



REGIONE CALABRIA

Proposta di D.C.A. n. 160 del 02.08.2018

Registro proposte del Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie

**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 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 161 del 02 / 08 / 2018

**OGGETTO: APPROVAZIONE ATTO DI INDIRIZZO PER LE ASP DELLA REGIONE CALABRIA PER L'APPLICAZIONE DEL NUOVO ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE (AIR) PONTE ANNO 2017 PER LA MEDICINA GENERALE**

Il Dirigente Generale

*Dott. Bruno Zito*

**Publicato sul Bollettino Ufficiale**

**della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

DCA n. 464 del 02/08/2018

**OGGETTO: APPROVAZIONE ATTO DI INDIRIZZO PER LE ASP DELLA REGIONE CALABRIA PER L'APPLICAZIONE DEL NUOVO ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE (AIR) PONTE ANNO 2017 PER LA MEDICINA GENERALE**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

*(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi delSSR 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. 10 Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

**VISTO** l'Accordo sui 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 della 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 necessaria 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, nonchè 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-108-*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, nonchè 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-Acon 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 del 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 (Unita 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 (anno 2009), in armonia con quanto definito all'art. 4, al fine di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sui 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;

**DATO ATTO** che 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;

**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;

**ATTESO** che con DCA n. 65 del 28/02/2018 è stato approvato il nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) ponte anno 2017 per la medicina generale;

**DATO ATTO** che il suddetto DCA n. 65/2018 prevede 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 (Unita complesse di cure primarie), nel quale devono essere definiti altresì anche gli obiettivi di salute da perseguire, nonché gli indicatori di esito necessari alloro monitoraggio;

**RIBADITA** la necessità di valorizzare il ruolo della medicina generale nell'ambito dell'attuazione del Piano Nazionale delle Cronicità e del Piano Nazionale della Prevenzione vaccinale, nonché di esaltarne l'importanza per evitare gli accessi impropri in pronto soccorso e governare le liste d'attesa anche in ragione di un' incisiva azione in tema di appropriatezza, attraverso lo strumento della condivisione budgetaria di specifici obiettivi;

## DECRETA

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

**DI APPROVARE** l'atto di indirizzo per le ASP della Regione Calabria per l'applicazione del nuovo accordo integrativo regionale (AIR) ponte anno 2017 per la medicina generale, allegato al presente decreto per formarne parte integrale e sostanziale;

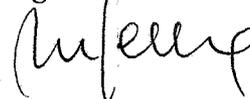
**DI INVIARE** il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso il sistema documentale SiVeAS;

**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 nonchè sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Commissario *ad acta*

Ing. Massimo Scura



**ATTO DI INDIRIZZO PER LE ASP CALABRESI  
PER L'APPLICAZIONE DELL'ACCORDO PONTE PER LA MEDICINA GENERALE  
(DCA n°65 del 1 marzo 2018)**

**1 - PREMESSA**

Così per come espressamente previsto nel DCA n°65/2018 (di approvazione del nuovo *Accordo Integrativo Regionale - A.I.R. - per la Medicina Generale*), l'applicazione dell'accordo è subordinato all'emanazione di un Atto di Indirizzo regionale, necessario per assicurare uniformità applicativa su tutto l'ambito regionale e guidare la fase negoziale di livello aziendale.

Le indicazioni che sono qui di seguito fornite, hanno carattere di indirizzo generale e dovranno trovare applicazione nelle Proposte Operative (P.O.), che di fatto rappresentano una vera e propria Contrattazione integrativa di livello aziendale, che ciascuna ASP provvederà ad elaborare e ad approvare con atto formale del Direttore Generale entro e non oltre 30 giorni dall'approvazione del presente documento.

