

**Deliberazione della Commissione Straordinaria**  
**(Dr. G. Meloni - Dr.ssa M. C. Ippolito - Dr. D. Giordano)**

**REGISTRO GENERALE**

N. 1014 del 22 DIC. 2020

STRUTTURE PROPONENTI: Il Coordinamento dei Distretti

PROPOSTA N. ....

**OGGETTO:** ASP di Reggio Calabria- Attivazione Sistema UCCP/AFT.

Il costo scaturente dalla presente proposta viene imputato nel bilancio 2020 come segue:

CONTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ €. \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 CONTO \_\_\_\_ €. \_\_\_\_  
 CONTO \_\_\_\_ €. \_\_\_\_  
 CONTO \_\_\_\_ €. \_\_\_\_

Data .....

Il Funzionario Bilancio e Programmazione \_\_\_\_\_

Il Direttore/Dirigente ed il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, attestano la completezza e la regolarità a norma di legge dei dati, dei documenti e delle procedure seguite

Il Resp.le del Procedimento

IL DIRIGENTE

.....  
 Data \_\_\_\_\_

**Parere del Direttore Amministrativo**

Favorevole  Non Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma Data

[Signature] 17.12.2020

**Parere del Direttore Sanitario**

Favorevole  Non Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma Data

[Signature] 17-12-2020

## Il Coordinamento dei Distretti

**PREMESSO** che con DPR dell'11/03/2019 registrato alla Corte dei Conti il 19/03/2019 la gestione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria è stata affidata alla Commissione Straordinaria composta dal Prefetto Giovanni Meloni, dal Viceprefetto Vicario Maria Carolina Ippolito e dal Dirigente Area I Dir. Seconda Fascia Dr. Domenico Giordano;

### **RILEVATO:**

che 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, 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);

che il D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189, all' Art. 1, comma 1, prevede che le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative mono professionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie;

### **VISTO:**

il DCA n.65-2020 avente per oggetto *"Programma operativo 2019/2021 - Riorganizzazione della Rete Territoriale"* il quale prevede che, nell'ambito delle attività di integrazione Ospedale/Territorio, presso ciascuna Azienda Sanitaria siano costituite le nuove forme associative della Medicina Generale (UCCP/AFT)

il DCA n. 65 dell' 1.3.2018, avente ad oggetto: *"Revoca DCA 144/2017. Approvazione nuovo accordo integrativo regionale (A.I.R.) ponte anno 2017 per la medicina generale"*;

il DCA n.161 del 2.8.2018 avente ad 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"*;

### **DATO ATTO:**

che in esecuzione dei succitati DCA l'ASP di Reggio Calabria ha provveduto ad adottare l'atto deliberativo n. 567 del 05/12/2019 di programmazione del sistema UCCP/AFT su tutto il territorio aziendale e che il medesimo atto è stato trasmesso al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria per le determinazioni di competenza;

che in esecuzione a quanto previsto dall'art. 3 del DCA n. 161/18, contestualmente alla definizione della proposta operativa si è proceduto alla proposta di riformulazione degli ambiti di cui all'art. 33 dell'ACN, facendoli coincidere di norma con quello distrettuale;

**VISTA** la deliberazione della Commissione Straordinaria n. 334 del 07/05/2020 (DCA n. 65 del 10 marzo 2020 – Adozione piano aziendale inerente il fabbisogno di prestazioni territoriali);

**ATTESO** che il Comitato Aziendale ha esaminato la proposta di attivazione del sistema UCCP/AFT nell'ASP di Reggio Calabria, che fa parte integrante e sostanziale del presente atto unitamente al verbale del Comitato, entrambi siglati da tutti i membri del Comitato;

**CONSIDERATO** che l'attivazione del nuovo sistema organizzativo comporta ulteriori oneri per l'Azienda che sono da ricomprendere nella quota trasferita dalla Regione nell'ambito delle risorse stanziare per garantire i LEA;

**Tutto ciò premesso e considerato,**

**PROPONE**

**ALLA COMMISSIONE STRAORDINARIA l'adozione della presente Deliberazione**

- **di approvare** la proposta operativa allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;
- **di precisare** che il processo di budgeting, la definizione degli obiettivi, il sistema di reporting, la puntuale attuazione di quanto previsto dall'art. 59, lettera B, comma 15, dell'ACN di Medicina Generale saranno oggetto di successivo provvedimento con il quale dovrà essere quantificata preventivamente la spesa da impegnare sul relativo conto economico del bilancio dell'anno di riferimento;
- **di precisare** che dal riconoscimento formale dalla nuova tipologia di associazionismo discenderanno costi per l'Azienda solo a far data dalla formalizzazione della stessa; nulla sarà riconosciuto e quindi dovuto per i periodi precedenti;
- **di trasmettere** il presente provvedimento al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria;
- **di precisare** che il presente provvedimento, non soggetto a controllo, è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.13 della L.R. n.11/2004;
- **di notificare** il presente provvedimento ai Direttori dei Distretti Jonico, Reggio Calabria e Tirrenico, all'Ufficio GRU e al Collegio Sindacale ai sensi di legge;

Il Responsabile del Procedimento

Il Direttore del Distretto Jonico  
Il Direttore del Distretto Tirrenico  
Il Direttore del Distretto Reggio

