REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Pianificazione Strategica
Serv. 8 - Programmazione Territoriale
Piazza Ottavio Ziino, 24 - 90145 Palermo

AFT-AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI e UCCP-UNITA' COMPLESSE DI CURE PRIMARIE NELLA REGIONE SICILIA:

documento programmatico per il dibattito interno alle Aziende Sanitarie

DICEMBRE 2014

Per contatti:

Dr. Francesco La Placa - Direttore Servizio 8 Dip.to PS Assessorato Reg.le Salute francescopaolo.laplaca@regione.sicilia.it **091-7075517**

Dr. Giuseppe Noto - Direttore sanitario ASP PALERMO direzionesanitaria@asppalermo.org **091-7032330**

IL PERCHE' DI QUESTO DOCUMENTO PROGRAMMATICO:

Come previsto dall'Atto di Indirizzo del Comitato di Settore (vedi § sulla normativa), entro mesi sei dalla sottoscrizione del nuovo ACN le Regioni *"provvedono a definire la programmazione regionale finalizzata alla definizione del percorso per il superamento di tutte le forme associative esistenti (associazione, rete, gruppo, ecc.), per sostituirle con le AFT e le UCCP, tenendo conto delle proprie specificità"*.
Pertanto, al fine di promuovere per tempo il confronto con e fra le aziende sanitarie per condividere, in prima istanza tra gli attori di parte pubblica, il disegno strategico su AFT/UCCP, adattandolo anche alle specificità dei contesti locali, il Servizio 8 (Programmazione Territoriale) del Dip.to di Pianificazione Strategica dell'Assessorato Reg.le della Salute, congiuntamente alla Direzione strategica dell'ASP di Palermo, ha redatto il presente documento programmatico, con la finalità di ampliare il confronto sui tempi proposti (avviando, ove possibile, sperimentazioni locali) e di condividere i potenziali scenari strategici sulle profonde innovazioni emergenti dalla L.189/2012.
Ciò sarà indubbiamente utile a rendere più proficua, più rapida e verosimilmente più efficace la fase negoziale sul Nuovo AIR-Accordo Integrativo Regionale, una volta che sarà siglato il Nuovo ACN-Accordo Collettivo Nazionale.
Come si potrà rilevare dalla lettura del presente documento, questo lavoro preparatorio è indispensabile perché la prospettiva che origina dalla L. 189/2012 non è la semplice riorganizzazione dell'Assistenza Primaria, ma un profondo e radicale cambiamento dell'assetto organizzativo ed operativo dei distretti sanitari nel loro complesso. Proprio da queste premesse, oltre che dall'esigenza di predisporre le leve organizzative e gestionali per attuare il profondo cambiamento indicato dalla L. 189/2012, nasce il presente documento, che delinea gli scenari strategici, che, una volta perfezionati a seguito del dibattito interno e rivisti alla luce dei dettami del futuro ACN-ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE, dovranno essere negoziati e condivisi con gli attori dell'Assistenza Primaria e delle Cure Primarie e dovranno poi essere adattati alle potenzialità ed ai limiti dei contesti locali.

NB 1: Come già detto, questo documento programmatico è finalizzato ad attivare il dibattito interno alle aziende sanitarie ed a predisporre i potenziali scenari organizzativi dei Distretti, ed in particolare dei PTA_Presidi Territoriali di Assistenza, che dovranno "accogliere" le AFT e le UCCP e metterle in grado di funzionare. Poiché il lavoro negoziale sul nuovo ACN-Accordo Collettivo Nazionale è ancora *in fieri*, nel Documento non vengono affrontate in modo dettagliato le problematiche contrattuali con la Medicina Generale e, alla luce dei contenuti del prossimo ACN, la visione di sistema ipotizzata da questo documento potrebbe subire alcune variazioni.

NB 2: in tutta la prima parte del Documento viene menzionata la Medicina Generale, ma il disegno organizzativo e strategico, con le necessarie differenze, può essere di supporto anche per la Pediatria di Libera Scelta e per la Specialistica Ambulatoriale, sebbene sia certamente opportuno redigere successivamente specifici documenti.

