



Presidenza del Consiglio dei Ministri

Proposta n. 63 del 28-2-2018

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 65 del 01 MAR, 2018

OGGETTO: REVOCA DCA 144/2017. APPORVAZIONE NUOVO ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE (A.I.R.) PONTE ANNO 2017 PER LA MEDICINA GENERALE – APPROVAZIONE –

Il Dirigente del Settore
Dott. Armando Pagliaro

Il Dirigente Generale
Dott. Bruno Zito

**Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____**



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 65 del 01 MAR. 2018

OGGETTO: REVOCA DCA 144/2017. APPROVAZIONE NUOVO ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE (A.I.R.) PONTE ANNO 2017 PER LA MEDICINA GENERALE - APPROVAZIONE.

IL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente p.t. della Regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente pro tempore della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del D.L. n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri - su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica formulate dal Tavolo interministeriale nei verbali del 19 aprile 2016 e del 26 luglio 2016, con particolare riferimento al Programma Operativo 2016-2018;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) e, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la L. 23/12/2014, n. 190 recante "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*" (legge di stabilità 2015) e s.m.i.;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con l'anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

1. adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli *standard* ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
2. monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
3. adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
4. adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
5. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
6. razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
7. interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
8. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
9. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
10. attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
11. interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
12. adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
13. rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della L. n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
14. tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
15. conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
16. puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con Decreto Legislativo n. 192/2012;

VISTA la nota 0008485-01/08/2017-GAB-GAB-A con la quale il Dott. Andrea Urbani, Direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico da *sub* Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari per la Regione Calabria;

VISTO il DCA n.119 del 4 novembre 2016 con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2016-2018, predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;

RILEVATO che:

- a. l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale sottoscritto - ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. in data 27.05.2009 (quadriennio normativo 2006/2009) e approvato in Conferenza Stato Regioni con atto rep. 93/CSR dell'29.07.2009, tuttora vigente per la parte normativa, come rinnovato in data 8 luglio 2010 per la parte relativa al biennio economico 2008-2009, individua all'art. 4 gli aspetti specifici oggetto di negoziazione regionale ed introduce gli artt. 26 bis (Aggregazioni Funzionali Territoriali), 26 ter (Unità Complesse Cure Primarie), 59 bis (flusso informativo) e 59 ter (Tessera Sanitaria e ricetta elettronica);
- b. l'art. 6 dell'ACN sopra richiamato il quale stabilisce che gli accordi integrativi regionali sono siglati e resi operativi da appositi provvedimenti regionali;
- c. l'art. 14 del suddetto accordo, in armonia con quanto definito all'art. 4, al fine di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo e consentire al contempo il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, demanda alla trattativa regionale la riorganizzazione e definizione dei principali istituti contrattuali sulla base degli indirizzi generali individuati nell'A.C.N.;
- d. l'art. 24 dell'A.C.N. vigente individua nel Comitato Permanente Regionale l'organo preposto alla definizione degli accordi regionali.

DATO ATTO che la previsione della definizione dell'Accordo Integrativo Regionale con i MMG ed i PLS coerente con quanto delineato nel DCA n. 113/2016, rientra nell'ambito delle azioni previste nel P.O. 2016-2018 dal programma 2.1.7 LA RETE ASSISTENZA TERRITORIALE - Azione 2.1.7.2 - INTEGRAZIONE TERRITORIO OSPEDALE E REVISIONE DEI DISTRETTI;

- con DCA n. 76/2015, aggiornato dal DCA 113/2016, è stato definito l'assetto organizzativo delle cure primarie, con particolare riferimento al modello organizzativo delle UCCP e AFT, in accordo con quanto previsto dal Patto della Salute 2014-2016;

ESAMINATO il parere CALABRIA-DGPROGS-25/10/2017-0000138-P

VISTO il Decreto del Dirigente Generale n. 13491 del 14 settembre 2005 e s.m.i. , con il quale, ai sensi dell'art. 24 del citato A.C.N. è stato costituito il Comitato Permanente Regionale preposto tra l'altro alla definizione degli accordi regionali;

ESAMINATO l' articolo 1 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito, con modificazioni, dall' articolo 1, comma 1, della legge 189/2012;

DATO ATTO che in data 14 novembre 2016, dopo numerosi incontri, avvenuti a livello regionale con le Organizzazioni sindacali FIMMG, SNAMI e SMI, INTESA SINDACALE le parti sono addivenute alla stipula dell'A.I.R.- PONTE che fa parte integrante del presente provvedimento;

CONSIDERATO che il suddetto A.I.R.- ponte persegue l'obiettivo della "sostenibilità del Servizio", evidenziandone le criticità e proponendo soluzioni percorribili, pur nel rispetto del quadro normativo di settore attualmente vigente e dei vincoli di natura economica, al fine di raggiungere gli obiettivi di razionalizzazione della spesa, miglioramento dei servizi erogati dalla medicina di base e contenimento dei costi, alla luce di quanto indicato dai provvedimenti che hanno recepito il Piano di rientro, riqualificazione, riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico e il miglioramento dei LEA del S.S.R.;

DATO ATTO che con sentenza n. 2371/2016 il Tribunale Amministrativo Regionale per la Calabria (Sezione Prima), ha accolto il ricorso numero di R.G. 971/2016, proposto da Fulvio Nucci + 7, e, per l'effetto, ha dichiarato l'obbligo della Regione Calabria e del Commissario *ad acta* di provvedere sull'istanza del 16/03/2016 formulata dai ricorrenti volta ad ottenere l'adozione del nuovo accordo integrativo regionale per la medicina generale in Calabria, entro 120 giorni dalla comunicazione in via amministrativa ovvero, se anteriore, dalla notificazione ad iniziativa di parte della medesima sentenza, nominando, per l'ipotesi di persistente inerzia dell'amministrazione intimata, quale commissario *ad acta*, il Prefetto di Catanzaro, con facoltà di subdelega, affinché provveda a dare integrale esecuzione al provvedimento de quo secondo le modalità di cui in motivazione;

- che con nota prot. n. 327752 del 19/10/2017 la Struttura Commissariale ha chiesto al legale del ricorrente e al Commissario *ad acta* nominato dal TAR, Dott.ssa Laura Rotundo, di sospendere temporaneamente l'assolvimento del mandato ricevuto, essendo in corso di imminente appro-

vazione il decreto di recepimento dell'Air stipulato con le associazioni dei Medici di Medicina Generale;

- che il legale dei ricorrenti, in accoglimento della predetta richiesta, ha invitato in pari data la dott.ssa Rotundo, a sospendere temporaneamente le operazioni di insediamento, richieste con pec del 14 ottobre u.s.

VISTE e recepite le osservazioni riportate nel verbale del Tavolo di verifica del 21/11/2017 al capitolo "Integrazione territorio ospedale e revisioni dei distretti", con particolare riferimento alla necessità di:

- modificare la parte inerente alle UCCP, posto che le stesse – ai sensi dell'articolo 5 del Patto per la Salute 2014-2016, nonché del decreto legge n. 158/2012 - dovranno assistere l'intera popolazione del territorio di riferimento e non solo gli assistiti dei medici che la compongono come previsto nel documento in esame;
- corredare la bozza di accordo con una dettagliata relazione tecnica in ordine agli impatti finanziari, atteso che l'allegato 2 al DCA n. 144/2017 contiene unicamente una previsione di redditività.