L'iter che le ASP dovranno seguire può, in stretta sintesi, essere così schematizzato:

- a. Elaborazione di proposta operativa di livello aziendale (si suggerisce la costituzione di un gruppo misto di lavoro Distretti - MMG per ciascuna ASP);
- b. Acquisizione di parere da parte del competente Comitato Aziendale Permanente per la Medicina Generale; il parere deve essere fornito entro 14 gg solari dall'inoltro della proposta, altrimenti vale il principio del silenzio-assenso;
- c. Predisposizione di atto formale di recepimento, da parte del Direttore Generale, della Proposta Operativa;
- d. Invio della Proposta Operativa al Dipartimento Regionale Tutela della Salute per la definitiva approvazione, mediante istruttoria da proporre al Commissario.
- e. Presa d'atto della Proposta Operativa con DCA del Commissario.

Va sottolinearsi che le Proposte Operative devono trovare coerenza con il livello di finanziamento previsto dal DCA n°65, ferma restando la possibilità, sempre in esito alla fase di negoziazione con le OO.SS. di livello aziendale, di impiego di eventuali fondi per la medicina generale non ancora utilizzati e la cui consistenza deve essere comunque certificata da parte del Direttore Generale.

**ATTO DI INDIRIZZO PER LE ASP CALABRESI  
PER L'APPLICAZIONE DELL'ACCORDO PONTE PER LA MEDICINA GENERALE  
(DCA n°65 del 1 marzo 2018)**

**2 - CRITERI PER L'IDENTIFICAZIONE DELLE UCCP E DELLE CORRELATE AFT**

**2.1) Identificazione delle UCCP**

Sulla scorta dei criteri di popolazione<sup>1</sup> (60.000 ab.) di cui all'AIR vanno identificate il numero e le sedi delle UCCP che è possibile attivare sul territorio aziendale.

Deroghe ai limiti di popolazione sono possibili, a condizione comunque di rispettare il numero massimo aziendale di UCCP attivabili, in ragione di alcune circostanze che vengono qui di seguito segnalate:

- precedente assetto organizzativo della medicina generale (preesistenza di UCCP/forme associative complesse quali medicine di gruppo, forme miste, medicina in rete), garantendo, nel riparto delle risorse, priorità alle forme associative già esistenti;
- differenziazione tra zone urbane e zone rurali (fenomeno della rarefazione della popolazione);
- ambiti di scelta preesistenti.

Le UCCP in sede pubblica dovranno essere allocate in strutture aziendali già operanti (poliambulatorio, casa della salute) al fine di evitare ulteriori spese.

Le UCCP dovranno avere un'estensione intra - distrettuale non essendo possibile l'attivazione di UCCP che coinvolgono contemporaneamente più distretti.

**2.2) Identificazione delle AFT**

Ciascuna AFT deve necessariamente trovare riferimento funzionale in una specifica UCCP di riferimento.

Sulla scorta dei criteri di popolazione<sup>2</sup> (bacino d'utenza non superiore a 30.000 assistiti) di cui all'AIR vanno identificati il numero e le sedi delle AFT che è possibile attivare sul territorio aziendale.

Deroghe ai limiti di popolazione sono possibili, a condizione comunque di rispettare il numero massimo aziendale di AFT attivabili, in ragione di alcune circostanze che vengono qui di seguito segnalate:

<sup>1</sup> DCA 65/2018

<sup>2</sup> Nelle more della definizione dell'accordo decentrato con i PLS, il riferimento della popolazione è da riferirsi agli over 14



**ATTO DI INDIRIZZO PER LE ASP CALABRESI  
PER L'APPLICAZIONE DELL'ACCORDO PONTE PER LA MEDICINA GENERALE  
(DCA n°65 del 1 marzo 2018)**

- precedente assetto organizzativo della medicina generale (preesistenza di UCCP/forme associative complesse quali medicine di gruppo, forme miste, medicina in rete)
- differenziazione tra zone urbane e zone rurali (rarefazione della popolazione)
- ambiti di scelta preesistenti

Le AFT in sede pubblica dovranno essere allocate in strutture aziendali già operanti (poliambulatorio, casa della salute) al fine di evitare ulteriori spese.

Le AFT dovranno avere un'estensione intra - distrettuale non essendo possibile l'attivazione di UCCP, e quindi di AFT ad esse correlate, che coinvolgono contemporaneamente più distretti.