INDICE

PARAGRAFO	PAG.
§ 1. UNA PREMESSA PER CONDIVIDERE I CONCETTI DI BASE	4
§ 2. LE BASI NORMATIVE DI RIFERIMENTO	6
§ 3. LA POTENZIALE ORGANIZZAZIONE DELLE AFT E DELLE UCCP NELLA REGIONE SICILIA	13
§ 3.1. AFT E SEDE PER LE FUNZIONI AGGREGATE	12
§ 3.2. UCCP DISTRETTUALI	13
§ 3.3 IL FUNZIONAMENTO INTERNO DELL'AFT/UCCP: L'EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA	14
§ 3.4. IL FUNZIONAMENTO INTERNO DELL'AFT/UCCP: IL COINVOLGIMENTO E LA PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITA'	15
§ 4. ALCUNE RIFLESSIONI SUGLI ASPETTI GESTIONALI E CONCLUSIONI	15

§ 1. UNA PREMESSA PER CONDIVIDERE I CONCETTI DI BASE

Nella figura seguente viene messa in luce la distinzione più significativa tra AFT, formule aggregative monoprofessionali preposte alla produzione nell'area dell'ASSISTENZA PRIMARIA, e UCCP, formule aggregative preposte a gestire ASSISTENZA COMPLESSA (per questo, quindi, MULTIPROFESSIONALI).

Il nuovo disegno territoriale emergente dalla L. 189/2012 è, pertanto, armonico con le nuove prospettive verso le quali si sta orientando anche la riorganizzazione dell'ASSISTENZA OSPEDALIERA, dettate dal Documento sugli Standard Ospedalieri, imperniate sulla radicale revisione organizzativa dell'Ospedale, in base alla DIFFERENZIAZIONE DELLA PRODUZIONE PER "INTENSITA' DI CURA".

In ragione di quanto detto, pertanto, le AFT non sono formule aggregative della Medicina Generale semplicemente sostitutive delle vecchie formule di associazionismo (rete, gruppo). Esse costituiscono un nuovo assetto organizzativo dell'Assistenza Primaria, pienamente raccordato con i piani strategici del Distretto (che, a loro volta, originano dal relativo Piano aziendale e dal Piano Regionale di attuazione della L. 189/2012), e sono strettamente interconnesse con le UCCP (per la gestione della complessità assistenziale) in una logica di continuità assistenziale.

Come sarà meglio specificato in seguito, nell'ambito dell'organizzazione dell'assistenza primaria così come indicato dalla L. 189/2012, saranno mantenute le "FUNZIONI SINGOLE" DEL MMG, che, attraverso le attività svolte nel proprio studio medico, non perde il rapporto fiduciario con i propri assistiti. Ogni MMG, che per norma dovrà partecipare obbligatoriamente all'AFT, contribuirà anche alle FUNZIONI AGGREGATE, svolte in seno all'AFT, nella "sede unica di riferimento" di quest'ultima (sede, che può essere allocata in una sede del distretto ma, in alcuni casi, può trovare allocazione in sedi extradistrettuali, come ad es. presso una medicina di gruppo), ed alle FUNZIONI A PIENA INTEGRAZIONE, che si realizzano in seno alle UCCP, preposte alla gestione dei casi complessi, che necessitano di integrazione multi professionale.

E', tra l'altro, fondamentale che le UCCP, oltre ad integrarsi con l'AREA SOCIO-SANITARIA (i fattori sociali e familiari incidono anche nella complessità, che non va considerata soltanto in base allo stadio clinico di malattia), si integrino progressivamente con la Specialistica Ambulatoriale Ospedaliera in un SISTEMA UNICO DI SPECIALISTICA INTEGRATA PROVINCIALE, che, sulla base della logica per intensità di cura, eviti il sovraccarico specialistico con casistica più appropriatamente (e, spesso, anche più efficacemente) gestibile ai livelli di base del sistema.

§ 2. LE BASI NORMATIVE DI RIFERIMENTO

PREMESSA:

Si riportano, nella prima parte del documento, i passaggi fondamentali dell'art. 1 della L. 189/2012, che costituisce la base normativa di modifica dell'Art. 8 del D. Lg.vo 502/92, sulla quale bisognerà basare il nuovo disegno dell'Assistenza Primaria nelle Aziende sanitarie. Rispetto all'ACN-Accordo Collettivo Nazionale del 2009, che agli art. 26 bis e 26 ter aveva già previsto le AFT e le UCCP, la Legge 189/2012 prevede che le AFT siano "aggregazioni finalizzate alla produzione" e non più soltanto, come previsto dal citato ACN 2009, finalizzate a "*promuovere la diffusione dell'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della EBM… e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari*".
Dopo tale disamina essenziale, si presenterà il possibile disegno organizzativo ed operativo delle AFT e delle UCCP. Si tratta di un disegno che, per alcuni aspetti, dovrà attendere la stesura del futuro ACN, per altri è rapidamente attuabile in coerenza con quanto già previsto all'art. 6 dell'ultimo AIR-Accordo Integrativo Regionale 2010 della Regione Sicilia.