ATTESA, quindi, la non più rinviabile necessità di definire l'Accordo Integrativo tenuto conto che con esso non solo si evita l'insediamento del Commissario *ad acta* prefettizio, ma si determinano le condizioni per il miglioramento di attività quali: la riduzione della spesa farmaceutica e ambulatoriale, il controllo del numero di accessi al pronto soccorso, il supporto all'estensione degli screening oncologici e al sistema delle vaccinazioni.

RITENUTO, pertanto di dover approvare l'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale della Regione Calabria, nel testo licenziato nella seduta del 7/02/2018.

RITENUTO di demandare a successivo provvedimento, da adottarsi entro 60 gg dalla data di pubblicazione del presente decreto in coerenza con l'art. 1 L. 189/2012, la definizione di un atto di indirizzo per le ASP e con le stesse condiviso finalizzato all'attivazione delle AFT (Aggregazione funzionale territoriale) e delle UCCP (Unità complesse di cure primarie), nel quale devono essere definiti altresì anche gli obiettivi di salute da perseguire, nonché gli indicatori di esito necessari al loro monitoraggio;

RITENUTO di dover ridurre i bacini di riferimento delle UCCP a 60.000 abitanti, a causa dell'orografia e viabilità della Calabria.

RICORDATO che è data possibilità a tutti i medici di medicina generale di unirsi in AFT e UCCP su tutto il territorio regionale, lasciando comunque loro la scelta individuale di unirsi nelle varie aggregazioni.

RITENUTO di dover revocare il DCA n. 144/2017.

RICHIAMATO il D.P.R.G. n. 3 del 23.8.2010 che individua la struttura di supporto del Commissario *ad acta* e del sub Commissario nel Dipartimento Tutela della Salute;

IN ESITO all'istruttoria tecnico-procedimentale condotta dal Dirigente del Settore del Dipartimento Tutela della Salute, competente per materia, a supporto delle attività della Struttura commissariale, e delle risultanze degli atti richiamati nelle premesse;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI REVOCARE il DCA n. 144/2017;

DI APPROVARE l'Accordo Regionale per la Medicina Generale (AIR) per la disciplina dei rapporti con i MMG della Regione Calabria, allegato al presente decreto per formarne parte integrale e sostanziale;

DI DEMANDARE a successivo provvedimento, da adottarsi entro 60 gg dalla data di pubblicazione del presente decreto in coerenza con l'art. 1 L. 189/2012, la definizione di un atto di indirizzo per le ASP e con le stesse condiviso finalizzato all'attivazione delle AFT (Aggregazione funzionale territoriale) e delle UCCP (Unità complesse di cure primarie), nel quale devono essere definiti altresì anche gli obiettivi di salute da perseguire, nonché gli indicatori di esito necessari al loro monitoraggio;

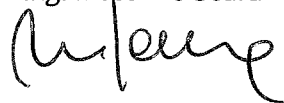
DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso il sistema documentale SIVeAS;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente atto al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale per la pubblicazione del presente provvedimento sul BURC ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Commissario *ad acta*

Ing. Massimo Scura



ACCORDO REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE

7 febbraio 2018

ACCORDO PONTE

PREMESSA

Il principio ispiratore di questa proposta di Accordo Integrativo Regionale risiede nella volontà di fornire alle cittadine e ai cittadini calabresi la migliore assistenza primaria possibile.

Nei sondaggi sia nazionali che regionali, sul grado di soddisfazione della popolazione nei riguardi della sanità, il voto dato ai medici di famiglia risulta essere sempre tra i più alti, se non il più alto.

Ciò nondimeno ampi margini di miglioramento sono possibili nel sistema sanitario calabrese per avvicinare l'assistenza primaria ai cittadini senza costringerli a muoversi, anche per ricevere prestazioni non complesse, verso il più vicino ospedale.

Trasferire quindi, come è corretto fare, molti servizi che oggi intasano gli ospedali, sul territorio, riducendo gli accessi al pronto soccorso e ai poliambulatori e i ricoveri; creare percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) completi, territorio-ospedale-territorio; attivare una prevenzione più efficace nel settore oncologico-screening- e della vaccinazione; migliorare l'appropriatezza prescrittiva nel settore farmaceutico e non solo, per finanziare altri servizi.

Garantire ai medici di famiglia la possibilità di aggregazione e un emolumento incentivante aggiuntivo anche a coloro che fino ad oggi non ne avevano alcuno.

Perché tutto ciò avvenga, occorre incentivare, anche, ma non solo economicamente i medici di famiglia, garantendo loro luoghi e assistenza più idonei e, di converso, occorre che i medici di famiglia sviluppino ulteriormente le capacità aggregative, in una logica di erogazione del miglior servizio per i cittadini e in un clima di fiducia tra la sanità diretta e quella convenzionata.

Per supportare l'incentivazione, vengono utilizzati due strumenti: l'incremento di risorse a disposizione e la loro erogazione, in buona parte, in funzione di obiettivi condivisi e raggiunti.

ASSISTENZA PRIMARIA

Situazione attuale

Modelli organizzativi medicina generale

I modelli organizzativi attuali della medicina generale nella Regione Calabria sono caratterizzati dalla capillarizzazione degli ambulatori convenzionati, per garantire una facile accessibilità alle fasce più deboli della popolazione e, nonostante il recente sviluppo di forme associative più complesse, dalla persistenza di forme associative semplici che, pur rappresentando un'evoluzione rispetto al tradizionale modello del medico singolo, non consentono di esplicitare la massima potenzialità dell'integrazione interprofessionale e interstrutturale.

I dati relativi alla percentuale di popolazione coperta nell'anno 2015 dalle varie tipologie di forme associative consentono di evidenziare la seguente situazione

Percentuale di adesione a forme associative MMG per singola ASP anno 2015

	% Ass. semplice	% Ass. Rete	% Ass. Gruppo	% Ass. Mista
ASP Cosenza	37,79	10,45	13,67	3,37

ASP Crotona	41,42	6,54	13,95	0
ASP Catanzaro	14,05	31,63	13,11	16,43
ASP Vibo V.	18,77	10,71	14,66	6,01
ASP Reggio C.	28,95	0,96	19,37	11,28
% TOTALE popolazione assistita	29,67 484.747	11,42 186.831	15,27 249.817	7,93 129.735

E' evidente che dai dati rilevati emerge una tendenza all'adesione alle forme associative in maniera diversificata nelle diverse AA.SS.PP con superamento, in taluni casi, dei limiti percentuali previsti dall'AIR vigente (DGR 580 /2006 -CAPO II punto 7.1 Forme associative della medicina generale).

Si ribadisce che l'operatività delle forme associative già sperimentate deve transitare nei nuovi modelli organizzativi di seguito descritti nella misura indicata negli atti aziendali.