Il Direttore Sanitario Aziendale  
Dott. Antonio Bray

**LA COMMISSIONE STRAORDINARIA**

Vista la proposta di deliberazione che precede e che si intende qui di seguito integralmente ripetuta e trascritta;

Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

Ritenuto di condividerne il contenuto;

Per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati e confermati adotta la presente

**DELIBERA**

- **di approvare** la proposta operativa allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;
- **di precisare** che il processo di budgeting, la definizione degli obiettivi, il sistema di reporting, la puntuale attuazione di quanto previsto dall'art. 59, lettera B, comma 15, dell'ACN di Medicina Generale saranno oggetto di successivo provvedimento con il quale dovrà essere quantificata preventivamente la spesa da impegnare sul relativo conto economico del bilancio dell'anno di riferimento;
- **di precisare** che dal riconoscimento formale dalla nuova tipologia di associazionismo discenderanno costi per l'Azienda solo a far data dalla formalizzazione della stessa; nulla sarà riconosciuto e quindi dovuto per i periodi precedenti;
- **di trasmettere** il presente provvedimento al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria;
- **di precisare** che il presente provvedimento, non soggetto a controllo, è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.13 della L.R. n.11/2004;
- **di notificare** il presente provvedimento ai Direttori dei Distretti Jonico, Reggio Calabria e Tirrenico, all'Ufficio GRU e al Collegio Sindacale ai sensi di legge;

**LA COMMISSIONE STRAORDINARIA**

Dr. Giovanni Meloni

Dr.ssa Maria Carolina Ippolito

Dr. Domenico Giordano

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

---

La presente deliberazione e' trasmessa al Collegio Sindacale in data 22 DIC. 2020

IL DIRETTORE AA. GG.

\_\_\_\_\_ 

---

La presente deliberazione e' stata pubblicata il 22 DIC. 2020

IL DIRETTORE AA. GG.

\_\_\_\_\_ 

---

La presente deliberazione e' conforme all'originale per uso amministrativo

IL DIRETTORE AA. GG.

\_\_\_\_\_

---

La presente deliberazione e' stata trasmessa all'Assessorato alla Sanità (\*) in data \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE AA. GG.

\_\_\_\_\_

---

(\*)Art. 13 L.R. N.11/2004. (Controlli sugli atti delle aziende) 1. Sono soggetti a controllo preventivo della Giunta regionale i seguenti atti delle aziende del servizio sanitario regionale: a) bilancio economico-preventivo, bilancio di esercizio comprensivo del conto consultivo; b) atto aziendale e piani attuativi comprensivi delle dotazioni organiche e loro variazioni; c) regolamenti di organizzazione. 2. Gli atti indicati nel comma precedente sono trasmessi, entro quindici giorni dall'adozione, al Dipartimento regionale della Sanità, che provvede all'istruttoria necessaria per l'esercizio del controllo. La Giunta regionale esercita il controllo sugli atti di cui al comma precedente entro 60 giorni dalla data di ricezione; decorso inutilmente tale termine gli atti si intendono approvati.

## RIORGANIZZAZIONE DELLE NUOVE FORME ASSOCIATIVE DELLA MEDICINA GENERALE

### Premessa

Il territorio dell'ASP di Reggio Calabria, che abbraccia l'intera provincia, si estende per 3.210,37 Km<sup>2</sup>, comprende 97 comuni e occupa il 21,1% del territorio della Calabria.

La popolazione al 1° gennaio 2019 risulta essere pari a 548.009 abitanti di cui 267.428 di genere maschile e 280.581 di genere femminile rappresentando circa il 28% dell'intera popolazione calabrese.

Dal punto di vista oro-geografico e viario, nei territori distrettuali, l'adiacenza tra mare e ambienti dai tratti tipicamente montani, determina una varietà di ambiti, connotati da specifici caratteri, in cui emergono due elementi dominanti: l'Aspromonte e la costa.

Il primo si propone come ambito apparentemente unitario, ma in realtà divaricato tra Ionio e Tirreno, dissecante tra due sistemi che sono concretamente separati con caratteri anche marcatamente differenti. Il secondo si impone con le sue caratteristiche di variegata bellezza ma anche, in molti casi, di degrado, oltre che con presenza dello Stretto di Messina che appare, al tempo stesso, spartiacque e nodo unificante di tutto il sistema costiero ionico e tirrenico della provincia.

Dal punto di vista del Sistema infrastrutturale e della mobilità, un sistema insediativo caratterizzato da un elevato grado di dispersione e dalle criticità del sistema dei trasporti ha avuto come conseguenza la presenza di una popolazione che risulta estremamente frammentata in molti centri di piccole dimensioni, collegati alle direttrici principali da tracciati vetusti ad elevata criticità, anche in quanto fortemente influenzati da condizioni geomorfologiche alquanto complesse.