**3) AMBITI DI SCELTA PER LA MEDICINA GENERALE**

Le ASP, contestualmente alla definizione della Proposta Operativa provvederanno alla riformulazione degli ambiti di scelta di cui all'art.33 ACN, facendoli coincidere di norma con quello distrettuale. La creazione di più ambiti nel medesimo distretto è comunque subordinata alla coesistenza, nel medesimo territorio distrettuale, di un numero di UCCP superiore ad uno.

**4) CRITERI DI INTEGRAZIONE DEI MEDICI A QUOTA ORARIA NELLE UCCP E NELLE AFT**

I medici di continuità assistenziale (M.C.A. medici a quota oraria) rappresentano, unitamente ai medici di assistenza primaria, l'elemento professionale necessario per garantire continuità ai processi di cura e, quindi, garanzia di un'assistenza h 24.

La realizzazione delle UCCP, quindi, necessita dell'integrazione funzionale ed organizzativa dei MCA che dovranno integrarsi nelle specifiche attività assistenziali.

Sotto il profilo organizzativo, quindi, le P.O. aziendali dovranno specificare la stretta interrelazione tra UCCP/AFT e postazioni di continuità assistenziale secondo lo schema che viene qui di seguito indicato

UCCP	AFT 1	Postazioni di C.A. afferenti
	AFT 2	Postazioni di C.A. afferenti

Negli accordi aziendali può prevedersi, grazie all'istituto del prolungamento orario (di cui alle previsioni del precedente AIR), la partecipazione dei MCA alle attività diurne necessarie per garantire

17

**ATTO DI INDIRIZZO PER LE ASP CALABRESI  
PER L'APPLICAZIONE DELL'ACCORDO PONTE PER LA MEDICINA GENERALE  
(DCA n°65 del 1 marzo 2018)**

la conoscenza dei pazienti e migliorare l'assistenza domiciliare nonché l'attivazione di ambulatori dedicati ai codici bianchi.

**5) CRITERI DI INTEGRAZIONE DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA NELLE UCCP E NELLE AFT**

Le modalità di integrazione dei PLS saranno oggetto di successivo e specifico AIR

**6) CRITERI DI INTEGRAZIONE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI NELLE UCCP E NELLE AFT**

Le modalità di integrazione dei MSA saranno oggetto di successivo e specifico AIR da predisporre in ragione dell'ACN recentemente siglato

**7) INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITA' DELLE UCCP/AFT NELLA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE CRONICO - DEGENERATIVE**

**7.1) Accesso al sistema curante**

I mmg svolgono un ruolo di primaria importanza nel guidare i propri assistiti nella fase di accesso al sistema curante ed in particolare nell'ambito del distretto.

Tale funzione, che gli autori anglosassoni definiscono di system keeper facendo espresso riferimento al concetto di appropriato uso delle risorse disponibili, assume particolare rilievo nell'attuale organizzazione distrettuale in ragione della creazione dei Punti Unici di Accesso (PUA).

Proprio in ragione delle strette interrelazioni operative che devono instaurarsi tra PUA e UCCP/AFT, le proposte operative da elaborare a cura delle ASP dovranno specificare l'afferenza territoriale delle forme associative alla rete dei PUA distrettuali.

**7.2) Valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali**

Uno dei ruoli più significativi delle UCCP/AFT è quella della presa in carico dei pazienti cronici e, quindi, portatori di polipatologia e di disabilità.

Di fronte a tali condizioni, che possiamo definire complesse, la valutazione multidimensionale rappresenta lo strumento di individuazione dei bisogni assistenziali e di conseguenziale personalizzazione dei processi di cura.

**ATTO DI INDIRIZZO PER LE ASP CALABRESI  
PER L'APPLICAZIONE DELL'ACCORDO PONTE PER LA MEDICINA GENERALE  
(DCA n°65 del 1 marzo 2018)**

Per quanto precede i medici delle AFT/UCCP dovranno partecipare alle sedute dell'UVM distrettuale e/o alle valutazioni domiciliari ribadendosi la necessità, quindi, di dover delineare una organizzazione territoriale che definisca la precisa afferenza delle AFT/UCCP ad una specifica UVT. Lo schema che segue chiarisce la costruzione della territorializzazione delle UCCP/AFT e la loro contiguità con PUA e UVT.

