associative.
3. Qualora al medico sia già riconosciuta una indennità per associazionismo prevista dall'A.I.R., questa viene conservata e l'indennità di cooperativa viene diminuita del valore dell'indennità per associazionismo già riconosciuta.
4. L'indennità di Cooperativa viene riconosciuta economicamente dal primo luglio dell'anno in corso se il medico entra a far parte della Cooperativa nei primi sei mesi dell'anno o con decorrenza dal primo gennaio dell'anno successivo qualora l'iscrizione alla Cooperativa avvenga nel secondo semestre dell'anno, ferma restando la condizione di cui al punto 1 del presente articolo.
5. Nel caso in cui una cooperativa non raggiunga gli obiettivi concordati, l'Azienda provvederà al recupero della relativa indennità per l'anno di riferimento degli obiettivi stessi.

Art. 19 - Sviluppo forme associative

1. È volontà dell'Azienda consentire il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata anche attraverso un incremento delle indennità di associazionismo, collaboratore di studio e infermieristico.
2. Nelle more del nuovo AIR le domande per associazionismo e personale continueranno ad essere ricevute, esaminate con cadenza quadrimestrale e concesse secondo l'ordine temporale con cui sono pervenute nel rispetto dei fondi disponibili.
3. Per l'anno 2025, l'Azienda incrementa di ulteriori 400.000€ le risorse destinate all'associazionismo. Tali risorse aggiuntive dovranno essere utilizzate per avviare una politica di maggiore omogeneità di distribuzione dell'associazionismo fra le Zone Distretto. Saranno quindi utilizzate per investire sulle domande di collaboratore di

studio giacenti e per coprire le domande di associazionismo giacenti e successivamente il personale infermieristico. Il fondo sarà interamente distribuito.

4. Non saranno più garantiti i subentri, salvo casi in cui la cessazione di un medico in assenza di subentro porterebbe al decadere della forma associativa in essere. Le cessazioni alimenteranno un fondo strutturale che ogni quattro mesi verrà redistribuito in base all'ordine di presentazione delle domande di associazionismo e personale. Il fondo sarà ripartito tra quote per le indennità per personale e quote per le indennità di associazionismo con le stesse proporzioni dell'AAA precedente.

TITOLO VI - SVILUPPO DELLA RETE DI PROSSIMITA'

Art. 20 - Case della Comunità

1. L'Azienda USL Toscana Nordovest è impegnata nel raggiungimento dei target dettati dal PNRR e dal DM 77/22.
2. I Medici del ruolo unico, i medici a ciclo di scelta e a rapporto orario partecipano alle case della comunità nelle modalità indicate dal modello organizzativo nazionale e regionale.
3. Nelle more dell'uscita dell'AIR, le OO.SS. confermano l'impegno della Medicina Generale nel perseguimento degli obiettivi PNRR e DM 77/22. Dovrà essere garantita la partecipazione della Medicina Generale tramite il Dipartimento a specifici gruppi di lavoro orientati a dare concreta applicazione al modello a livello della Azienda USL Toscana Nordovest.
4. Per ogni Casa della Comunità deve essere sottoscritto uno specifico Accordo con indicati obiettivi e indicatori concordati.
5. Gli accordi in essere si riallineano progressivamente a quanto previsto ai commi 4 e 5.
6. Gli obiettivi dell'accordo di cui al punto 4 sono orientati a quanto previsto dal DM77/22 ed in particolare allo sviluppo della telemedicina, della diagnostica di primo livello e dell'attività in equipe con la Casa della Comunità.