Emergono, dunque:

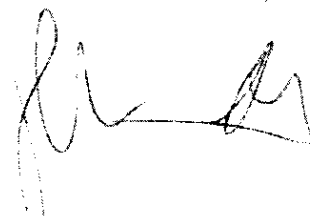
- un versante tirrenico caratterizzato dalla presenza delle principali direttrici di collegamento nord-sud (Autostrada A2 e Linea RFI) sulle quali si innervano i due grandi nodi infrastrutturali di rilievo globale che ne costituiscono le testate di Reggio Calabria-Villa San Giovanni, con le interconnessioni con il versante siciliano dello Stretto, e di Gioia Tauro-Rosarno con la cerniera costituita dall'area portuale e dall'innesto con la connessione principale tra il litorale tirrenico e quello ionico;
- un versante ionico – debole – sul quale si innesta un sistema "a pettine" che viene retto dalla linea della SS 106 ionica, elemento principale della connessione Taranto-Reggio Calabria, che deve assolvere al duplice ruolo di direttrice di accesso e di asse di distribuzione locale, con le ben note criticità dovute alle caratteristiche tecniche della carreggiata, all'andamento planimetrico del tracciato ed alle condizioni di traffico, che si acuiscono nell'area tra Reggio Calabria e Locri: al tracciato stradale si affianca la linea ferroviaria Reggio Calabria-Metaponto.

L'analisi del dimensionamento dei Comuni ricompresi nel contesto dell'Azienda Sanitaria consente di evidenziare la presenza di una forte concentrazione di popolazione nella città di Reggio Calabria, la presenza di alcuni Comuni di medie dimensioni con popolazione superiore ai 10.000 abitanti e molti comuni di piccole dimensioni sparsi nell'intero territorio dei tre distretti.

Dal punto di vista del contesto organizzativo territoriale, l'ASP di Reggio Calabria, in virtù di quanto previsto dall'Atto Aziendale, approvato dalla Regione Calabria con DCA n. 57 del 29 marzo 2017, si caratterizza per la presenza di tre distretti sanitari: Reggio Calabria, Ionico e Tirrenico, finalizzati a realizzare la integrazione fra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.



1 



L'assetto strutturale dei Distretti è orientato verso un modello organizzativo basato su obiettivi di salute afferenti alle diverse aree con una forte integrazione con il Dipartimento di prevenzione e con l'Ospedale.

Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei Dipartimenti e Servizi aziendali, inserendoli organicamente nel programma delle attività territoriali.

### Aspetti programmatici

L'evoluzione delle caratteristiche demografiche della popolazione, la mancanza nell'attuale società di una rete parentale-sociale allargata e i mutati bisogni di salute della popolazione hanno determinato, nel corso degli anni, l'incremento delle patologie croniche, delle pluripatologie, della non autosufficienza e una lievitazione dei costi a carico dei Servizi Sanitari dei vari Paesi.

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle recenti proiezioni epidemiologiche secondo le quali nei prossimi anni rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo (Ministero della Salute, Piano Nazionale della Cronicità, 2016).

È comunemente acclarato che gli effetti delle malattie croniche degenerative e soprattutto l'aumento di spesa, per tutte le aree che sono borderline, tra sanitario e socio-assistenziale, possono mettere sotto scacco la stabilità dei sistemi di protezione della salute e di protezione sociale.

Per fronteggiare adeguatamente la situazione, tutti i Paesi, negli ultimi decenni, si sono contraddistinti per una costante evoluzione dell'assetto legislativo e normativo in campo sanitario con particolare riferimento al riequilibrio delle risorse tra ospedale e territorio. A tal fine, i legislatori hanno inteso adottare una serie di provvedimenti per consentire la trasformazione dei modelli organizzativi rimodulando la precedente visione ospedalocentrica a favore di un maggiore sviluppo dei servizi territoriali, in particolare delle cure primarie.

Dal punto di vista operativo, nell'ambito del sistema delle Cure Primarie, si è sempre più affermato a livello internazionale il Chronic Care Model, basato sul principio che nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici è importante agire sui seguenti sei elementi interdipendenti:

1. Le risorse della comunità. Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.
2. Le organizzazioni sanitarie. Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.
3. Il supporto all'auto-cura. Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. La gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti.
4. L'organizzazione del team. La struttura del team assistenziale (MMG, inf., ecc.) deve essere modificata, separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. Il MMG tratta i pazienti acuti, interviene nei casi cronici complicati. L'infermiere è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti ed assicurare la programmazione e lo svolgimento dei follow-up dei pazienti sotto le direttive del medico curante. La visita programmata è uno degli aspetti più significativi della nuova organizzazione.
5. Il supporto alle decisioni. L'adozione di linee guida basate sull'evidenza forniscono gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici.
6. I sistemi informativi. I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni:
  - come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee guida;

- come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A1c e di lipidi;
- come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti. Tale modello è stato adottato dall'OMS (WHO, 2002) e largamente introdotto nei sistemi sanitari di diversi Paesi occidentali.

Anche in Italia, le Cure Primarie rappresentano il primo livello di contatto tra i cittadini e il Servizio Sanitario Nazionale. In tale ambito, il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) non sono solo chiamati a ricoprire il semplice ruolo di gatekeeper ma anche ad agire da punto di riferimento territoriale per la presa in carico dei problemi di salute, integrando cure primarie e secondarie. Tali figure, infatti, attraverso l'integrazione con le altre professionalità del territorio (Medici di Continuità Assistenziale e Specialisti Ambulatoriali), garantiscono l'assistenza nelle 24 ore e per 7 giorni alla settimana.

È ormai ampiamente comprovato che la promozione della medicina territoriale permette di migliorare l'offerta di assistenza sanitaria di primo livello assicurando:

- l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA)
- l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello, anche al fine di ridurre l'accesso improprio al Pronto Soccorso
- la gestione delle urgenze differibili per la riduzione dei ricoveri inappropriati
- la realizzazione della continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7
- la presa in carico dell'utente, in particolare dei pazienti cronici
- lo sviluppo della medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria
- l'integrazione socio-sanitaria.