DISTRETTO	UCCP 1	AFT 1a	PUA/UVT	Comuni
		AFT 1b		Comuni
	UCCP 2	AFT 2a	PUA/UVT	Comuni
		AFT 2b		Comuni

7.3) Attivazione di piani assistenziali in sede di negoziazione individuati in integrazione con le altre professionalità del SSR e con le prestazioni socioassistenziali (DPCM 12 gennaio 2017)

**8 - DEFINIZIONE OBIETTIVI DI SALUTE**

**8.1) Obiettivi di salute**

Le modalità remunerative di UCCP e AFT rappresentano un elemento di estrema novità in quanto subordinano quota parte degli emolumenti al raggiungimento di precisi obiettivi che derivano dagli obiettivi di salute definiti in sede di programmazione regionale.

Ciascuna azienda, secondo le modalità in uso, dovrà quindi rendere operativa la griglia di obiettivi previsti dal DCA 65/18 previo confronto con le OOSS aziendali di categoria e approvarla per farla divenire parte integrante e sostanziale della P.O. da approvarsi in sede regionale.

**8.2) Processo di budgeting**

Preliminarmente il Direttore Generale definisce in sede di confronto aziendale con le OOSS gli obiettivi direttamente derivati dall'attuazione del Programma Operativo e comunque già individuati nello stesso AIR.

**Obiettivi Regionali (P.O.) ---> Obiettivi Aziendali ---> Obiettivi distrettuali ---> Obiettivi UCCP**

Una volta definiti gli obiettivi, i Direttori dei distretti provvedono alla predisposizione della scheda di budget ed alla sottoscrizione con i Coordinatori delle UCCP attivate nel territorio di riferimento.

**ATTO DI INDIRIZZO PER LE ASP CALABRESI  
PER L'APPLICAZIONE DELL'ACCORDO PONTE PER LA MEDICINA GENERALE  
(DCA n°65 del 1 marzo 2018)**

Al fine di declinare puntualmente le differenti fasi del processo, qui di seguito viene offerta sintesi particolareggiata del percorso:

- a) Il Direttore Generale, direttamente o per tramite del Comitato Budget, definisce gli obiettivi e la scheda di budget da condividere con i Direttori dei Distretti
- b) I Direttori dei Distretti condividono la scheda di budget con il coordinatore delle UCCP
- c) Il Direttore Generale, unitamente al coordinatore dell'UCCP, sottoscrive un contratto di condivisione degli obiettivi valevoli per l'anno di riferimento

Una volta definite, le schede di budget vengono trasmesse al Dipartimento Regionale Tutela della Salute per la dovuta valutazione di coerenza con gli obiettivi regionali e la definitiva approvazione

**8.3) Scheda di budget**

La scheda di budget è riconducibile a quella già allegata all'Accordo Ponte e che viene qui riproposta in allegato (allegato 1).

**I dati di partenza sui quali misurare il raggiungimento degli obiettivi previsti dai PO sono quelli relativi per ogni obiettivo (spesa farmaceutica, screening, accessi al pronto soccorso, etc.) al 31/12/2017.**

**8.4) Ruolo e funzioni del Coordinatore UCCP e del Referente AFT**

Il Coordinatore dell'UCCP, eletto dai medici che la compongono, rappresenta l'interfaccia tra Azienda e UCCP e svolge le funzioni espressamente previste dall'Accordo ponte.

Nell'ambito del processo di budgeting il Coordinatore sottoscrive la scheda di budget.

Il referente di AFT, anch'esso designato dai medici che compongono l'AFT, rappresenta l'interfaccia tra medici aderenti e coordinatore dell'UCCP.

Il coordinatore dell'UCCP, individuato per come in precedenza chiarito, possedendo potere negoziale nell'ambito della condivisione degli obiettivi, viene designato con atto formale del Direttore Generale.