LE BASI NORMATIVE DI RIFERIMENTO NEI LORO ASPETTI ESSENZIALI

L.189/2012 - Art. 1 (Riordino dell'assistenza territoriale e mobilita' del personale delle aziende sanitarie)
1. 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 modalita' operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualita' assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonche' forme organizzative multiprofessionali, denominate unita' complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalita' convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalita' ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.
….

"b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attivita' assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonche' un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualita' assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonche' forme organizzative multiprofessionali, denominate unita' complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarita' delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori;

b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare, anche per il tramite del distretto sanitario, forme di finanziamento a budget;

3. Il personale convenzionato e' costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale e' istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali.

"f-bis) prevedere la possibilita' per le aziende sanitarie di stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attivita' assistenziali, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica, secondo modalita' e in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale";

"m-ter) prevedere l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione, al Sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonche' la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche".

L'**ATTO DI INDIRIZZO** (per l'applicazione della L. 189) elaborato dal **Comitato di Settore** (Conferenza Stato-Regioni) indica:

I medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta, pur mantenendo il fondamentale rapporto fiduciario con i propri assistiti, dovranno essere inseriti, così come indicato dalla L.189/2012, in un modello organizzativo definito dalle Regioni, che permetta la condivisione delle competenze, una gestione più efficace e più efficiente delle patologie croniche ed un generale miglioramento delle capacità di presa in carico dei pazienti.

Mentre alla convenzione nazionale è affidata l'organizzazione del rapporto di lavoro tra medici e SSN, la revisione ed implementazione del modello organizzativo dovrà essere lasciata esclusivamente all'autonomia regionale in modo da tenere conto delle specificità regionali. Alle convenzioni nazionali è ovviamente affidato l'importante compito di fornire indicazioni di carattere generale rispetto ai modelli organizzativi per garantire una certa omogeneità di servizio a livello nazionale. …

I nuovi principi introdotti nell'art.8 del D.Lgs 502/92 chiedono prima agli Accordi nazionali e successivamente a quelli regionali, di delineare un assetto organizzativo dei servizi territoriali delle cure primarie che, per la componente convenzionata, sia strutturato esclusivamente attorno a due forme organizzative, le AFT e le UCCP inserite in una rete di strutture territoriali di riferimento, entro le quali si deve sviluppare l'attività dei vari professionisti, collegate attraverso la programmazione delle attività e la definizione dei livelli di spesa al Distretto sanitario. Tale assetto organizzativo, dove i professionisti operano non più da soli ma in una logica di squadra, assieme a loro pari (nelle AFT) o assieme ad altri professionisti (nelle UCCP), collegati alla rete informatica, al sistema informativo nazionale e al resto della rete dei servizi regionali, rappresenta il modo per garantire l'assistenza per l'intero arco della

giornata e per 7 giorni la settimana, ridurre il bisogno di impegnare i servizi sanitari di secondo e terzo livello, aumentare l'efficienza complessiva del SSN e quindi operare a favore della sua sostenibilità.

Tenuto conto dell'obbligatorietà dell'adesione alle forme associative definite dalle regioni (AFT E UCCP) – a cui è affidato costituzionalmente il compito della definizione dell'assetto organizzativo dei servizi – e alla rete informatica e informativa, quale condizione irrinunciabile per l'accesso e il mantenimento della convenzione, compiti specifici delle nuove convenzioni nazionali sono quelli elencati di seguito:……..

Il **NUOVO PATTO PER LA SALUTE** (Intesa Stato-Regioni del 10/07/2014) rinforza i concetti precedentemente espressi e specifica in particolare, nei principali commi dell'Art. 5:

ART.5
Assistenza territoriale

1. Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012 , per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.

2. Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale. Le UCCP possono avvalersi, qualora previsto dalla programmazione regionale, di professionisti accreditati ai sensi della normativa vigente, nei limiti dei contratti stipulati dalla Regione e dalle Asl ai sensi dell'art. 8 quinquies del d.lgs. 502/92 e s.m.i., e nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalle disposizioni vigenti.

3. Ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP.
Le AFT della medicina generale, che coprono un bacino di utenza riferito a non più di 30.000 abitanti, rappresentano l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico.
Entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN, e comunque non oltre la vigenza del presente Patto, le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni (di cui all'art. 54 dell'ACN 2009).

4. La UCCP è una forma organizzativa complessa ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che prende in carico la comunità di riferimento, in continuità con le AFT e i medici di Medicina Generale che le compongono, garantendo: l'accoglienza, la collaborazione e

l'integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, la partecipazione responsabile dei Medici di Medicina Generale ed eventualmente dei Pediatri di Famiglia nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi, alla sostenibilità economica.