Oltre alla necessità di definire i principi generali per l'implementazione dei nuovi modelli organizzativi introdotti con il citato DCA 76, essendo da tempo emerse numerose criticità circa l'applicazione degli istituti contrattuali attivati ai sensi dell'AIR di cui alla DGR dell'8 agosto 2006, n. 50 (AIR per la medicina generale ad integrazione dell'ACN 23/03/2005), le parti convengono sulla necessità di sottoscrivere il presente documento, nelle more della definizione del nuovo ACN a stralcio dello stesso.

Le linee guida della presente proposta sono state definite con l'intesa di massima raggiunta presso la struttura commissariale nell'incontro del 17 settembre 2015; nei successivi incontri operativi sono state approfondite le tematiche oggetto della trattativa e che sono:

1. Norme generali: rapporto ottimale; organizzazione delle cure primarie secondo il decreto Balduzzi, Patto per la salute e il DCA 76/2015 (con particolare riferimento all'organizzazione delle UCCP ed AFT); diritti sindacali;
2. 3,08 – particolari attività previste per la sua attuazione:
 - a. Prescrizioni farmaceutiche.
 - b. Vaccinazioni (influenza ed altre vaccinazioni dell'adulto).
 - c. Screening oncologici e ruolo del MMG (DCA 50/2015).
 - d. Informazione/formazione.
3. 0,81: si procederà previa opportune verifiche presso le ASP sulle somme accantonate, a dare seguito all'intesa sulla dematerializzazione
4. 0,20: in attuazione del combinato disposto dell'art. 3, comma 2, e dell'art. 8, comma 7, dell'ACN 2010, la quota sarà attribuita per ciascun assistito dai medici di assistenza primaria, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, in base al numero di assistiti presenti nella loro lista affetti da una o più delle patologie croniche di cui al DM 28 maggio 1999, n. 329. Per tali pazienti i medici di assistenza primaria inviano all'Azienda sanitaria uno specifico prospetto informativo contenente i principali dati epidemiologici relativi ai pazienti cronici in carico. I dati epidemiologici in loro possesso da trasmettere nel prospetto informativo sono individuati e condivisi a livello regionale. Nelle more della definizione del prospetto informativo e della determinazione degli assistiti di che trattasi in carico a ciascun medico, la quota sarà attribuita in riferimento alla popolazione > 65 anni.

Dopo ampio confronto operativo è stato definito il seguente documento:

IPOTESI NORMATIVA:

- Art. 12 comma 12.2 dell'AIR di cui alla DGR dell' 8 agosto 2006 n. 50

Il testo viene così emendato: " il rapporto ottimale viene fissato in 1 medico ogni 1000 assistiti, tale rapporto viene elevato ad 1 medico ogni 1200 assistiti negli ambiti di scelta ove è iscritto almeno 1 medico con meno di 500 scelte".

- Applicazione art. 59 lettera B comma 15 ACN

Sono abrogati i punti 8 e 9 e la norma finale n. 6 dell'AIR di cui alla DGR dell'8 agosto 2006, n. 580. I compensi derivanti dall'applicazione del comma 15 lettera B art. 59 dell' ACN sono erogati ai medici che aderiscono e partecipano in proporzione al raggiungimento individuale dell'obiettivo definito da ciascuna linea progettuale in merito a: programmi regionali ed aziendali di appropriatezza prescrittiva, partecipazione a screening oncologici, raggiungimento dei target aziendali LEA per l'attività di ADI (tenendo presenti le linee guida sulle CDI), programmi di formazione ed informazione ai pazienti (educazione sanitaria, diario della gravidanza, ecc.), raggiungimento delle coperture vaccinali dell'adulto previste dai LEA.

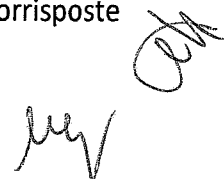
- Applicazione art. 8 tabella B punti 2 e 3 biennio economico 2008-2009

L'aumento previsto all'art. 8 tabella B punti 2 e 3 viene corrisposto contestualmente all'applicazione della ricetta dematerializzata.

APPLICAZIONE ART. 59 LETTERA B COMMA 15 ACN

La quota di € 3,08 viene corrisposta per le seguenti attività secondo il peso percentuale di ciascun obiettivo programmato di seguito indicato:.

1. programmi regionali ed aziendali di appropriatezza prescrittiva (60 % del 3,08): l'attività da svolgere è descritta dai DCA n. 66 del 25 giugno 2015 ed eventuali modifiche ed integrazioni nazionali/regionali e/o aziendali; l'ASP comunica annualmente, sulla base della programmazione regionale, l'obiettivo che ciascun medico deve raggiungere nell'anno in relazione alla popolazione assistita e agli esiti dell'attività delle commissioni di appropriatezza prescrittiva distrettuali; la remunerazione può avvenire nella misura del 50% all'avvio del programma annuale ed il restante 50% a raggiungimento dell'obiettivo individuale; il mancato raggiungimento dell'obiettivo comporta la mancata corresponsione della quota.
2. partecipazione a screening oncologici (25% del 3,08): ciascuna azienda sanitaria provinciale definisce annualmente, sulla base della programmazione regionale, i target di copertura e di adesione aziendali per ciascuno degli screening previsti dai LEA (cervico-carcinoma, mammella e colon-retto); l'ASP comunica il target che ciascun medico deve raggiungere nell'anno in relazione alla popolazione assistita; la remunerazione può avvenire nella misura del 50% all'avvio del programma annuale ed il restante 50% a raggiungimento del target individuale; il mancato raggiungimento dell'obiettivo comporta la mancata corresponsione della quota. Al raggiungimento delle percentuali sopra corrisposte



concorrono anche gli assistiti che autonomamente o inviati dal medico eseguono gli screening. Il medico potrà inviare l'elenco alla ASP entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

3. programmi di formazione ed informazione ai pazienti (educazione sanitaria, diario della gravidanza, ecc.) (5% del 3,08): l'ASP definisce annualmente, sulla base della programmazione regionale, le attività da svolgere e comunica a ciascun medico gli obiettivi prefissati; la remunerazione può avvenire nella misura del 50% all'avvio del programma annuale ed il restante 50% a raggiungimento del target individuale; il mancato raggiungimento dell'obiettivo comporta la mancata corresponsione della quota.
4. raggiungimento delle coperture vaccinali per la popolazione che ne ha diritto (10 % del 3.08): l'ASP comunica annualmente, sulla base della programmazione regionale, gli obiettivi che ciascun medico deve raggiungere nell'anno in relazione alla popolazione assistita separatamente per la vaccinazione anti-influenzale ed anti-pneumococcica previste dal vigente calendario vaccinale; la remunerazione può avvenire nella misura del 30% all'avvio del programma annuale ed il restante 70% a raggiungimento dell'obiettivo individuale; il mancato raggiungimento dell'obiettivo comporta la mancata corresponsione della quota.

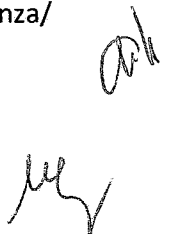
I progetti aziendali, definiti secondo percorsi concordati tra Azienda e OO.SS. di categoria maggiormente rappresentative, sulla base di quanto stabilito a livello regionale, devono prevedere:

- l'adesione e la partecipazione obbligatoria dei medici di Assistenza Primaria
- l'individuazione di adeguati meccanismi di verifica del raggiungimento degli obiettivi
- la partecipazione dei medici in forma singola o in forma associata
- la ripartizione dell'ammontare delle risorse da assegnare a ciascuna linea progettuale
- l'individuazione degli obiettivi e dei relativi indicatori
- l'attestazione del raggiungimento dell'obiettivo da parte di una struttura aziendale
- la non corresponsione della singola quota di € 3,08 a chi non raggiunge i singoli obiettivi.
- le economie di risorse rese disponibili a seguito dell'applicazione del punto precedente, saranno assegnate ai medici della stessa associazione che hanno contribuito a raggiungere gli obiettivi.