Al coordinatore compete l'organizzazione delle attività assistenziali e, quindi, la gestione del personale nel rispetto di quanto definito nell'ACN e nell'AIR approvato con DCA n°65/2018.



**ATTO DI INDIRIZZO PER LE ASP CALABRESI  
PER L'APPLICAZIONE DELL'ACCORDO PONTE PER LA MEDICINA GENERALE  
(DCA n°65 del 1 marzo 2018)**

**8.5) Reporting**

Le ASP provvedono, con cadenza quadrimestrale, alla elaborazione di un report inerente i dati di andamento degli obiettivi condivisi con la sottoscrizione della scheda di budget ed all'inoltro al Coordinatore.

Al termine dell'anno di riferimento, le ASP provvedono ad inviare il report finale al coordinatore dell'UCCP ed al Dipartimento Regionale Tutela della Salute per la valutazione complessiva nel merito del raggiungimento degli obiettivi.

Il complessivo processo di budgeting deve rispettare la tempistica di cui all'allegato cronoprogramma (allegato 2).

- ALLEGATO 2 -

DESCRIZIONE OBIETTIVO	AZIONI CORRELATE	MISURA	PESO	INDICATORI
Screening	Colon retto	▪ Distribuzione kit sangue occulto	30%	✓ Numero di pazienti
	Cervice uterina	▪ .....		
	Carcinoma mammario	▪ .....		
Riduzione tasso di ospedalizzazione	Attivazione PDTA BPCO	▪ Creazione registro di patologia ▪ Identificazione pazienti a rischio	10%	✓ Numero di pazienti
	Attivazione PDTA Diabete	▪ Creazione registro di patologia ▪ Identificazione pazienti a rischio		✓ Numero di pazienti
	Attivazione PDTA Iperensione	▪ Creazione registro di patologia ▪ Identificazione pazienti a rischio		✓ Numero di pazienti
	Attivazione PDTA Disturbi cognitivi	▪ Creazione registro di patologia ▪ Identificazione pazienti a rischio		✓ Numero di pazienti
Riduzione accessi in pronto soccorso		▪ Attivazione ambulatorio codici bianchi	20%	
Riduzione spesa farmaceutica	- Territoriale	▪ Applicazione provvedimenti regionali	30%	
	- Ospedaliera	▪ Riduzione T.O.		
Accesso al sistema curante		▪ Integrazione al PUA ▪ Partecipazione UVM ▪ Attivazione CSD	10%	▪ Numero invii ▪ Numero sedute ▪ Numero pazienti

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

AREA OBIETTIVI	DESCRIZIONE OBIETTIVO	AZIONI CORRELATE	MISURA	PESO	INDICATORI	Intervallo	
Piano Nazionale Cronicita'	Adesione PDTA per il Diabete	Identificazione Pazienti a rischio	n° pazienti arruolati	10	Riduzione T.O. per Diabete	tra 15 e 30%	
	Adesione PDTA per BPCCO	Identificazione Pazienti a rischio	n° pazienti arruolati	10	Riduzione T.O. per Diabete	tra 50 e 70%	
Piano Nazionale Vaccini	Vaccinazione Antinfluenzale	Identificazione Pazienti a rischio	n° pazienti vaccinati	10	numero pazienti a rischio vaccinati	75%	
	Richiami vaccinazioni	DPT	n° pazienti vaccinati	10	numero pazienti a rischio vaccinati	15% popolazione assistita	
	Vaccinazione Herpes Zooster		n° pazienti vaccinati	10	numero pazienti a rischio vaccinati	50% popolazione target	
Accessi In Pronto Soccorso	Riduzione accessi inappropriati in Pronto Soccorso		accessi in pronto soccorso	20	numero di accessi in pronto soccorso	riduzione del 20%	
		Colon - retto			n° pazienti arruolati	n° pazienti arruolati	50% popolazione target
Screening	Cervice uterina	reclutamento popolazione target	n° pazienti arruolati	30	n° pazienti arruolati	70% popolazione target	
					Carcinoma mammario	n° pazienti arruolati	70% popolazione target