Il D.Lgs. n. 299/99 (riforma ter), ponendo il territorio al centro del rinnovamento della sanità italiana, scorge nelle forme associative non tanto uno "strumento di razionalizzazione", ma "leve per il cambiamento". Grazie al clima introdotto dalla legge di riforma del 1999, l'anno successivo viene siglato il DPR n. 270/2000 attraverso il quale si definisce in modo articolato e completo la pratica in associazione.

Con l'approvazione della legge 189/2012, viene superato il modello organizzativo delineato dal DPR n. 270/2000 e dai successivi Accordi collettivi nazionali e regionali di categoria per dare vita a forme associative molto più complesse che completano il passaggio dal singolo medico alla piena integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.

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 funzionali, anche per dare attuazione a quanto previsto dalla Legge n. 189/2012.

Vanno delineate le caratteristiche del modello operativo della medicina di iniziativa, delle AFT, delle UCCP e del sistema informativo tenendo comunque presente che la definizione degli obiettivi e la pianificazione delle attività rientrano tra le funzioni di governance pubblica svolta dalle aziende sanitarie e dal distretto.

**Programmazione regionale e aziendale**

Con l'approvazione del DCA P.O. 2016/2018 - "Riorganizzazione della Rete Territoriale", l'emanazione del DCA n. 65 del 01-03-2018 "Approvazione dell'Accordo Integrativo regionale Ponte per la Medicina Generale", il DCA n. 161 del 02-08-2018 "Atto di indirizzo per le ASP della Regione Calabria per l'applicazione del citato Accordo Integrativo regionale", il DCA n. 65 del 10 marzo 2020 "Programma operativo 2019/2021 - Riorganizzazione della Rete Territoriale", la Regione Calabria ha inteso strutturare, nei vincoli del rispetto

*[Handwritten signatures and initials]*

dell'equilibrio economico imposto dal piano di Rientro, la rete delle Cure Primarie sostituendo le forme organizzative attuali con la rete delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse Cure Primarie (UCCP).

Il nuovo modello organizzativo è strutturato in maniera da fornire risposte diversificate a seconda delle caratteristiche oro-geografiche e di viabilità del territorio (urbano/extraurbano/rurale/montano) così come delineato dalla delibera aziendale n. 567 del 05/12/2019 "Assistenza Primaria ASP di Reggio Calabria - programmazione UCCP e AFT", in corso di approvazione da parte dei competenti organismi regionali.

### Caratteristiche delle AFT

L'AFT è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale, di Medici di Medicina Generale con un bacino d'utenza non superiore a 30.000 assistiti (riferito agli over 14), 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, all'interno della sede unica, 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 H12, mediante l'articolazione del proprio orario di studio in maniera coordinata tra i medici della stessa AFT in rete. L'articolazione dell'orario deve trovare comunque, condivisione da parte del distretto ed essere coerente con le indicazioni di cui all'ACN tempo 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 H12, presso una sede unica di riferimento messa a disposizione dalle ASP o dai medici di assistenza primaria. Le AFT in sede pubblica dovranno essere allocate in strutture aziendali già operanti (poliambulatorio, casa della salute, etc.) al fine di evitare ulteriori spese.

### Popolazione assistita dalla diverse tipologie di AFT

In riferimento a quanto previsto dall'AIR Ponte, nella tabella sotto riportata è indicata la popolazione assistibile nell'ASP di Reggio Calabria dalle UCCP/AFT nelle diverse tipologie (tabella n. 1).

RIPARTIZIONE POPOLAZIONE PER FORMA ASSOCIATIVA E PER DISTRETTO			
Tipologia forma associativa	N. assistiti ASP	Distretto	n. assistiti x distretto
AFT in rete	292.433	Distretto RC	141.738
		Distretto Jonico	67.604
		Distretto Tirrenico	83.091
UCCP/AFT sede unica pubblica	79.707	Distretto RC	38.633
		Distretto Jonico	18.427
		Distretto Tirrenico	22.648
AFT sede unica autonoma	41.180	Distretto RC	19.959
		Distretto Jonico	9.520
		Distretto Tirrenico	11.700
UCCP sede privata	21.525	Distretto RC	21.525



<b>TOTALE</b>	<b>434.845</b>	<b>434.845</b>
---------------	----------------	----------------

tabella n. 1

**Composizione delle AFT**

L'AFT di medicina generale:

- è composta da medici di Assistenza Primaria che sono invitati ad aderire ad una delle forme previste;
- di norma comprende un numero di medici non inferiore a 12, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria qualora la programmazione aziendale lo prevedesse, 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. prevede la condivisione delle attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti.

Al fine di garantire livelli ottimali di organizzazione delle attività ed erogazione delle prestazioni, l'AFT deve essere composta da medici appartenenti a contesti territoriali omogenei.

Presso ciascuna AFT sarà individuato dai 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, quando queste saranno istituite a livello aziendale.

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, 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 delle AFT**

Il sistema informativo/informatico deve garantire la condivisione di informazioni cliniche con le attività di continuità assistenziale svolte nelle sedi territorialmente correlate.