LINEE GUIDA PER LA COSTITUZIONE DELLE AFT E DELLE UCCP

Fonti normative

- ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG, artt. 26 bis e 26 ter;
- ACN per la disciplina dei rapporti con i PLS, artt. 26 bis e 26 ter;
- ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie artt. 4-5-6-7-8;
- D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189, c.d. decreto Balduzzi;
- Patto della Salute 2014-2016, art. 5;
- Accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012;
- Accordo Stato Regioni 20 febbraio 2014;
- D.P.G.R. n. 18/10 di approvazione del riordino delle reti ospedaliere, dell'emergenza/urgenza e della rete territoriale;



- D.G.R. n. 250/09 di approvazione delle linee progettuali relative agli obiettivi di PSN 2009;
- D.P.G.R. n. 12/01 "Linee guida sul sistema delle cure domiciliari e l'accesso ai servizi territoriali";
- D.G.R. n.255/11 di approvazione delle linee progettuali relative agli obiettivi di PSN 2011;
- DCA n. 14/2015 Approvazione "Programma Operativo 2013-2015", Riequilibrio Ospedale/Territorio programma 14.5) Riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della L. 182/2012 e conseguenti accordi con MMG/PLS per l'individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo;
- DCA n. 76/15 P.O. 2013-2015. Programma 14.8 – Riequilibrio Ospedale Territorio – Approvazione documento di riorganizzazione della rete Territoriale;
- DCA n. 103/15 P.O. 2013-2015 - Programma 11 - Sanità pubblica: Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) 2014-2018.
- D.P.G.R. n. 24 del 10 Marzo 2014 - Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti 16/CSR del 20 febbraio 2014 recante "Telemedicina — Linee di indirizzo nazionali".

Premessa

Gli indirizzi programmatori regionali, nel rispetto degli AA.CC.NN. di Medicina Generale, Pediatria di libera scelta e Specialista Ambulatoriale, della legge 8 novembre 2012, n. 189, di conversione del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158, ed in coerenza con le indicazioni contenute nel Patto per la Salute 2014–2016, prevedono lo sviluppo delle forme organizzative più complesse della medicina convenzionata quale forma di potenziamento della risposta a livello territoriale ai crescenti bisogni di salute espressi dai cittadini.

La valutazione dei bisogni espressi oggi dalla popolazione pone come elemento centrale della mission aziendale la capacità di affrontare le problematiche correlate alla cronicità, complessità e fragilità. In tal senso, mentre si riaffermano come valori imprescindibili l'approccio olistico alla persona proprio della Medicina di famiglia, l'univocità del rapporto di fiducia medico-paziente, l'utilità di mantenere anche la capillare diffusione sul territorio degli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e la modalità ordinaria "on demand" (medicina di attesa) di organizzazione del lavoro per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute, contemporaneamente si riconosce la necessità che i professionisti rivedano la loro organizzazione per operare in team, monoprofessionali (AFT) e multi professionali (UCCP). Tale missione può essere portata a termine attraverso una ridefinizione dell'assetto organizzativo strutturale e funzionale del Territorio.

Il riassetto delle Cure Primarie comporta quindi la necessità di riorganizzare la medicina generale e tutte le figure professionali che costituiscono il Sistema della "Primary Health Care" in raggruppamenti.

Sulla base di quanto sopra esposto, la Regione intende strutturare, nei vincoli del rispetto dell'equilibrio economico imposto dal piano di rientro, la rete delle cure primarie tramite la trasformazione progressiva delle forme organizzative attuali fino all'attivazione definitiva delle AFT e delle UCCP. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto con contenuti definiti nell'ambito dell'ACN nonché dell'accordo integrativo regionale (AIR).

Percorso di istituzione delle AFT e UCCP

L'offerta delle cure primarie dovrà trovare risposte diversificate prevedendo diverse soluzioni a seconda delle caratteristiche del territorio su cui andranno ad insistere (urbano/extraurbano/

rurale e montano). Considerando anche la risposta dell'utenza all'attivazione delle UCCP, le ASP dovranno presentare una proposta di organizzazione delle cure primarie che comporti:

- la trasformazione delle forme organizzative attuali (forma associativa semplice, in rete, di gruppo e mista) nelle AFT e nelle UCCP che garantiranno l'assistenza alla totalità della popolazione calabrese. La riorganizzazione della medicina generale, in estrema sintesi, si caratterizzerà per l'attivazione di UCCP (bacino massimo di popolazione di 60.000) e di AFT (bacino di popolazione non superiore a 30.000) in modo tale da offrire omogenee risposte assistenziali a tutta la popolazione calabrese. L'UCCP rappresenta, quindi, una forma organizzativa complessa, caratterizzata dall'integrazione dei servizi in maniera tale da garantire la complessiva presa in carico dei bisogni assistenziali della popolazione di riferimento, nell'ambito delle quali le AFT garantiranno in maniera omogenea le prestazioni proprie della medicina generale, lo schema allegato 1) evidenzia il modello organizzativo;
- lo sviluppo di servizi integrativi per il periodo estivo con possibilità di attivare la guardia turistica estiva in corrispondenza delle UCCP nelle zone turistiche, a fronte dell'aumento temporaneo di utenza.

Gli spazi (studi e ambulatori), il personale amministrativo e infermieristico e le dotazioni tecnologiche potranno essere messi a disposizione dall'ASP o dai medici costituiti in associazione secondo quanto previsto dal presente accordo.

Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)

Definizione e Caratteristiche

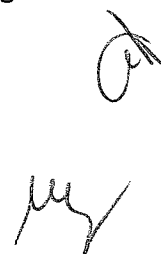
L'AFT è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (allo stato attuale: medici di Assistenza primaria, di Continuità Assistenziale e della medicina dei servizi) con un bacino d'utenza non superiore a **30.000** assistiti, che consente il coordinamento dell'attività dei medici e si configura come un sistema di relazioni, tra i vari professionisti che vi partecipano, estremamente flessibile e compatibile con i diversi modelli di erogazione dell'assistenza presenti nel distretto.

Le AFT comprendono al loro interno singoli medici, associati in forma organizzata e che integrano le proprie attività attraverso la **condivisione** di un unico strumento informativo di gestione della scheda paziente. Tale modalità operativa consente ai cittadini di poter accedere ad uno dei medici che compongono l'AFT, garantendosi comunque la gestione condivisa delle informazioni cliniche.