Pisa, 25.07.2025

Delegazione di Parte Aziendale

Delegato della Direzione ASL TNO
 Dr.ssa Sandra Gostinicchi

Delegazione di parte Sindacale

FIMMG Dr. Massimo Angeletti

FIMMG Dr. Andrea Dinelli

FIMMG Dr. Luca Puccetti

FIMMG Dr.ssa Francesca Giovane

FIMMG Dr. Alessandro Squillace

SNAMI Dr. Alessio Lambardi

SNAMI Dr. Fontana Franco

SMI Dr. Fabiani Giorgio

FMT Dr. Victor Picasso

Azienda USL Toscana nord ovest



Allegato 1 - Strumenti e azioni per il perseguimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva

1. Costituiscono **strumenti di governo clinico** finalizzati al raggiungimento degli obiettivi del presente accordo:

- Rivalutazione dei pazienti in terapia con **PPI**, tenuto conto delle limitazioni d'uso a carico SSN (a garanzia del rispetto delle Note AIFA 1 e 48), delle possibili interazioni farmacologiche, degli effetti collaterali nel contesto della terapia complessiva del paziente e dei criteri per la progressiva deprescrizione con riduzioni o sospensioni graduali delle terapie. Indicatore da monitorare: UP procapite pesate ≤ 23
- Rivalutazione dei pazienti in terapia con PUFA (omega-3), tenuto conto delle limitazioni d'uso a carico SSN (rispetto indicazione da nota AIFA 13 e non più previsto l'impiego in profilassi secondaria dopo infarto). Indicatore da monitorare: UP/100 assistibili annue < 200
- Prescrizione della Vitamina D (colecalfiferolo) nel rispetto delle indicazioni della nota AIFA 96 e relativi aggiornamenti; utilizzo delle formulazioni multidose al posto di quelle monodose più costose. Indicatori da monitorare: -costo 10.000UI $< 0.50\text{€}$; DDD per 1.000 abitanti pesati/die $\leq 123,4$; Nota 96: quantitativo (DDD) per assistibile (pesato annuo) ≤ 26.90 - prescrizione di confezioni monodose in DDD inferiore al 10% del totale delle DDD prescritte;
- Uso appropriato degli antibiotici sistemici: contribuire al contenimento del consumo territoriale di antibiotici sistemici al fine di contrastare l'antibiotico resistenza. Indicatori da monitorare: Consumo antibiotici sistemici < 10 DDD per 1.000 abitanti/die; % consumo antibiotici Access (classificazione AWARE) sul consumo totale di antibiotici sistemici $\geq 60\%$; Consumo di antibiotici per 1.000 abitanti (Nuovo Sistema di Garanzia) $< \leq 4762$; Consumo di antibiotici sul territorio riduzione del 15% rispetto al 2022
- Uso appropriato Rifaximina: indicatore da monitorare: N° confezioni annue ogni 1.000 assistibili < 120
- Uso appropriato dei farmaci inalatori per la BPCO secondo le indicazioni previste dalla nota AIFA 99, con rivalutazione delle terapie per BPCO con LABA+ICS. Indicatore da monitorare: riduzione di almeno il 10% rispetto al valore del 2023 delle DDD per 1000 abitanti pesati/die delle associazioni precostituite LABA+ICS BPCO; (Nota 99: % DDD a base di adrenergici + corticosteroidi (LABA+ICS) rispetto a tutti farmaci inalatori (Escluso triplice, salbutamolo e fenoterolo $<$ media aziendale)
- Pazienti (nota 97) arruolati con NAO (dabigatran e rivaroxaban) sul totale della classe $\geq 70\%$
- Farmacovigilanza: sensibilizzazione al monitoraggio della sicurezza d'uso dei farmaci e vaccini. Indicatore da monitorare: numero di segnalazioni di reazioni avverse a farmaci > 2024

1. Sono da ritenersi **prioritari** gli interventi relativi ai seguenti indicatori di qualità correlati a farmaci critici per consumi e spesa:

- PPI: UP procapite pesate < 23
- Vitamina D (colecalfiferolo): costo 10.000UI $< 0.50\text{€}$; DDD per 1.000 abitanti pesati/die $\leq 123,4$; nota 96 DDD/100 assistiti; prescrizione di confezioni monodose in DDD inferiore al 10% del totale delle DDD prescritte; nota 96: quantitativo (DDD) per assistibile (pesato annuo) ≤ 26.90