Detto sistema dovrà essere connesso ai sistemi informativi regionale e aziendale come previsto dal DCA 65/18.

I medici dell'AFT in sede autonoma (studio messo a disposizione dai medici) dovranno dotarsi di sistemi informativi/informatici in grado di interfacciarsi con gli altri sistemi per come previsto dal DCA 65/18.

Ai medici dell'AFT in sede pubblica i sistemi informativi/informatici saranno forniti dall'ASP e dovranno essere in grado di interfacciarsi con gli altri sistemi per come previsto dal DCA 65/18.

**Identificazione delle AFT**

- bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti (riferito agli over 14), nel rispetto dei limiti di spesa previsti dall'AIR, in ragione di alcune circostanze che vengono qui di seguito segnalate:
  - precedente assetto organizzativo della medicina generale (preesistenza di 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

- partecipano medici di Assistenza Primaria e C.A. .
- un numero di medici di norma non inferiore a 12.

### 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 obbligatoriamente al processo di budgeting distrettuale
- partecipare alle attività di valutazione multidimensionale.
- **Alle AFT, regolarmente autorizzate dall'Azienda, è fatto obbligo di esporre pubblicamente a disposizione degli utenti le caratteristiche della associazione, i componenti con i numeri telefonici, gli orari di attività, l'offerta dei servizi facenti parte della contrattazione con l'Azienda, le modalità di accesso, prenotazione e di contatto con la struttura ed i medici e quanto altro fosse necessario alla pubblicizzazione delle attività svolte.**

Condizione propedeutica alla realizzazione della riorganizzazione delle forme associative della Medicina Generale, di cui al presente atto, è la rimodulazione degli Ambiti territoriali di cui all'art. 33 dell'ACN come meglio specificato all'art. 3 dell'atto di indirizzo per l'applicazione dell'Accordo ponte per la Medicina Generale di cui al DCA n. 161 del 2/08/2018 che prevede che gli Ambiti debbano di norma coincidere con l'estensione distrettuale. Tale rimodulazione è stata richiesta ed approvata dal Comitato Aziendale dei MMG il 27/04/2020.

Al fine di ottimizzare l'erogazione dei LEA alla popolazione calabrese, soprattutto in funzione dell'orientamento verso il sempre più affermato modello del "Chronic Care Model", quale base di partenza per la realizzazione del "Comprehensive, Community and Home Based Health Care Model (CCHBHC), è necessario che il progetto sia sostenibile sul piano finanziario. Per tale motivo è necessario che sia individuata la disponibilità delle risorse economiche partendo dall'ipotesi prevista dall'allegato 3 (remunerazione) del DCA 65 del 01/03/2018.

La popolazione assistita, over 14 anni, ammonta a 446.479 unità suddivisa nei tre Distretti in n. 123.555 per il Distretto Tirrenico (pari al 28,41%), in 210.763 per il Distretto Reggio Calabria (pari al 48,47%), n. 100.527 per il Distretto Jonico (pari al 23,12%).

Come previsto dalla Deliberazione della Commissione Straordinaria, in corso di approvazione, con oggetto "Assistenza primaria ASP di Reggio Calabria – programmazione UCCP e AFT" sono previste per il Distretto di Reggio Calabria numero 2 UCCP di cui 1 pubblica ed una autonoma, per il Distretto Tirrenico 1 UCCP e per il Distretto Jonico 1 UCCP.

### Percorso di costituzione delle AFT (DCA n. 65/2018 - DCA n. 65/2020)

Per quanto riguarda la costituzione delle AFT si procederà come segue:

- Per le AFT in sede pubblica, saranno consultati tutti gli MMG chiedendo la disponibilità a farne parte. Sulla base della disponibilità fornita saranno prioritariamente inseriti i MMG già facenti parte delle medicine di gruppo autorizzate dall'ASP, oltre che i MMG che fanno già parte della forma associativa in rete o in associazione semplice o che non hanno mai fatto parte di forme associative e dichiarino l'intenzione di aderirvi.

Verranno quindi presi in considerazione gli MMG già facenti parte di forme associative di Medicina di Gruppo, ivi comprese quelle transitate in quanto tali nella forma mista, formalmente riconosciute dall'ASP e che intendano costituire un'Aggregazione Funzionale Territoriale in sede unica autonoma, i quali presenteranno istanza alla Direzione Generale aziendale, che sarà sottoposta alla valutazione del Distretto di competenza, secondo i criteri di costituzione previsti dal DCA n. 65/18, dal DCA n. 161/18 e dal presente regolamento. Dette forme associative di gruppo avranno priorità di inserimento nel sistema AFT transitando in regime di AFT in sede unica autonoma, con la possibilità di aggregazione di altri medici richiedenti all'interno di aree omogenee di appartenenza, fermo restando il rispetto dei parametri prima indicati.

Nell'istanza, firmata da tutti i componenti, dovrà essere indicata:

- la sede dell'AFT
- i medici che la costituiscono con indicazione dei recapiti telefonici, degli indirizzi mail, della PEC e il numero degli assistiti di ciascun medico al momento della costituzione
- quindi saranno costituite le ulteriori AFT in rete comunque non oltre la concorrenza delle risorse assegnate e sulla base di aree omogenee meglio definite in base alla orografia territoriale e dei bisogni della popolazione assistita, secondo un criterio che comporta valutazione del Direttore del Distretto. I medici che intendessero avvalersi di tale facoltà, possono produrre istanza, non impegnativa per l'ASP, alla Direzione Aziendale proponendo la costituzione di una forma associativa in rete prevista dal nuovo AIR fornendo le indicazioni sopra riportate. Le proposte saranno vagliate secondo i criteri di costituzione previsti dal DCA n. 65/18, dal DCA n. 161/18 e dal presente regolamento.