Le AFT potranno assumere due diverse connotazioni:

- 1) **AFT in rete**: i medici continuano ad operare nei propri studi professionali condividendo la gestione delle informazioni cliniche attraverso l'utilizzo di uno strumento informativo unico, e garantendo un'assistenza **h 12**, mediante l'articolazione del proprio orario di studio in maniera coordinata. L'articolazione dell'orario deve trovare comunque condivisione da parte del distretto ed essere coerente con le indicazioni di cui all'ACN per tempo vigente;
- 2) **AFT in sede unica**: i medici, pur continuando ad operare nei propri studi professionali e garantendo la gestione condivisa delle informazioni cliniche dei propri assistiti, operano anche, in ragione di specifica turnazione che garantisca un'assistenza **h 12**, presso una **sede unica** di riferimento messa a disposizione dalle ASP o dai medici di assistenza primaria. In tale ambito potrà realizzarsi la collaborazione del MMG con i medici specialisti per la realizzazione dei PDTA definiti in sede aziendale sulla scorta delle indicazioni regionali.

In ragione del complessivo riassetto delle cure primarie definito in sede aziendale, le AFT, in rete e/o in sede unica, sono funzionalmente correlate ad un'UCCP di riferimento, e ne condividono gli obiettivi di salute.



Ciascuna AFT designerà un proprio **referente**, remunerato con un importo pari al **50%** della remunerazione prevista per il coordinatore dell'UCCP, che svolgerà la funzione di raccordo con il coordinatore dell'UCCP di riferimento per la condivisione degli obiettivi di salute definiti in sede di negoziazione aziendale con il direttore del distretto territorialmente competente.

Alle attività delle AFT partecipano anche i MMG a quota oraria che operano nell'ambito delle sedi di continuità assistenziale comprese nel territorio di riferimento dell'AFT.

Le ASP garantiscono ai medici a quota oraria l'impiego degli strumenti informativi utilizzati dai medici aderenti all'AFT.

E' demandata alla contrattazione aziendale la possibilità di partecipazione dei medici a quota oraria alle attività diurne dell'AFT comunque nel rispetto dei compiti e delle funzioni attribuite in sede di ACN per tempo vigente.

Compiti

All'AFT sono attribuiti i seguenti compiti:

- assistere la popolazione in carico ai MMG che ne fanno parte in ragione di quanto definito dall'ACN per la medicina generale per tempo vigente e nel pieno rispetto delle garanzie di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- partecipare ed implementare le attività di prevenzione sulla popolazione con particolare riferimento all'adozione di corretti stili di vita, vaccinazioni e screening;
- assicurare il ricorso alla dematerializzazione della ricetta ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e le relative correlazioni al FSE;
- garantire la partecipazione ai progetti aziendali relativi alla gestione dei pazienti cronici, in particolare con bisogni assistenziali complessi e dei pazienti in condizione di fragilità, con particolare riferimento alle attività di cure sanitarie domiciliari;
- assicurare l'adesione alle iniziative per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare obbligatoriamente al processo di budgeting distrettuale¹ in ragione del processo operativo di seguito indicato:

Regione → Azienda → Distretto → UCCP → AFT

- partecipare alle attività di valutazione multidimensionale finalizzata alla predisposizione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) integrati sociosanitari;
- partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale.

Composizione

L'AFT di medicina generale:

- è composta da medici di Assistenza Primaria e da medici di Continuità Assistenziale che sono obbligati ad aderire alla forma associativa;
- di norma comprende un numero di medici non inferiore a **12**, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria, fatte salve situazioni oro-geografiche di alcuni ambiti territoriali rimesse alla valutazione dei comitati permanenti di ogni singola Azienda;
- di norma è composta dai medici appartenenti al medesimo ambito territoriale. Negli ambiti territoriali più vasti possono essere istituite più AFT secondo criteri individuati a livello aziendale. In caso di ambiti territoriali non sufficienti a costituire un'AFT secondo i criteri prima definiti, è possibile l'inclusione di medici di ambiti limitrofi; sono fatte salve altresì le

¹ Vedi allegato 1



medicines di gruppo già esistenti purché si costituiscano in AFT in sede unica, acquisendone le caratteristiche assistenziali (h12) indipendentemente da n. di medici in associazione;

- prevede la condivisione delle attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti;

Presso ciascuna AFT sarà individuato, tra i medici che ne fanno parte, un referente con funzioni di raccordo interno tra i medici dell'associazione e di interlocuzione formale con il distretto e con il coordinatore dell'UCCP di riferimento.

In virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, la costituzione di una AFT individua in automatico un bacino di assistiti, che rappresentano i cittadini che hanno liberamente scelto i MMG dell'AFT e rispetto ai quali andranno ad essere definiti i bisogni di salute dai quali scaturirà la negoziazione dei correlati obiettivi e la costruzione degli indicatori di esito necessari per valutare il grado di raggiungimento di quegli stessi obiettivi.

Il sistema informativo dell'AFT

L'AFT dovrà possedere un proprio sistema interno informativo/informatico, connesso ai sistemi informativi aziendali/regionali. In particolare deve essere garantito dalla regione il collegamento con la piattaforma sigemona e con il cup. Il sistema in rete deve garantire, ancora, la condivisione di informazioni cliniche con le attività di continuità assistenziale svolte nelle sedi territorialmente correlate.

Unità Complessa delle cure primarie (UCCP)

Definizione

La UCCP è una forma organizzativa complessa ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio, in continuità con le AFT (comprehensive delle postazioni di continuità assistenziale ad esse correlate) ed i Pediatri di Libera Scelta che le compongono, garantendo:

- ✓ la fase di accesso/accoglienza al complessivo sistema delle cure primarie in collaborazione con i Punti Unici di Accesso (PUA) e, quindi, assicurando l'integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali),
- ✓ la condivisione e l'applicazione dei PDTA,
- ✓ l'autonomia e la responsabilità professionale,
- ✓ la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità,
- ✓ l'approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, con particolare riferimento alle cure sanitarie domiciliari;
- ✓ la partecipazione responsabile dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta al governo della domanda ed alla organizzazione dei servizi

La UCCP è parte fondamentale ed essenziale del Distretto ed è inserita nell'area funzionale delle Cure Primarie, integrandosi all'interno della rete dei servizi distrettuali ed aziendali e permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale.

All'UCCP, proprio in un'ottica di appropriatezza della risposta a differenti livelli di intensità assistenziale, compete il trattamento di tutti quei pazienti affetti da patologie croniche in cui la presenza di situazioni di comorbidità, fragilità e non-autosufficienza richiede l'adozione di un approccio integrato e multidisciplinare.

Le UCCP potranno assumere due diverse connotazioni:

- 1) **UCCP in sede pubblica:** la sede dell'UCCP, il personale infermieristico e di supporto amministrativo è messo a disposizione dalle ASP. I medici aderenti dovranno garantire la gestione delle informazioni cliniche attraverso l'utilizzo di uno strumento informativo unico, assicurando, presso la sede dell'UCCP, un'assistenza h 24 grazie all'integrazione



operativa dei medici a quota oraria che operano nell'ambito delle sedi di continuità assistenziale di afferenza. Per assicurare lo svolgimento dell'orario di attività correlato al numero di assistiti in carico definito dall'ACN per tempo vigente, i medici dovranno articolare il proprio orario tra la sede dell'UCCP e gli studi privati che resteranno attivi. Mediante l'articolazione del proprio orario di studio in maniera coordinata. L'articolazione dell'orario deve trovare comunque condivisione/validazione da parte del distretto.