- Antibiotici sistemici: consumo giornaliero antibiotici sistemici < 10 DDD per 1.000 abitanti die; % consumo antibiotici Access (classificazione AWARE) sul consumo totale di antibiotici sistemici $\geq 60\%$; consumo di antibiotici per 1.000 abitanti (nuovo sistema di garanzia) ≤ 4762
- Rifaximina: indicatore da monitorare: N° confezioni annue ogni 1.000 assistibili < 120
- Antidepressivi: Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti < media aziendale
- Eparine a basso peso molecolare e fondaparinux: consumo (DDD) ogni 1.000 assistibili/die < 6,5
- Incremento utilizzo, per pazienti cronici e stabili, di confezionamenti con maggior numero di unità posologiche e associazioni precostituite;
- Incremento di utilizzo dei farmaci con il miglior rapporto costo/beneficio
- Impegno DD RSA/ADI/ADP
- Riconciliazione e deprescrizione su pazienti politrattati in collaborazione con Medici Specialisti: % di pazienti trattati sopra 75 anni con più di 10 classi farmaceutiche (ATC IV) < media aziendale
- Promuovere la digitalizzazione delle schede relative alla Nota 97
- Promuovere l'appropriatezza della prescrizione di ossigeno gassoso: consumo ossigeno gassoso in incremento del 10 % in erogazione diretta

1. Le **azioni raccomandate** per il perseguimento degli obiettivi di governo clinico sono le seguenti:

- Incontri con Governo Appropriately Prescrittiva Farmaceutica con presentazione della reportistica e dello stato di raggiungimento degli obiettivi; riservare un momento di confronto interno tra MMG della stessa AFT sui dati prescrittivi dei singoli medici nell'ottica di ridurre variabilità ed inappropriately;
- Incontri con i singoli MMG per analisi puntuali della spesa e dell'appropriatezza prescrittiva;
- Incontri con i MMG neo-convenzionati per sensibilizzazione/informazione;
- Incontri periodici regolari con coordinatori di AFT per condividere i dati relativi ai farmaci ad alto impatto prescrittivo/margine di inappropriately ed eventuali strategie di intervento da trasferire ai MMG delle relative AFT nell'ottica di ridurre variabilità e inappropriately;
- Coinvolgimento durante gli incontri di AFT di uno o più specialisti che lavorano in quello specifico territorio per favorire il confronto e l'uniformità delle azioni.
- Incontri multidisciplinari Ospedale-Territorio sui temi dell'appropriatezza prescrittiva organizzati per zona. L'obiettivo degli incontri è di informazione/formazione finalizzata al governo dell'assistenza farmaceutica grazie alla condivisione fra specialisti e MMG di modalità e criteri per la prescrizione appropriata dei farmaci.
- Realizzazione di incontri con la popolazione (ove possibile almeno un incontro per zona)

VISITE SPECIALISTICHE ANNO 2024										
ASL TOSCANA NORD OVEST	POPOLAZIONE	TASSO PRESCRITTIVO CONTROLLI SPECIALISTI ASLTNO	TASSO PRESCRITTIVO CONTROLLI SPECIALISTI HT	TASSO DA INCREMENTARE DA PARTE SPECIALISTI ASLTNO	TASSO PRESCRITTIVO 1 VISITE MMG ASLTNO	TASSO PRESCRITTIVO 1 VISITE MMG STEFILIZZATO ASLTNO	TASSO PRESCRITTIVO 1 VISITE MMG RT	RIDUZIONE 1° VISITE (ANNO)	TOT PRESCRIZION 1° VISITE	RIDUZIONE % RIDUZIONE
PISTOIA	201074	463,69	403,51	0	719,34	719,34	595,37	24927	144557	17%
ARRE	135787	431,53			718,94	718,94		16779	98888	17%
ALTA VAL DI CECINA VAL DI FERA	138887	411,47			594,46	594,46				
VALLE TRUSCHE	135037	384,05		19,46	615,34	595,88		69		
IMOFNESE	170199	380,51		23	752,96	729,96		22907	130026	18%
VERGILIA	159387	345,43		58,08	705,01	646,93		8218	111792	7%
ELBA	31392	331,74		71,77	331,74	259,97				
PIANA DI LUCCA	169615	295,64		107,87	612,65	504,78				
VALLE DEL SEROHO	52824	281,89		121,62	559,48	437,86				
LUNIGIANA	51195	256,36		147,15	680,57	503,42				