Per qualunque tipologia di forma associativa le istanze possono essere presentate solo dopo l'adozione di specifico atto deliberativo dell'ASP di attivazione del sistema UCCP/AFT.

Il sistema di valutazione di remunerazione degli obiettivi e di reporting sarà definito dall'Azienda con successivo provvedimento.

- ✓ Tutte le AFT costituite dovranno essere autorizzate con atto formale da parte dell'Azienda su proposta dei Direttori di distretto.

Le AFT in sede unica sia pubblica che autonoma dovranno avere una sede centrale aperta tutti i giorni esclusi prefestivi e festivi dalle ore 8,00 alle ore 20,00. I medici che la costituiscono si alterneranno secondo un calendario concordato con il Referente in modo da garantire sempre la presenza di almeno un medico di medicina generale. Ovviamente rimangono in vigore le norme dell'ACN 2005 e s.m.i. non modificate dal DCA

La mancata partecipazione del medico, per qualsivoglia motivazione, alle nuove forme associative della Medicina Generale, nel passaggio alla fase a regime, comporta automaticamente la cessazione delle indennità associative percepite dallo stesso fino a determinazione dell'Azienda sulla sua collocazione in una delle forme associative disponibili. Fatte salve eventuali condizioni riconducibili all'ASP.

I medici neo-inseriti nell'elenco dei medici di Assistenza primaria a seguito della copertura degli ambiti territoriali carenti all'atto del conferimento della convenzione esprimerà opzioni di preferenza per la scelta

7

della forma associativa. L'Azienda provvederà alla loro collocazione nella forma associativa disponibile dopo l'effettuazione degli eventuali trasferimenti richiesti dai medici già operanti nelle forme associative.

Per quanto concerne le caratteristiche degli studi medici delle AFT si richiama quanto previsto dagli artt. 36 e 54 del vigente ACN di medicina generale mentre i requisiti generali delle AFT nelle diverse tipologie sono quelle previste dall'allegato 4 al DPR n. 65/18.

I medici facenti parte delle AFT in sede unica possono trasferire nella sede dell'AFT <sup>il proprio</sup> studio già autorizzato nel Comune sede dell'AFT, qualora esista la disponibilità strutturale, previa autorizzazione del competente Distretto che valuterà la richiesta ove vengano rispettate le primarie esigenze assistenziali sulla base della situazione orografica e di viabilità mantenendo la capillarità dell'assistenza che deve continuare ad essere comunque garantita.

In relazione ai parametri definiti dalla programmazione regionale riguardo la popolazione assistibile e il numero minimo di medici che di norma deve comporre l'AFT, si ritiene opportuna la costituzione di dette forme associative così come riportato nella tabella n. 2, nel rispetto dei parametri indicati nella precedente tabella n. 1:

Tipologia forma associativa	Distretto	n. AFT	Sede AFT pubbliche
AFT in rete	Distretto RC	9	
	Distretto Ionico	4	
	Distretto Tirrenico	5	
AFT sede unica	Distretto RC	2	1 Melito P.S. 1 Villa S.G.
	Distretto Jonico	1	Caulonia
	Distretto Tirrenico	1	Taurianova
AFT sede unica autonoma	Distretto RC	2	
	Distretto Ionico	1	
	Distretto Tirrenico	1	
<b>TOTALE AFT</b>		<b>26</b>	

tabella n. 2

#### Personale infermieristico e di segreteria

Il personale infermieristico e di segreteria non è previsto per le AFT in rete. Per le AFT in sede autonoma alla dotazione del personale dovranno provvedere i medici secondo le modalità previste dall'ACN. Le AFT in sede pubblica si avvarranno del personale in oggetto fornito dall'ASP.

#### Ruolo e funzioni del Referente AFT

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. Il nominativo del Referente dovrà essere comunicato da ciascuna AFT al Distretto di competenza.

Al referente spetta il compenso di € 3.000,00 lorde all'anno.

#### Unità Complessa delle cure primarie (UCCP)

L'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, 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.

L'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, 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:

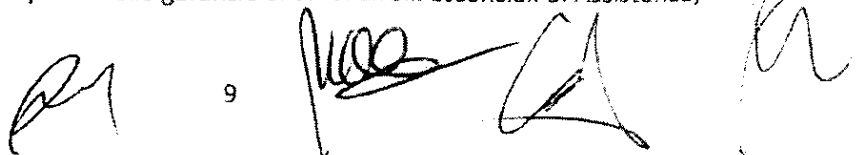
1. **UCCP in sede pubblica:** la sede dell'UCCP, il personale infermieristico e di supporto amministrativo è messo a disposizione dalle ASP. I medici aderenti dovranno garantire la gestione delle informazioni cliniche attraverso l'utilizzo di uno strumento informativo unico, assicurando, presso la sede dell'UCCP, l'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. Le UCCP in sede pubblica dovranno essere allocate in strutture aziendali già operanti (poliambulatori, Casa della Salute, etc.) al fine di evitare ulteriori oneri a carico dell'Azienda;
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, l'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 o a gestione autonoma deve ospitare una sede di continuità assistenziale tra quelle di riferimento della stessa UCCP.