- 2) **UCCP in sede autonoma, gestita dai medici:** la sede dell'UCCP, il personale infermieristico e di supporto amministrativo sono messi a disposizione dai medici componenti l'UCCP. I medici aderenti dovranno garantire la gestione delle informazioni cliniche attraverso l'utilizzo di uno strumento informativo unico, assicurando, presso la sede dell'UCCP, un'assistenza h 24 grazie all'integrazione operativa dei medici a quota oraria che operano nell'ambito delle sedi di continuità assistenziale di afferenza. Per assicurare lo svolgimento dell'orario di attività correlato al numero di assistiti in carico definito dall'ACN per tempo vigente, i medici dovranno articolare il proprio orario tra la sede dell'UCCP e gli studi privati che resteranno attivi mediante l'articolazione del proprio orario di studio in maniera coordinata. L'articolazione dell'orario deve trovare comunque condivisione/validazione da parte del distretto.

Al fine di garantire continuità fisica alle attività assistenziali la sede dell'UCCP, sia essa pubblica e/o a gestione autonoma deve ospitare una sede di continuità assistenziale tra quelle di riferimento della stessa UCCP. E' auspicabile, soprattutto qualora l'UCCP abbia una collocazione urbana, che detta postazione preveda un raddoppio di turnazione.

Le UCCP hanno come compiti essenziali:

- assistere tutta la popolazione in ragione di quanto definito dall'ACN per la medicina generale per tempo vigente e nel pieno rispetto delle garanzie di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- partecipare alle azioni di sviluppo della medicina d'iniziativa con passaggio dal solo "approccio secondo linee guida ed evidence based medicine ad un "approccio di presa in carico personalizzata";
- partecipare ed implementare le attività di prevenzione sulla popolazione con particolare riferimento all'adozione di corretti stili di vita, vaccinazioni e screening;
- assicurare il ricorso alla dematerializzazione della ricetta ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e le relative correlazioni all'istituzione del FSE;
- assicurare il diretto ricorso ai sistemi aziendali per la prenotazione delle prestazioni specialistiche, anche per codice di priorità;
- garantire la partecipazione ai progetti aziendali relativi alla gestione dei pazienti cronici, in particolare con bisogni assistenziali complessi e dei pazienti in condizione di fragilità, con particolare riferimento alle attività di cure sanitarie domiciliari;
- assicurare l'adesione alle iniziative per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e per la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare obbligatoriamente al processo di budgeting distrettuale² in ragione del processo operativo di seguito indicato:

Regione → Azienda → Distretto → UCCP → AFT

² Vedi allegato 1



- partecipare alle attività di valutazione multidimensionale finalizzata alla predisposizione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) integrati sociosanitari;
- partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale;
- garantire, in particolar modo nella sede unica dell'UCCP, l'integrazione operativa con gli specialisti ambulatoriali e le altre professionalità che operano nell'ambito dell'assistenza territoriale, secondo accordi con le aziende;
- perseguire il governo clinico attraverso l'appropriatezza con incontri periodici a carattere di audit organizzativo, nelle quali vengono discusse le performance quali: farmaceutica, specialistica, screening ed altro;

Nelle aree ad elevata densità abitativa, i medici di assistenza primaria, previa autorizzazione dell'Azienda di appartenenza, che valuterà primariamente l'esigenza di mantenere la capillarizzazione dell'assistenza, possono trasferire nella sede dell'UCCP lo studio già autorizzato nel Comune sede di UCCP.

Struttura

Di seguito sono elencate le principali caratteristiche di questa forma associativa:

- Bacino di utenza: di norma deve essere costituita per un bacino di utenza fino ad un max di **60.000** abitanti. In considerazione della conformazione oro-geografica del territorio, della densità abitativa, della dispersione dei nuclei abitati e della disponibilità di servizi, specie riferite ai collegamenti, saranno possibili articolazioni diverse del bacino d'utenza per consentire uniformità nell'erogazione dei LEA.
- Sede: l'UCCP è organizzata in sede unica, pur potendo prevedere sedi accessorie opportunamente collegate attraverso un'adeguata rete telematica, integrata nella rete telematica aziendale e/o regionale.
- Orari di apertura: viene garantita l'assistenza **H24 7/7gg**. I Medici a quota oraria, garantiranno gli orari notturni, prefestivi e festivi, fino all'istituzione del ruolo unico.

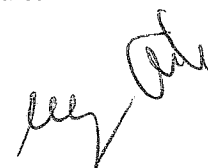
Attività assistenziali:

- assicura l'integrazione delle cure lungo tutto il continuum assistenziale mediante:
 - le prestazioni di competenza del MMG, così come definite nel DPCM 29 novembre 2001 (LEA) e disciplinate negli ACN/AIR per la medicina generale;
 - l'attivazione di ambulatori di patologia dedicati ai pazienti cronici e fragili;
 - l'attività di assistenza **H24** per le basse e medie urgenze anche grazie alla disponibilità, in **H12**, di servizi diagnostici ed al supporto che potrà essere garantito dagli specialisti ambulatoriali e dal personale infermieristico;
 - l'attiva partecipazione nei processi di continuità delle cure;
 - l'adesione alle attività di prevenzione predisposte dall'Azienda;
 - la partecipazione alle attività di audit, peer review, auto-gestione dei pazienti, empowerment, in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia;
 - la condivisione degli obiettivi annuali di budgeting – programmazione operativa con la Direzione di Distretto ed a valle con le AFT di riferimento (vedi allegato 1).

La contrattazione di livello aziendale deve garantire, la partecipazione alle attività diurne anche ai medici a quota oraria afferenti alle UCCP.

Tra i medici che compongono l'UCCP viene designato un **coordinatore** per il raccordo delle attività della UCCP con il livello distrettuale e con l'ASP. Il coordinatore dovrà essere eletto dai medici che compongono l'UCCP. La designazione va formalizzata con atto a firma del direttore generale.

Il coordinatore si avvarrà nella sua attività della collaborazione dei coordinatori di AFT.

- **Compiti del coordinatore:**
 - coordinamento delle attività clinico-organizzative dell'UCCP
 - interlocuzione nelle fasi di negoziazione degli obiettivi
 - attività di raccordo con i dipartimenti e distretti aziendali, con i referenti delle AFT, tra i MMG e le altre figure professionali operanti nell'UCCP;
 - stesura relazione di attività da trasmettere al direttore del distretto di competenza;
 - partecipazione alle riunioni di audit, peer review, auto-gestione dei pazienti, empowerment di programmazione dell'offerta formativa aziendale.
- **Remunerazione: 6.000,00 €/a.**
- **Personale coinvolto:** oltre ai medici di MG e SAI, nelle attività e sedi dell'UCCP dovranno essere presenti **obbligatoriamente:**
 - personale infermieristico;
 - personale amministrativo di segreteria;

Inoltre in coerenza con quanto sancito dall'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, così come richiamato dal comma 9 dell'art. 5 del Patto per la salute 2014-2016, nell'ambito dei processi di attivazione delle AFT e delle UCCP, dovrà essere prevista a livello distrettuale una figura medica di provata esperienza sulle tematiche legate alla terapia del dolore. La regione, nel corso del biennio attiverà corsi formativi al riguardo.