5. La UCCP è di norma organizzata in sede unica, pur potendo prevedere sedi accessorie opportunamente collegate attraverso un'adeguata rete telematica. E' integrata nella rete telematica aziendale e/o regionale.

Le UCCP e le AFT hanno come compiti essenziali:
• assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale tramite le AFT, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto),
• garantire la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del FSE;
• garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale.
• garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni (relazionale, gestionale ed informativa), prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera.

6. La UCCP ha un assetto organizzativo definito ai sensi delle disposizioni nazionali e regionali in materia, è parte fondamentale ed essenziale del Distretto, 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.

7. In continuità con quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014, le Regioni provvedono a definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità.

8. Sono definiti tramite Accordi Stato-Regioni i nuovi standard organizzativi del Distretto in grado di orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di reti assistenziali a baricentro territoriale, e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell'ambito delle UCCP e AFT e dagli altri servizi territoriali, consentendo di assicurare una migliore risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, contribuendo così a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA.
27. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

ALCUNE RIFLESSIONI SULLA NORMATIVA CITATA

- La L. 189/2012 recita, in vari passaggi, che la riorganizzazione così definita dovrà realizzarsi "*senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica*", come confermato, peraltro, dal Nuovo Patto per la Salute (c. 27 dell'Art. 5). Questo implica, quindi, il riutilizzo (già previsto nell'ACN 2009) delle risorse economiche già stanziate per i vari istituti economici che alimentano gli Accordi. Infatti, l'Atto di indirizzo precedentemente citato prevede che "*in invarianza delle risorse economiche attualmente investite sui medici convenzionati, va previsto il riutilizzo delle indennità e degli incentivi ora erogati per lo sviluppo strutturale ed organizzativo (associazionismo, indennità informatica, incentivi per il personale o altro) allo scopo di finanziare i fattori produttivi delle AFT e UCCP, secondo modalità definite dalle Regioni*". Questo è un punto molto delicato, ancora oggetto di dibattito in sede nazionale.

- Le norme citate indicano, inoltre, che, entro mesi sei dalla sottoscrizione del nuovo ACN le Regioni *"provvedono a definire la programmazione regionale finalizzata alla definizione del percorso per il superamento di tutte le forme associative esistenti (associazione, rete, gruppo, ecc.), per sostituirle con le AFT e le UCCP, tenendo conto delle proprie specificità"*. Indica, inoltre, che, completata la programmazione regionale, le Regioni "*avviano la contrattazione per la definizione dell'Accordo Integrativo Regionale che deve essere perfezionato entro 12 mesi*".

- Va ricordato, nelle more delle indicazioni che saranno fornite dal futuro ACN, che l'ACN 2009 indicava i criteri di massima per la realizzazione delle AFT ed in particolare: la copertura di una popolazione assistita non superiore a 30.000 abitanti (aggregando medici non necessariamente appartenenti allo stesso ambito di scelta) e con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20. Si tratta di criteri meramente indicativi e sarà necessario contestualizzare il disegno organizzativo, tenendo in considerazione le caratteristiche del territorio, la distribuzione degli studi di MMG e dei servizi distrettuali di riferimento. Non esistono criteri definiti per le UCCP, dipendendo, queste ultime, dalle potenzialità dei diversi contesti, ma ognuna di esse, in quanto struttura complessa, potrà essere il riferimento di più AFT ed avere, ove utile, anche una dimensione sovra distrettuale.

ALCUNE RIFLESSIONI ULTERIORI PER GLI SCENARI APPLICATIVI:

- Nel nuovo disegno di Assistenza Primaria non va considerata soltanto la componente "strutturale" delle AFT e UCCP (luoghi fisici delle nuove forme aggregative), ma anche la componente "funzionale", quella, cioè, che fa riferimento anche alla partecipazione (obbligatoria) del medico convenzionato alle iniziative finalizzate alle "buone pratiche *evidence-based*", alla loro applicazione ed al loro monitoraggio. Da ciò deriva, nel disegno organizzativo che sarà successivamente delineato, il richiamo all'AFT come "**INTEGRAZIONE PER LA PRODUZIONE**" ed all'AFT come "**INTEGRAZIONE PER LA CONOSCENZA**", volendo, in tal modo, esaltare le due funzioni fondamentali ed imprescindibili di queste nuove formule aggregative: aggregazione finalizzata alla produzione condivisa e aggregazione finalizzata al governo clinico ed all'apprendimento (buone pratiche evidence-based condivise e monitorate).

