

**ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE
MEDICI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST**

ANNO 2026

TITOLO I - DISPOSIZIONI GENERALI	1
Art. 1 - Campo di applicazione.....	1
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
TITOLO III - OBIETTIVI DI SALUTE.....	4
Art. 6 - Definizione degli obiettivi di salute	4
Art. 7 - Modalità di rendicontazione e liquidazione	5
TITOLO IV - OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA	5
Art. 8 - Appropriatezza prescrittiva e governo clinico.....	5
Art. 9 - Retribuzione per il raggiungimento degli obiettivi dell'AAA.....	6
Art. 10 - Meccanismo di calcolo della prescrizione farmaceutica	6
Art. 11 - Obiettivi e retribuzione per singolo MMG	7
Art. 12 - Obiettivi e retribuzione per AFT	8
Art. 13 - Medici Facilitatori	9
TITOLO V - FUNZIONAMENTO DELLE AFT.....	11
Art.14 - Riunioni di AFT.....	11
Allegato 1 – Obiettivo B2. Tasso di prescrizione visite	13

TITOLO I - DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 - Campo di applicazione

1. Il presente Accordo Attuativo Aziendale, di seguito denominato AAA, si applica a tutti i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria iscritti negli elenchi dei comuni appartenenti al territorio dell'Azienda. 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 1252/25, 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. ed all'Accordo Regionale vigente.
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. 15.01.26.
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.

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 15.01.26 – “Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.LGS. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio 2022-2024” (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. 1252 del 11 agosto 2025 – “Approvazione dello schema di Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 4 aprile 2024 - Triennio 2019/2021” e s.m.i.

Art. 3 - Decorrenza, tempi e procedure di applicazione

1. Gli effetti del presente accordo decorrono dal 01.01.26 al 31.12.26.
2. Il presente accordo definisce il finanziamento e gli obiettivi 2026, conserva la propria efficacia fino alla stipula del nuovo Accordo. In caso di approvazione di nuovo atto regionale inerente all'oggetto, sarà adeguato di conseguenza.
3. L'Azienda provvederà a pubblicare sul portale aziendale e a diffonderlo attraverso i Referenti di AFT a tutti i medici operanti sul territorio e ad inviarlo via mail ai singoli medici.
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 e-mail cun.mmg@uslnordovest.toscana.it il diniego entro 10gg dal ricevimento dell'Accordo deliberato.
5. L'Azienda e le OO.SS. si impegnano ad aprire e concludere entro il mese di settembre un tavolo che affronti le tematiche relative a:
 - regolamentazione, assegnazione e svolgimento attività oraria;
 - assistenza in RSA;
 - utilizzo diagnostica in attività oraria;
 - formazione utilizzo diagnostica in attività oraria.
6. Le parti si impegnano a concludere la trattativa dell'AAA 2027 entro dicembre 2026.

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'Area Vasta Nord Ovest, come da DGRT 777/2026, prevede per la spesa farmaceutica pro capite (Acquisti Diretti + Convenzionata) (escluse terapia ad altissimo costo come da accordo Settore-AAOO-AASS) un incremento inferiore al 3,5% rispetto al 2025. Nel 2025 la spesa procapite netta pesata convenzionata della ASL Toscana Nord Ovest è stata pari a € 134,38, quella di RT è stata pari a € 131,21. [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 2026 risulta costituito dai seguenti fondi:

Fondo	Soglia/condizione	Importo
3a. Fondo retribuzione di risultato	Fondo aggiuntivo messo a disposizione dall'Azienda	500.000€
3b. Fondo di appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Componente regionale: si genera se la spesa procapite < media regionale (paragrafo 10.2 dell'AIR DGR 1252/25)	Da calcolare secondo quanto previsto nell'AIR di cui alla DGR 1252/25, art 10*
	Componente aziendale: si genera se la spesa procapite < assegnato (paragrafo 10.2 dell'AIR DGR 1252/25)	Da calcolare secondo quanto previsto nell'AIR di cui alla DGR 1252/25, art 10*
3c. Fondo quota variabile governo clinico	Ex art. 47, lettera B), comma I dell'A.C.N. e punto 9.2 Air	

*Qualora l'Azienda raggiunga una spesa procapite media <170€, l'Azienda metterà a disposizione un ulteriore fondo incentivante pari al 30% della minor spesa sostenuta

Non viene preso in considerazione il Fondo di appropriatezza prescrittiva specialistica in quanto non attivato dal livello regionale.