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;

9



- 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 incarico 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 distrettuale in ragione del processo operativo di seguito indicato:

Regione > Azienda > Distretto > UCCP > AFT

- partecipare alle attività di valutazione multidimensionale finalizzate 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 del Distretto 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.

Alle UCCP, regolarmente autorizzate dall'Azienda, è fatto obbligo di esporre pubblicamente a disposizione degli utenti le caratteristiche della associazione, i componenti con i numeri telefonici, gli orari di attività, l'offerta dei servizi facenti parte della contrattazione con l'Azienda, le modalità di accesso, prenotazione e di contatto con la struttura ed i medici e quanto altro fosse necessario alla pubblicizzazione delle attività svolte.

#### 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 massimo 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 riferiti 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 accessori e 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 HI2, 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.

La contrattazione di livello aziendale deve garantire, la partecipazione al le 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 dell'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 lordi x anno.

**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.

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.

Oltre ai requisiti di cui all'allegato n. 4 del DCA n. 65-18, le UCCP dovranno possedere i seguenti requisiti:

#### **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 (H12)
- uno studio medico da dedicare alle attività connesse agli ambulatori di patologia
- uno studio medico per codici bianchi/continuità assistenziale (H24)
- 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.

#### **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

#### **Personale**

- Tre collaboratori di studio per garantire l'attività di accoglienza/accettazione per un minimo di 8 h/die per 5 gg. alla settimana;



- infermieri professionali, in numero tale da garantire lo studio in regime H 24 per 7 gg/sett.

### Numero e sedi UCCP

Nella tabella n. 3 sono indicati il numero e le sedi dell'UCCP a livello distrettuale:

DISTRETTO	NUMERO UCCP	SEDE
Distretto RC	1 sede pubblica	Struttura Polo Sanitario Nord
	1 sede autonoma	Locali di competenza dei medici
Distretto Jonico	1 sede pubblica	Casa della Salute Siderno
Distretto Tirrenico	1 sede pubblica	Casa della Salute Palmi

tabella n. 3

### Costituzione delle UCCP

Le UCCP in sede pubblica saranno costituite dall'Azienda tenendo conto dei parametri sopra definiti relativi a conformazione oro-geografica del territorio, densità abitativa, disponibilità di servizi, disponibili di sedi di proprietà dell'Azienda.

L'Azienda, inoltre, in sede di definizione dell'intero sistema UCCP/AFT la correlazione tra UCCP e AFT funzionalmente correlata.

Per quanto concerne l'UCCP in sede privata prevista nel Distretto di Reggio Calabria, i medici che intendono farne parte possono produrre istanza specificando:

- la sede dell'UCCP (collocazione e requisiti logistici)
- i medici che la costituiscono con indicazione dei recapiti telefonici, degli indirizzi mail, della PEC e il numero degli assistiti di ciascun medico al momento della costituzione
- gli orari di apertura e gli orari di studio dei singoli Medici in turnazione
- la dotazione tecnologica
- il personale di segreteria e infermieristico.

### CRITERI DI INTEGRAZIONE DEI MEDICI A QUOTA ORARIA NELLE UCCP E NELLE AFT

La realizzazione delle UCCP necessita dell'integrazione funzionale ed organizzativa dei Medici di Continuità Assistenziale che dovranno integrarsi nelle specifiche attività assistenziali.

Sotto il profilo organizzativo, quindi, la stretta interrelazione tra UCCP/AFT e postazioni di continuità assistenziale è rappresentata dal seguente schema:

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

### Valutazione, remunerazione degli obiettivi e reporting UCCP/AFT

L'ASP provvederà all'erogazione degli incentivi, previa verifica dei risultati conseguiti, con le seguenti modalità:

- 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;
- il restante 50% del compenso viene sottoposto a verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi (sulla base di regolamento oggetto di successiva redazione); di questo 50%, il 30% (15% del totale quindi) viene erogato mensilmente, mentre la restante parte, secondo il livello di raggiungimento

degli obiettivi, a conguaglio trimestrale. A fine anno si procederà all'effettuazione delle verifiche finali sul raggiungimento degli obiettivi per un eventuale saldo finale da corrispondere entro e non oltre il primo trimestre dell'anno successivo.

La partecipazione alle attività relative ai PDTA stabiliti dalla programmazione nazionale e/o regionale è obbligatoria ai sensi delle disposizioni normative vigenti in materia.

#### Aspetti economici attivazione sistema UCCP/AFT

Come previsto dal DCA n. 65/2018 ai medici che faranno parte del nuovo sistema organizzativo saranno riconosciute le indennità per come indicato nella tabella n. 4:

Tipologia forma associativa	€ per assistito x anno
AFT in rete	5,50
AFT sede unica – UCCP in sede pubblica	11,00
AFT sede unica autonoma (privata)	11,00 + 5,00
UCCP in sede autonoma	11,00 + 14,00

tabella n. 4

Dal riconoscimento formale dalla nuova tipologia di associazione discenderanno costi per l'Azienda solo a far data dalla formalizzazione della stessa da parte dell'Azienda Sanitaria. Nulla sarà riconosciuto e quindi dovuto per i periodi precedenti.