- La scelta del disegno organizzativo e funzionale delle AFT/UCCP non può prescindere da una profonda analisi del contesto di riferimento, potendosi prospettare diverse possibili formule organizzative AFT/UCCP a seconda delle caratteristiche di distribuzione della popolazione e dei servizi, tenendo in considerazione anche la distribuzione degli studi dei MMG e la presenza (e le caratteristiche) delle formule associative già esistenti nel territorio di riferimento.

  Bisogna, in altri termini, cercare di assicurare quanto più possibile la "prossimità" degli studi di Medicina Generale alla popolazione residente, garantendo allo stesso tempo la massima potenzialità di aggregazione dei MMG per lo svolgimento delle nuove funzioni aggregate che dovranno essere garantite dalle AFT. Queste ultime dovranno avere una sede unica di riferimento per lo svolgimento delle funzioni aggregate, auspicabilmente inserita in appositi locali del Distretto sanitario (PTA/Poliambulatorio). In assenza di tale possibilità o sulla base di concertazione locale, è prevedibile l'utilizzo di una sede diversa, ad es.: la sede di una Medicina di Gruppo, in base a specifici accordi locali.

  Alla luce di questa premessa, non è possibile precodificare un modello standard rigido di AFT, potendovi essere delle realtà con esigenze molto diversificate, ma ogni MMG dovrà garantire sempre e comunque, essendo prevista dalla norma l'obbligatorietà della partecipazione, la piena integrazione con l'AFT di riferimento.

- Premesso che è necessario differenziare funzioni e prodotti delle AFT (funzioni monoprofessionali svolte singolarmente, e quindi mirate a garantire le usuali attività svolte in uno studio medico, e funzioni "aggregate" tra i vari MMG per il raggiungimento di specifici obiettivi di assistenza primaria, come, ad es., l'attuazione di specifici programmi di medicina d'iniziativa rivolti a target a rischio) e funzioni e prodotti delle UCCP (multiprofessionali e orientate, quindi, a gestire complessità, come, ad esempio, specifici programmi rivolti ai pazienti cronici più complessi, per i quali la multidimensionalità e la multi professionalità sono requisiti indispensabili), le AFT e le UCCP non devono essere viste come un semplice processo aggregativo ma come una maniera innovativa di presa in carico degli assistiti e di gestione dei pazienti, finalizzata a fornire risposte quanto più possibile tempestive, complete, efficaci, efficienti, e proattive, riqualificando l'offerta territoriale e riducendo gli accessi all'ospedale.

- Un'ultima riflessione va proposta relativamente alla "Continuità Assistenziale", in considerazione del fatto che la L. 189/2012 sancisce il "ruolo unico" ed assegna all'assistenza territoriale la copertura h 24 (quindi anche notturna). Su tale aspetto si rende necessario attendere gli indirizzi che scaturiranno dalla contrattazione nazionale e dal futuro ACN. Quindi, di seguito si farà riferimento agli attuali servizi di Continuità Assistenziale notturna e diurna (PPI), così come esistenti nella Regione Sicilia, ma non è possibile, al momento, essere certi di un mantenimento di tale assetto nel futuro post-Nuovo ACN.

§ 3. LA POTENZIALE ORGANIZZAZIONE DELLE AFT E DELLE UCCP NEL TERRITORIO DELLA REGIONE SICILIA:

Prima di individuare il modello organizzativo che si intende dare ad un'AFT appare necessario definire i "contorni geografici" delle AFT e conseguentemente le loro sedi fisiche e la loro composizione (quanti, quali MMG, con quale organizzazione interna, supportata dal Distretto di pertinenza), tenendo in considerazione le necessarie differenze tra il contesto metropolitano e quello dei distretti periferici. Nei prossimi paragrafi si espliciteranno i principi sui quali è opportuno articolare il disegno specifico delle AFT a livello locale e si presenteranno degli ipotetici modelli di riferimento, utili a fornire alcuni spunti di riflessione per favorire la programmazione locale e l'implementazione del modello più consono alle caratteristiche del contesto di riferimento.

Le presenti linee di indirizzo non possono, infatti, prevedere tutte le possibili variabili esistenti in un contesto reale: ci si prefigge, pertanto, di fornire i principali elementi di scenario in atto prevedibili, lasciando poi alle dinamiche interne nei contesti locali l'individuazione delle scelte più opportune.