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

I fondi di cui ai punti 3a e 3b si vanno a sommare per finanziare l'incentivazione dei risultati relativi agli obiettivi di appropriatezza. Il fondo quota variabile finanzia il pagamento degli obiettivi di salute.

+ ↑ spesa -	Condizione	
	Fondo retribuzione di risultato 500.000	
	Fondo appropriatezza farmaceutica quota regionale Da calcolare	< media regionale procapite
	Fondo appropriatezza farmaceutica quota aziendale Da calcolare	< obiettivo RT 2026

TITOLO III - OBIETTIVI DI SALUTE

Art. 6 - Definizione degli obiettivi di salute

1. Gli obiettivi di salute per l'anno 2026 sono riportati nella tabella che segue:

N°	Area	Indicatore	Obiettivo	Note
1	Vaccinazione antipneumococcica	Tasso di copertura vaccinale nei nati nel 1961 (una dose)	≥ 40%	Rilevazione: il numeratore viene rilevato sulla base delle vaccinazioni inserite su SISPC. Al numeratore va aggiunto il numero di assistiti nati nel 1961 (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 1961 che risultano iscritti al medico alla data del mese successivo alla firma dell'AAA.
2	Follow up Diabete Mellito tipo II	% di pazienti con prescrizione di HbA1c ≥ 1 dosaggio all'anno	≥ 75%	Rilevazione: i dati anonimizzati devono essere consegnati alla Zona Distretto di competenza entro il 31.01.27 e conservati dal medico per eventuali verifiche

3	Prevalenza ipertensione arteriosa	% 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.
---	-----------------------------------	--	------------------------	---

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

Art. 7 - Modalità di rendicontazione e liquidazione

1. Ogni obiettivo di salute pesa il 33% della retribuzione.
2. I compensi saranno distribuiti in base al raggiungimento degli obiettivi di salute, in proporzione ai mesi per i quali l'attività è stata svolta.
1. La parte restante del fondo che residua dal punto 1 sarà redistribuita ai medici che hanno raggiunto gli obiettivi.
2. La liquidazione della prima tranche sarà effettuata con il cedolino cassa giugno. La redistribuzione dei residui avverrà nel cedolino cassa settembre.
3. Vengono esclusi dalla valutazione degli obiettivi i medici che nell'anno 2026 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.
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. 8 - Appropriately 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.
5. 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. 9 - 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.
4. Il fondo legato alla retribuzione di risultato viene così suddiviso:

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

5. Il fondo viene suddiviso per obiettivi in base alle percentuali assegnate negli articoli 11 e 12. 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 2027 se disponibili tutti i dati (compreso presenze riunioni di AFT, facilitatore e della definizione della ripartizione per la retribuzione di AFT).

Art. 10 - 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. È esclusa la distribuzione diretta. Sono escluse le prescrizioni effettuate da specialisti dipendenti e convenzionati.

2. È esclusa la spesa imputabile ai farmaci su Piano Terapeutico.
3. 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.
4. 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. 11 - 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	Spesa procapite pesata <= a 170€ (forecast spesa media aziendale)	45%
	A2. Indicatori Appropriatelyzza	1. Antibiotici: quantità prescritta (DDD) ogni 1.000 assistibili die <10 2. Antidepressivi: DDD antidepressivi ogni 1000 assistibili die < mediana aziendale 3. Inibitori di Pompa: numero medio annuo di compresse di IPP erogate per assistibile < 20 (denominatore: tutti gli assistiti) 4. NAO: % confezioni NAO a brevetto scaduto sul totale delle confezioni ≥ media aziendale 5. Diabete: % DDD Gliflozine sul totale (Gliflozine + Agonisti Glp-1 + doppi agonisti recettoriali GIP/GLP-1) ≥70% 6. Diabete: nuovi pazienti in terapia con analoghi Glp-1/doppi agonisti naive agli A10 < mediana aziendale (target raggiunti per scostamento max 10% secondo Reportistica Medico Digitale)	40% con quota incentivante intera per conseguimento di almeno 3 obiettivi; per conseguimento di almeno il 2 degli obiettivi, l'incentivo è ridotto alla metà
B. Specialistica	B1. Tasso di prescrizione visite	<= alla media regionale per le Zone superiori nel 2025 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 dettaglio è riportato in allegato 1	10%