L'indennità prevista per i medici aggregati nell'AFT in rete (€ 5,50xassistitoxanno) assorbe tutte le precedenti indennità associative percepite in precedenza dal medico che entrerà a far parte di tale forma associativa.

Per i medici in AFT sede unica pubblica e in UCCP sede pubblica e in AFT sede autonoma, tutte le precedenti indennità associative sono assorbite dalla nuova indennità (rispettivamente € 11,00xannoxassistito e € 11,00 + € 5,00x anno x assistito).

Per i medici in UCCP in sede autonoma, l'ASP, oltre alle precedenti indennità percepite (collaboratore di studio medico, standard A e B, infermiere e disponibilità telefonica) corrisponde il completamento fino ad un massimo di € 14 x assistito x anno.

#### INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITA' DELLE UCCP/AFT NELLA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE CRONICO – DEGENERATIVE

##### Accesso al sistema curante

Gli 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 di system keeper assume particolare rilievo nell'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, ciascuna componente della nuova rete assistenziale trova afferenza territoriale nei PUA distrettuali.

##### Valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali

La valutazione multidimensionale rappresenta lo strumento di individuazione dei bisogni assistenziali e di conseguenziale personalizzazione dei processi di cura.

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

14

I medici delle AFT/UCCP dovranno partecipare alle sedute dell'UVM distrettuale e/o alle valutazioni domiciliari.

## DEFINIZIONE OBIETTIVI DI SALUTE

### Obiettivi di salute per tutte le tipologie di forma associativa

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 n. 65/18 e riportati nella seguente tabella riepilogativa:

DESCRIZIONE OBIETTIVO		AZIONI CORRELATE	MISURA	PESO	INDICATORI
Screening	Cervice uterina		Distribuzione kit sangue occulto	30%	Numero pazienti
	Carcinoma mammario				
Riduzione tasso ospedalizzazione	Attivazione PDTA diabete	Creazione registro di patologia – Identificazione pz. a rischio	Numero pazienti	10%	
	Attivazione PDTA	Creazione registro di patologia – Identificazione pz. a rischio	Numero pazienti		
	Attivazione PDTA disturbi cognitivi	Creazione registro di patologia – Identificazione pz. a rischio	Numero pazienti		
Riduzione accessi in P.S.		Attivazione ambulatorio codici bianchi	Numero codici bianchi	20%	
Riduzione spesa farmaceutica	Territoriale	Applicazione provvedimenti regionali – Riduzione T.O.		30%	
	Ospedaliera				
Accesso al sistema curante		Integrazione al PUA – Partecipazione UVM – Attivazione CSD	Numero invii – numero sedute – numero pazienti	10%	

tabella n. 5

Per l'ulteriore definizione degli obiettivi e relativa pesatura si assume quanto previsto dall'allegato 1 al DCA n. 161-18.

### REQUISITI DELLE UCCP E DELLE AFT

Gli elementi che contraddistinguono le diverse tipologie di AFT sono riportati nella seguente tabella tecnica:

	AFT in rete	AFT in sede autonoma		AFT in sede pubblica		UCCP sede pubblica		UCCP sede privata	
Sede unica	NO	SI		SI		SI		SI	
Studi singoli	SI	SI		SI		facoltativi		facoltativi	
Orario	H 12	H 12		H 12		H 24		H 24	
Collegamento ai servizi informativi regionale e aziendale	SI	SI		SI		SI		SI	
Gestione scheda pazienti	SI	SI		SI		SI		SI	
Personale segreteria	NO	SI	a carico MMG	SI	a carico ASP	SI	a carico ASP	SI	a carico mmg
Personale infermieristico	NO	SI	a carico MMG	SI	a carico ASP	SI	a carico ASP	SI	a carico mmg
Negoziare obiettivi	con UCCP di riferim.	con UCCP di riferim.		con UCCP di riferim.		Distretto		Distretto	
Ambulatori patologia	NO	SI		SI		SI		SI	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]* 15

*[Handwritten signature]*

*[Large handwritten signature]*

Reperibilità telefonica H 12	SI	SI	SI	SI	SI
Adesione programmi telemedicina	SI	SI	SI	SI	SI
Sede C.A.	NO	NO	NO	SI	SI
Popolazione di riferimento	< 30.000	< 30.000	< 30.000	tra 30.000 e 60.000	tra 30.000 e 60.000
Adesione PDTA	SI	SI	SI	SI	SI

tabella n. 6

### Processo di budgeting

La Direzione aziendale definisce gli obiettivi e la scheda di budget da condividere con i Direttori dei Distretti i quali, al loro volta, condividono la scheda di budget con il Referenti delle AFT attivate nel territorio di riferimento.

Il Direttore Generale, unitamente al referente delle AFT, 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 valutazione di coerenza con gli obiettivi regionali e la definitiva approvazione

La scheda di budget è riconducibile a quella sopra riportata.

### Art. 59, lettera B, comma 15 ACN Medicina Generale

Nel contesto di quanto previsto dal DCA n. 65-18 dovrà trovare piena attuazione quanto disposto dall'Art 59, lettera B, comma 15 dell'ACN di medicina generale.

Handwritten signatures and initials are present on the page, including a large signature at the bottom and several smaller ones above it.