§ 3.1. AFT E "SEDE UNICA DI RIFERIMENTO" PER LE FUNZIONI AGGREGATE

Lo scenario verosimilmente più frequente prevedrà il mantenimento fisico degli attuali studi dei MMG, che svolgerano anche una parte dell'attività nella sede AFT del Distretto (PTA, Poliambulatorio), se disponibile, per l'espletamento delle funzioni "aggregate", di seguito esplicitate, che saranno finalizzate a prendere in carico, secondo una logica sistemica, alcuni target di popolazione a rischio ed a sviluppare, insieme, specifici programmi di prevenzione armonici con la programmazione del distretto di riferimento.

In tale formula, quindi, i MMG, oltre a garantire l'offerta nei propri studi medici, contribuiscono allo svolgimento delle funzioni aggregate presso la sede dell'AFT di riferimento, in modo da poter garantire un'assistenza H 24 alla popolazione di riferimento delle AFT[1].

Attualmente, nel contesto della Regione Sicilia, la compresenza dei Medici di Continuità Assistenziale (MCA), sia nelle ore notturne, sia in quelle diurne (effettuate nei PPI-Punti di Primo Intervento) costituisce una buona base per l'assistenza H 24 ed un elemento altamente qualificante del lavoro integrato, garantendo, già da adesso, la presa in carico (con disponibilità, nelle ore diurne, delle consulenze specialistiche e della diagnostica) delle "urgenze territoriali" (codici bianchi e parte dei verdi), al fine di ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso.

Nel caso di una sede unica della AFT non potesse essere realizzata in una sede fisica del distretto, ne potrà essere concordata l'individuazione, ad esempio, nella sede di una medicina di gruppo, alla quale

[1] NB: Poiché la L. 189/2012 definisce la necessità del "ruolo unico" tra C.A.-Continuità Assistenziale e M.G.-Medicina Generale, lo scenario delineato in questo documento potrebbe essere modificato sulla base delle indicazioni che emergeranno dal Nuovo ACN 2014 in corso di definizione. L'assetto definitivo di tale area dovrà anche aspettare il definitivo consolidarsi del nuovo disegno di Emergenza territoriale.

faranno riferimento anche i MMG del territorio non appartenenti a quella Medicina di Gruppo. In tal caso è prevedibile, così come indicato dalla L.189/2012, la fornitura dei fattori produttivi da parte del Sistema pubblico. Tale problematica, sulla base dei dettami del futuro ACN, dovrà essere oggetto di specifici accordi nell'ambito della contrattazione regionale e aziendale.

In ogni caso il MMG mantiene sempre e comunque, nel rispetto del principio di "prossimità" (distribuzione capillare nel territorio), il proprio studio, nel quale continua ad erogare le sue usuali prestazioni ai propri assistiti in ragione dell'insostituibile rapporto fiduciario che contraddistingue la relazione assistenziale che sta alla base della "libera scelta" da parte del cittadino.

Nella sede unica quindi andranno preferenzialmente svolte funzioni "aggregate", finalizzate non tanto all'assistenza routinaria, quanto a quelle attività spesso non realizzabili (per carico assistenziale e – spesso – burocratico) dal singolo medico nel proprio studio, in particolare la medicina preventiva (screening, vaccinazioni) e gli interventi proattivi su soggetti a rischio e cronici.

Tutto il funzionamento della "COMPONENTE STRUTTURALE" (produzione) dell'AFT ha come base la "COMPONENTE FUNZIONALE", cioè la struttura di incontri, riunioni, audit, formazione, che sta alla base delle scelte operate dall'AFT e delle "buone pratiche" attivate e monitorate.

NB: E' in atto molto vivo il dibattito, in sede nazionale, sulla FORNITURA DEI FATTORI PRODUTTIVI DA PARTE DEL SISTEMA PUBBLICO per il funzionamento delle AFT, alla luce della necessità, secondo quanto indicato dalle normative, di realizzare tali forme di assistenza "senza nuovi oneri per la finanza pubblica". Bisognerà aspettare il nuovo ACN per poter esprimersi al riguardo. Pertanto, il presente Documento non affronta questo aspetto, ipotizzando in atto solamente il processo di RIORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE NECESSARIO ALL'ALLOCAZIONE ED AL FUNZIONAMENTO DELLE AFT

§ 3.2. UCCP DISTRETTUALI

Mentre le AFT sono disegnate come formule aggregate "MONOPROFESSIONALI", le UCCP costituiscono formule aggregate "MULTIPROFESSIONALI", che integrano, cioè, le funzioni specialistiche.