C. Vaccinazioni	C1. Tasso vaccinazione anti-influenzale ultra 65 anni	Copertura >= media regionale	5%
------------------------	---	------------------------------	----

- Sono esclusi dall'incentivo i medici che hanno un rapporto convenzionale inferiore a sei mesi nell'anno.
- 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 i report delle AFT e dei singoli medici del proprio ambito di intervento;
 - il Direttore del Dipartimento della Medicina Generale avrà accesso ai report di tutte le AFT della ASL.
- I report sulla distribuzione farmaci in RSA saranno resi disponibili con modalità che saranno comunicate successivamente.

Art. 12 - Obiettivi e retribuzione per AFT

- 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	Spesa procapite pesata <= a 170€ (forecast spesa media aziendale)	45%
	A2. Distribuzione diretta in RSA	≥80% della spesa in Distribuzione Diretta	4%
	A2. Indicatori Appropriatazza	1. Antibiotici: quantità prescritta (DDD) ogni 1.000 assistibili die <10 2. Antidepressivi: DDD antidepressivi ogni 1000 assistibili die < mediana aziendale 3. Inibitori di Pompa: numero medio annuo di compresse di IPP erogate per assistibile < 20 (denominatore: tutti gli assistiti) 4. NAO: % confezioni NAO a brevetto scaduto sul totale delle confezioni ≥ media aziendale 5. Diabete: % DDD Gliflozine sul	33% con quota incentivante intera per conseguimento di almeno 3 obiettivi; per conseguimento di almeno il 2 degli obiettivi, l'incentivo è ridotto alla metà

		totale (Gliflozine + Agonisti Glp-1 + doppi agonisti recettoriali GIP/GLP-1) $\geq 70\%$ 6. Diabete: nuovi pazienti in terapia con analoghi Glp-1/doppi agonisti naive agli A10 < mediana aziendale (target raggiunti per scostamento max 10% secondo Reportistica Medico Digitale)	
	A4. Consultazione report appropriatezza farmaceutica su Medico digitale	Almeno 6 accessi (log rilevati tramite il portale) per ciascun medico dell'AFT	3%
B. Specialistica	B1. Riduzione delle prescrizioni di diagnostica per immagini per le quali sono previste note di appropriatezza	-10% rispetto al 2024	5%
	B2. Corretto utilizzo della priorità P in prescrizione dei primi accessi	0% non prescrizione di 1° visite con priorità P IN PRIMO ACCESSO <7% prescrizioni di diagnostica con priorità P IN PRIMO ACCESSO	5%
C. Vaccinazioni	Tasso vaccinazione antiinfluenzale ultra 65 anni	Copertura $\geq$ media regionale	5%

- La spesa pro-capite per assistito pesato è calcolata con la modalità riportata all'art. 10.
- Sono esclusi dall'incentivo i medici con una presenza nell'AFT inferiore a sei mesi.

Art. 13 - 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 Appropriata 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.

2. Il Medico Facilitatore è presente in numero di 5, con le seguenti competenze territoriali
- AFT delle Zone Distretto Apuane e Lunigiana
 - AFT delle Zone Distretto Versilia
 - AFT delle Zone Distretto Valle del Serchio e Piana di Lucca
 - AFT delle Zone Distretto Pisana, AVC – Valdera
 - AFT delle Zone Distretto Livornese, BVC – Val di Cornia
3. deve possedere requisiti specifici:
- 3.1. 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;
- 3.2. Profilo prescrittivo: in linea con la media aziendale sia in termini di spesa che di appropriatezza prescrittiva negli ultimi tre anni.
4. L'individuazione dei Medici Facilitatori avviene nell'ambito del Comitato di Dipartimento di Medicina Generale. La durata dell'incarico, conferito dal Direttore Generale, è triennale.
5. L'incarico può essere revocato con provvedimento motivato su proposta del Direttore di Dipartimento della Medicina Generale, sentito il Comitato di Dipartimento.
6. 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.
7. Gli obiettivi sono ripartiti come segue in termini di peso sul punteggio totale:
- Obiettivo 1: Partecipazione e Conduzione Riunioni AFT: 30% del punteggio totale.
- Obiettivo 2: Conseguitamento degli obiettivi di appropriatezza per zona di competenza: 70% del punteggio totale come di seguito riportati.