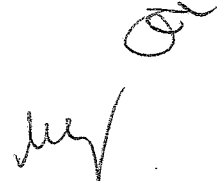
In ragione della specificità dei singoli territori è demandata alla contrattazione di livello aziendale la negoziazione degli obiettivi e la verifica del loro raggiungimento, da declinare nell'ambito del più complessivo processo di budgeting aziendale.

Sempre sul livello aziendale devono essere definite modalità e termini necessari per garantire le integrazioni professionali, in particolare con i PLS e gli specialisti ambulatoriali, ed organizzative con le strutture aziendali.

Requisiti strutturali e tecnologici delle UCCP in sede privata

- L'UCCP ha una **sede unica** di riferimento dove vengono garantite tutte le attività disciplinate dal presente accordo. E' possibile, soprattutto nei contesti urbani l'attivazione di una **seconda sede di riferimento** (con organizzazione, strutturazione e spese a carico dei singoli MMG) nonché il mantenimento degli **studi professionali personali dei singoli MMG**, particolarmente utile nei contesti extraurbani e comunque nella fase di avvio della sperimentazione.
- Le **caratteristiche minime** strutturali dell'UCCP, nel rispetto delle indicazioni di cui al vigente ACN per la medicina generale, sono le seguenti:
 - almeno due studi medici per **l'attività ordinaria (h. 12)**
 - uno studio medico da dedicare alle attività connesse agli **ambulatori di patologia**
 - uno studio medico per **codici bianchi / continuità assistenziale (h.24)**
 - una **sala d'attesa** dimensionata in ragione della consistenza degli assistiti che afferiscono all'UCCP
 - un locale destinato all'attività di **accoglienza/accettazione**
 - due aree da adibire a ripostiglio/archivio
 - un bagno per disabili destinato all'utenza
 - un bagno destinato al personale

[la congruità dei locali sarà comunque oggetto di valutazione preventiva da parte dei competenti uffici aziendali (U.O. Igiene Pubblica – Medico Competente – U.O. SPISAL)]

A. DOTAZIONE TECNOLOGICA minima

- Dotazione definita dal vigente AIR per la medicina generale per lo **standard di studio B**
- ECG
- MAP
- Spirometro
- Ecografo multidisciplinare
- Sistemi in grado di garantire la telemedicina
- Sistemi informatici:
 - Cartella clinica informatizzata
 - Server e client in numero sufficiente

B. PERSONALE

- a. Tre **collaboratori di studio** per garantire l'attività di accoglienza/accettazione per un minimo di 8 h/die per 5 gg. alla settimana
- b. **infermieri professionali**, in numero tale da garantire:
 - lo studio in regime h 24 per 7 gg/sett

Valutazione remunerazione degli obiettivi e reporting³

Per il monitoraggio dell'applicazione del presente AIR, in specie il rispetto dei tempi e dei risultati raggiunti, viene costituito un gruppo tecnico regionale paritetico così composto:


- n. 1 rappresentante del Dipartimento T.S.;
- n. 2 rappresentanti delle OO.SS. di categoria a designazione congiunta;
- n. 1 rappresentante dell'ASP oggetto di valutazione.

Tale gruppo tecnico dovrà riunirsi con cadenza trimestrale per l'analisi dei risultati e redigere verbale da inviare ai firmatari del presente AIR e alle ASP.

1. *Le ASP provvederanno all'erogazione degli incentivi previa verifica dei risultati conseguiti, con le seguenti modalità:*
 - A) il 50% del compenso per ogni tipo di aggregazione, viene erogato in maniera fissa con cadenza mensile, previa verifica della permanenza dei medici nelle rispettive aggregazioni, AFT o UCCP.
 - B) il restante 50% del compenso viene sottoposto a verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi; di questo 50%, il 30% (15% del totale quindi) viene erogato mensilmente, mentre la restante parte, secondo il grado di raggiungimento, a conguaglio trimestrale.
Ad es. Un medico in AFT con sede unica, al quale spettano 11€/assistito, percepisce ogni mese un dodicesimo di 7,15€/ass. (50% + 15%) e alla fine del trimestre il conguaglio del dodicesimo dei restanti 3,85€/ass., in funzione del grado di raggiungimento degli obiettivi.
A fine anno si fanno le verifiche finali sul raggiungimento degli obiettivi per un eventuale saldo finale.
2. *La partecipazione alle attività relative ai PDTA stabiliti dalla programmazione nazionale e regionale è obbligatoria ai sensi delle disposizioni normative vigenti in materia*

NORME TRANSITORIE

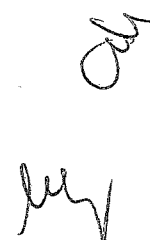
³ Allegato 2



1. *Il presente AIR resta in vigore sino al recepimento del nuovo A.C.N. ed alla stipula del nuovo A.I.R. ad esso conseguente.*
2. *La validità del presente accordo è subordinata all'assenso degli organismi regionali;*

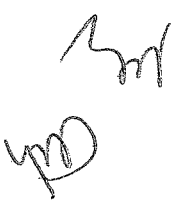
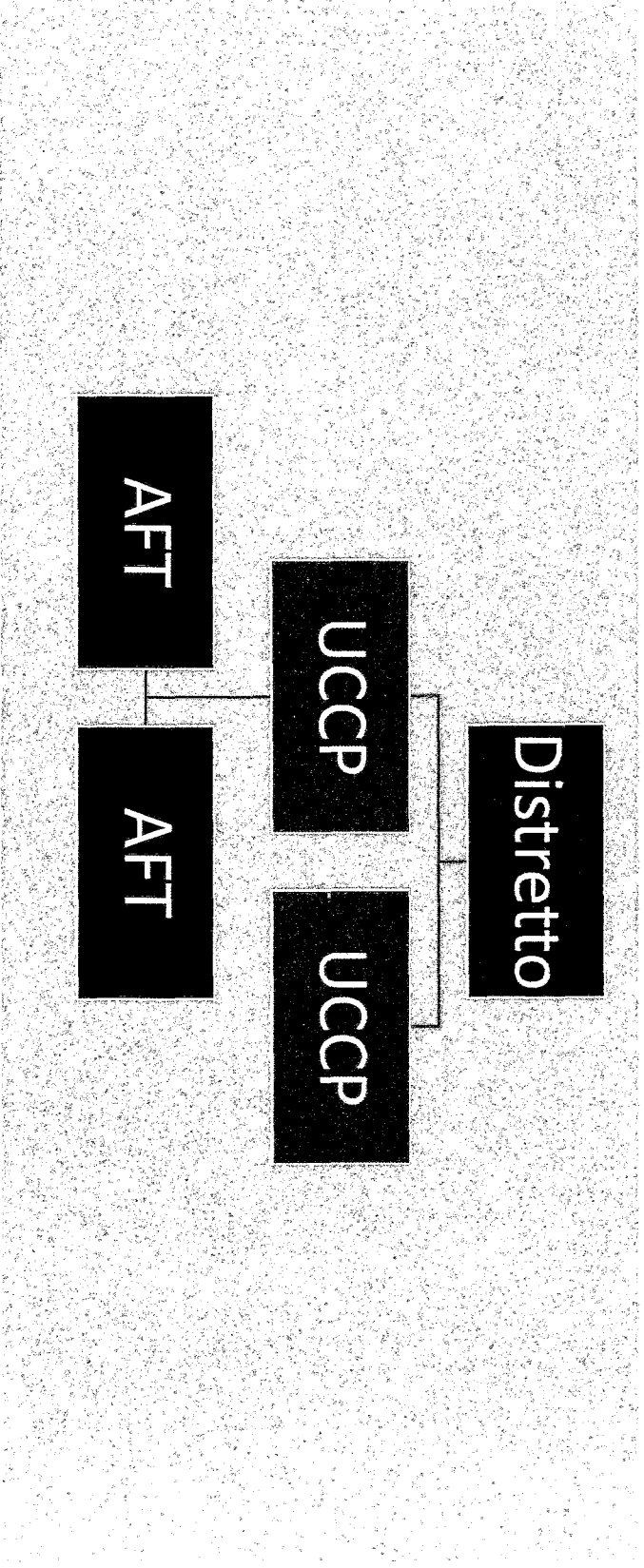
ALLEGATI