In ragione di ciò, la differenza fondamentale tra AFT e UCCP è legata proprio alla loro composizione ed al diverso livello di offerta: conseguentemente sarà diverso il target di pazienti che vi accedono. Le UCCP, infatti, possono e devono prendere in carico i target di popolazione a maggiore complessità assistenziale, in primis, i PAZIENTI CRONICI COMPLESSI, identificati sulla base di una stadiazione concordata e secondo percorsi differenziati, con un follow up più o meno specialistico in relazione alla complessità. Ruolo chiave giocano le segnalazioni dei MMG e le schede di dimissioni facilitate, che alimentano i registri distrettuali dei pazienti con patologie a lungo termine. Un ulteriore arricchimento può essere operato con il contributo della specialistica ospedaliera per target selezionati.

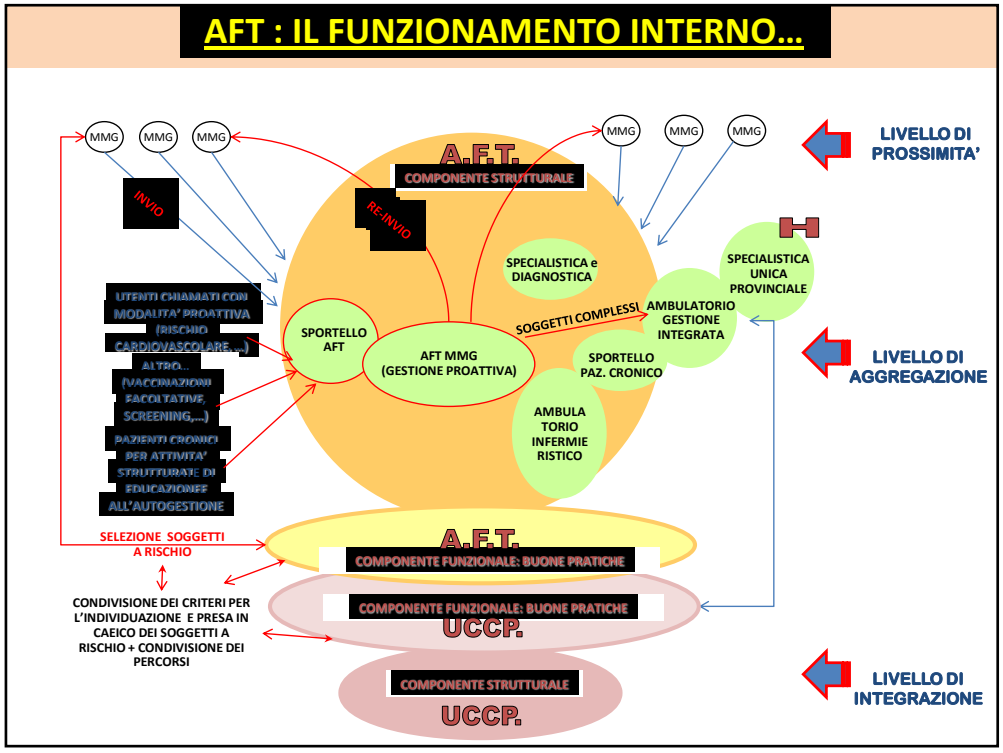
Nelle UCCP, grazie alla presenza delle figure infermieristiche e degli specialisti, devono essere sviluppati i programmi di empowerment del paziente e dei caregiver.

Così come per le AFT, anche per le UCCP non va considerata soltanto l'INTEGRAZIONE PER LA PRODUZIONE (l'erogazione dell'assistenza), ma anche l'INTEGRAZIONE PER LA CONOSCENZA (la formazione congiunta e la condivisione di "buone pratiche" evidence-based, l'analisi dei dati e delle performance, …): le logiche di governo clinico, per potersi affermare, devono essere "sistemiche", devono, cioè, coinvolgere tutti gli attori assistenziali del territorio. Pertanto, momenti di formazione condivisi del TEAM MULTIPROFESSIONALE, gli audit su tematiche e su casi specifici devono costituire una prassi regolare della vita delle UCCP.

§ 3.3. Il FUNZIONAMENTO INTERNO DELL'AFT/UCCP

Il modello rappresentato permette di garantire alla comunità di riferimento:

- un LIVELLO DI PROSSIMITA', attraverso le routinarie funzioni svolte dagli studi di MMG (nella figura rappresentati all'esterno della struttura distrettuale che include l'AFT/UCCP),



- un'offerta sanitaria erogata dall'AGGREGAZIONE (SEDE AFT), che sarà in grado di gestire grande parte del fabbisogno di salute non complesso della comunità di riferimento,
- un'offerta sanitaria erogata dalla UCCP, ove l'integrazione con gli specialisti permette di fornire risposta alle problematiche di salute più complesse.