Indicatore	Obiettivo
Spesa procapite Ossigeno gassoso in convenzionata	< 15% vs 2025
Indicatori appropriatezza farmaceutica	Raggiungimento degli obiettivi in almeno il 70% delle AFT di competenza
Consultazione report appropriatezza farmaceutica su Medico Digitale	Raggiungimento dell'obiettivo in almeno il 70% delle AFT di competenza

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 omnnicomprensivi, 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 al territorio di competenza.

TITOLO V - FUNZIONAMENTO DELLE AFT

Art.14 - Riunioni di AFT

1. Ai sensi dell'art.29, comma 12 dell'ACN/2026, il funzionamento interno all'interno alla AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato Aziendale su proposta del Dipartimento di Medicina Generale. Le modalità di incontro dei medici, le tempistiche e la regolamentazione degli incontri sono dettagliate all'interno del regolamento.
2. 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.
3. Ciascun referente di AFT indice la riunione di tutti i medici facenti parte della AFT, compresi i medici ad attività oraria, al fine di sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, assicurare la continuità assistenziale della AFT, attuare azione di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili, della prevenzione e attuare gli obiettivi di AFT concordati con l'Azienda. Le riunioni possono essere condotte in presenza o in videoconferenza.
4. 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 referente di AFT.
5. L'elenco dei partecipanti ed i verbali devono essere inviati al Direttore del Dipartimento della Medicina Generale entro il 15 gennaio dell'anno successivo.

6. L'invio cartaceo dell'elenco delle presenze è sostituito da idoneo strumento informatico.
7. L'Azienda considera le riunioni di AFT, le riunioni tra MMG e specialisti quale confronto ospedale/territorio e le riunioni dei Referenti di AFT con le zone Distretto eventi formativi e si attiverà per accreditarle come eventi ECM su richiesta dei referenti di AFT.

Pisa,

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

VISITE SPECIALISTICHE ANNO 2025										
ASL_TOSCANA NORD OVEST	POPOLAZIONE	TASSO PRESCRITTIVO CONTROLLI SPECIALISTI ASL.TNO	TASSO PRESCRITTIVO CONTROLLI SPECIALISTI RT	TASSO DA INCREMENTARE DAPARTE SPECIALISTI ASL.TNO	TASSO PRESCRITTIVO 1 VISITE MMG ASL.TNO	TASSO PRESCRITTIVO 1 VISITE MMG STERILIZZATO ASL.TNO	TASSO PRESCRITTIVO 0.1 VISITE MMG RT	RIDUZIONE 1° VISITE (ANNO)	TOT PRESCRIZION I 1° VISITE	% RIDUZIONE
PISANA	201396	524,76	468,71	0	761,55	761,55	621	28306	153064	18%
APUANE	135542	499,77		0	748,01	748,01		17215	103002	17%
ALTA VAL DI CECINA VAL D'ERA	139023	465,93		2,78	617,49	614,71		-874		
VALLE ETRUSCHE	134782	443,25		25,46	643,63	618,17		-381		
LIVORNESE	169930	456,27		12,44	781,75	769,31		25202	134714	19%
VERSILIA	158938	402,84		65,87	707,53	641,66		3284	112214	3%
ELBA	31403	366,84		101,87	642,42	540,55				
PIANA DI LUCCA	169720	347,76		120,95	626,85	505,9				
VALLE DEL SERCHIO	52732	351,09		117,62	561,54	443,92				
LUNIGIANA	51236	339,45		129,26	705,55	576,29				