- ⇒ Allegato 1: modello organizzativo e schema processo di budgeting
- ⇒ Allegato 2: bozza scheda di budget
- ⇒ Allegato 3: remunerazione e sviluppo economico
- ⇒ Allegato 4: schema requisiti





Modello organizzativo delle UCCP e AFT nei distretti da utilizzare per la negoziazione dei budget



DESCRIZIONE OBIETTIVO	AZIONI CORRELATE	MISURA	PESO	INDICATORI
Screening	Cervice uterina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribuzione kit sangue occulto 	30%	✓ Numero di pazienti
	Carcinoma mammario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Creazione registro di patologia ▪ Identificazione pazienti a rischio 		
Riduzione tasso di ospedalizzazione	Attivazione PDTA BPCO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Numero di pazienti 	10%	
	Attivazione PDTA Diabete	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Numero di pazienti 		
	Attivazione PDTA Iperensione	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Numero di pazienti 		
	Attivazione PDTA Disturbi cognitivi	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Numero di pazienti 		
Riduzione accessi in pronto soccorso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attivazione ambulatorio codici bianchi 	Numero codici bianchi	20%	
Riduzione spesa farmaceutica	<ul style="list-style-type: none"> – Territoriale – Ospedaliera 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Applicazione provvedimenti regionali ▪ Riduzione T.O. 		30%
Accesso al sistema curante		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrazione al PUA ▪ Partecipazione UVM ▪ Attivazione CSD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numero invii ▪ Numero sedute ▪ Numero pazienti 	10%

I dati di avvio per la misurazione degli indicatori è fissata al 30.09.2016

REMUNERAZIONE

Tipologia garanzia associativa	Assistiti	Forma associativa di destinazione assistiti		TOTALE
		remunerazione/ass.		
Nessuna associazione	585.000	AFT in rete	5,5	6.050.000
Associazione semplice	484.747	AFT in sede unica+UCCP (pubbliche)	11	3.300.000
		AFT in sede autonoma	11,00 + 5,00	2.480.000
Medicina in rete	186.831	UCCP Autonoma	11,00 + 14,00	2.025.000 (500.000) ⁽¹⁾
Medicina di gruppo	249.817			13.350.000
Associazione mista	129.735			
Totale assistiti	1.636.130			
Coordinamento UCCP				200.000
Referenti AFT				100.000
Precedente indennità non associativa				6.713.000
TOTALE				20.363.000

(1) Il recupero del personale di segreteria e di quello infermieristico, di cui alla tabella 2, si valuta in modo conservativo in 500.000 €.

FINANZIAMENTO TOTALE	20.363.000
Finanziamento AIR 2015	14.213.098
Differenza	6.149.902

(2)

Ai fini del calcolo dell'impatto economico dell'accordo e, successivamente, della sua redditività in funzione dei risultati ottenuti, si avanzano le seguenti ipotesi:

- > I medici che si aggregano in AFT in rete vedono tutte le precedenti indennità associative assorbite dalla nuova indennità incentivante, pari a 5,5 €/assistito.
- > Per i medici in AFT in sede unica e in UCCP pubbliche e AFT in sede autonoma, vedono tutte le precedenti indennità associative assorbite nella nuova indennità incentivante rispettivamente di 11,00 €/assistito e (11,00 + 5,00) €/assistito x anno.
- > Per i medici in UCCP in sede autonoma, le ASP, oltre alle precedenti indennità percepite (collaboratore di studio medico standard A e B, infermiera e disponibilità telefonica), versano ad ogni medico il completamento fino a 14,00 €/assistito x anno.

(2) Onde individuare l'ammontare del finanziamento del presente accordo si sono seguite 2 strade che, necessariamente devono essere convergenti:

- 1) Confronto tra i finanziamenti teorici 2018 vs. 2015 di cui all'Allegato 3. Remunerazione che evidenzia un maggior finanziamento teorico di € 6.149.902;
 - 2) Confronto tra la spesa realmente sostenuta nel 2015 pari a € 11.160.000 e quella valutata per il 2018 che si suppone pari all' 85% della finanziata, atteso che circa l'85% dei medici partecipino alla formazione delle AFT e UCCP.
- In tal caso la spesa reale 2018 sarebbe (85% x 20 x 363.000) € = 17.308.000 € con un incremento rispetto al 2015 appunto di € 6.150.000.
- In altri termini se l'85% dei medici aderisce alla formazione di AFT e UCCP l'incremento reale della spesa sarebbe di € 6.150.000.
- L'obiettivo dell'85% purtroppo soffre di sano ottimismo se si pensa che nel 2015 soltanto il 64,29% ha aderito a una qualche forma associativa. Si intende che qualora la % dei medici che si riuniscono in AFT e UCCP fosse inferiore all'85% l'incremento della spesa sarebbe inferiore nella misura di 203.630 € per ogni punto percentuale di minor partecipazione

REQUISITI

TIPOLOGIA	Sede Unica	Studi singoli	Orario	Collegamento servizi informativi regionali - aziendali	Gestione unica scheda paziente	Personale di segreteria	Personale infermieristico	Negoziazione obiettivi/ riferimenti	Ambulatori di patologia	Reperibilità telefonica h 12	Adesione programmi telemedicina	Sede continuità assistenziale	Completamento orario medici di continuità assistenziale in attività diurna	Popolazione di riferimento	Adesione PDTA Diabete BPCO Iperensione Demenze
AFT in rete	no	si	h 12	si	si	no	no	con UCCP di riferimento	no	si	si	no	no	< 30.000	si
AFT in sede unica a gestione autonomia	si	si	h 12	si	si	a carico MM/G	si	con UCCP di riferimento	si	si	si	no	si	< 30.000	si
AFT in sede pubblica	si	facoltativi	h 12	si	si	a carico ASP	si	con UCCP di riferimento	si	si	si	no	si	< 30.000	si
UCCP in sede pubblica	si	facoltativi	h 24	si	si	a carico ASP	si	Distretto	si	si	si	si	si	tra 30.000 e 60.000	si
UCCP in sede privata	si	facoltativi	h 24	si	si	a carico MM/G	si	Distretto	si	si	si	si	si	tra 30.000 e 60.000	si