Questa nuova formula organizzativa dell'assistenza sanitaria (AFT/UCCP) delinea i contorni di un NUOVO DISTRETTO SANITARIO, che gestisce pro-attivamente la salute della comunità di riferimento e che può avvalersi, per qualsiasi livello di assistenza erogata, dei SERVIZI DIAGNOSTICI e dell'integrazione di qualsiasi professionalità aziendale (PSICOLOGI, PSICHIATRI, SPECIALISTI DI QUALSIASI BRANCA, ESPERTI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE, ETC.). Esso dovrà progressivamente

divenire una sorta di ”OSPEDALE DEL TERRITORIO”, cioè il riferimento primario della comunità per tutte le esigenze di salute relative al 1° e 2° livello assistenziale e garantire, alla bisogna, il collegamento con le funzioni ospedaliere.

§ 3.4. IL COINVOLGIMENTO E LA PARTECIPAZIONE COMUNITARIA

Non è di secondaria importanza porsi il problema della partecipazione comunitaria alla vita delle AFT/UCCP. E’ fondamentale, innanzitutto, coinvolgere la comunità nei programmi di medicina d’iniziativa, nei quali la “chiamata attiva” dei soggetti a rischio da parte dei MMG ed il loro invio alle strutture sanitarie potranno essere maggiormente efficaci se si promuovono atteggiamenti e comportamenti salutogenetici nel contesto comunitario di riferimento. Questo implica l’attivazione di campagne informativo-educative ed il collegamento con le altre istituzioni e con le componenti strutturate della comunità.

Molto importante è il coinvolgimento del volontariato non solo attraverso le strutture partecipative aziendali (CCA-Comitato Consultivo Aziendale), ma anche attraverso il coinvolgimento diretto di associazioni attive localmente che possono partecipare anche a specifiche attività, quali quelle dell’educazione dei pazienti cronici nei programmi di autocura. Altrettanto importante, ove possibile, dare voce alla comunità ed alle sue espressioni organizzate, nelle diverse forme possibili, nelle fasi di programmazione e di verifica, affermando in tal modo le logiche di accountability (verificabilità intesa come “rendere conto” dei risultati raggiunti e delle risorse utilizzate).

§ 4.0. ALCUNE RIFLESSIONI SUGLI ASPETTI GESTIONALI E CONCLUSIONI

In atto non è ancora possibile, dovendo aspettare i risultati della trattativa nazionale, definire in modo dettagliato gli aspetti gestionali legati alle AFT (le UCCP sono, a tutti gli effetti, strutture distrettuali), ma – come già detto - la norma prevede che il sistema pubblico si faccia carico dei fattori produttivi delle AFT, compatibilmente con l’ uso esclusivamente pubblico di tali fattori (e, quindi, non per attività libero-professionali svolte dal MMG). In linea di massima, l’ASP potrà fornire tali fattori direttamente o attraverso specifiche Società di Servizi (su tale tema è necessario attendere la definizione del Nuovo ACN).

Come previsto dalle norme, la REGIONE, entro 6 mesi dalla pubblicazione dell’ACN, elabora un proprio PIANO DI ORGANIZZAZIONE DELLE AFT/UCCP, dal quale deriveranno i conseguenti PIANI AZIENDALI E DISTRETTUALI, che definiranno, negli specifici contesti locali, gli assetti organizzativi, le risorse rese disponibili ed il piano di obiettivi strategici, sui quali le AFT dovranno impegnarsi.

Gli obiettivi delle AFT/UCCP sono parte integrante del Piano strategico e di attività del Distretto e la VALUTAZIONE DEI RISULTATI dovrà costituire un elemento portante per l’erogazione della parte variabile del trattamento economico ai singoli componenti dell’AFT.

Ogni AFT sarà coordinata da un “REFERENTE DELL’AFT”, selezionato attraverso modalità e criteri che saranno definiti dal Nuovo ACN, che dovrà specificare caratteristiche e responsabilità. L’AIR 2010 della

Regione Sicilia ha già declinato le funzioni svolte da tale figura, ma esse andranno riadattate a quanto emergerà dal Nuovo ACN. Le attività principali dovranno, comunque, indirizzarsi sul coordinamento organizzativo tra i vari componenti dell'AFT, sulla cura dei rapporti con le UCCP e con il Distretto, sulla partecipazione di tutti i componenti dell'AFT alle attività non assistenziali dell'AFT (formazione, audit su specifici casi e su problematiche emergenti, valutazione, soddisfacimento del debito informativo, etc.). Al Referente AFT sarà garantito un compenso, che verrà definito dal Nuovo ACN.