

## Allegato A

Atto di programmazione per le nuove forme organizzative (AFT - Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP - Unità Complessa di Cure Primarie)

## Premessa

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali. La sfida alla cronicità è una "sfida di sistema", che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita. Occorre coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona con cronicità a tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui.

Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati devono orientarsi per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.

Un'adeguata gestione della cronicità necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello, che possa permettere la realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita, prevenendo le disabilità e la non autosufficienza.

L'eterogeneità delle patologie croniche e la loro lunga storia naturale comportano esigenze differenti in pazienti con diverso grado di complessità, che hanno bisogno di prestazioni assistenziali e socio-sanitarie erogate in servizi diversi, di cui è indispensabile coordinare e integrare le attività.

La gestione integrata si è rivelata uno strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti nei campi dell'efficacia degli interventi, dell'efficienza delle cure, della salute e della qualità di vita dei pazienti con patologie di lunga durata. Essa prevede il coinvolgimento del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta in stretta connessione con i livelli specialistici multidisciplinari e i team professionali "dedicati".

Per la gestione integrata è inoltre essenziale l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (condivisi e codificati per i vari stadi di patologia) ed un sistema di raccolta dei dati clinici che possa generare gli indicatori di processo e di esito (indispensabili a innescare il circolo virtuoso della qualità) e gli indicatori di risultato intermedio e finale (finalizzati a valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi).

La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura.

Inoltre, la prescrizione di trattamenti farmacologici multipli, spesso di lunga durata e somministrati con schemi terapeutici complessi e di difficile gestione, può ridurre la compliance, aumentare il rischio di prescrizioni inappropriate, interazioni farmacologiche e reazioni avverse.

Infine, questi pazienti hanno un rischio maggiore di outcome negativi, quali aumento della morbilità, aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione, aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, peggiore qualità di vita e aumento della mortalità.

## In Emilia-Romagna

La regione Emilia-Romagna, sin dalla fine degli anni '90 (Piano Sociale e Sanitario 1999-2001), ha investito nello sviluppo organizzativo delle cure primarie, definendo un modello organizzativo innovativo che è diventato riferimento nazionale sia per gli Accordi Collettivi Nazionali con i medici convenzionati (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali) che per la normativa nazionale: l'articolo 1 della

L.189/2012 (cd “Decreto Balduzzi”) ha richiamato gli elementi che caratterizzano il servizio sanitario regionale emiliano-romagnolo.

La Regione, prima in Italia, ha sviluppato e promosso forme di associazionismo multi professionale (Nuclei di Cure Primarie) come strumento di integrazione professionale e operativa, finalizzato al miglioramento dell’assistenza, all’integrazione delle risorse tecnico-professionali ed alla semplificazione dei percorsi di accesso ai servizi. In tutte le Aziende, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali ed infermieri collaborano alla programmazione dell’attività per garantire la continuità assistenziale attraverso percorsi-diagnostico terapeutici condivisi e attraverso accessi diretti degli specialisti nelle sedi delle forme associative della medicina generale dei NCP per l’erogazione di prestazioni e consulenze. L’integrazione degli specialisti territoriali nei presidi poliambulatori distrettuali è uno degli elementi caratterizzanti dell’assistenza sanitaria territoriale, sia sul piano delle attività che della programmazione. Questa consapevolezza ha portato alla ridefinizione dell’organizzazione e del sistema delle relazioni aziendali e distrettuali, realizzando una collaborazione strategica fra Aziende sanitarie, servizi territoriali e medicina convenzionata.

Inoltre, per garantire un miglioramento delle capacità di presa in carico, di semplificazione e facilitazione dei percorsi, di potenzialità di completamento diagnostico in ambito ambulatoriale, la Regione promuove percorsi che identifichino responsabilità unitarie per specialità e professionisti che erogano le prestazioni afferenti a quella specialità, coinvolgendo in meccanismi di afferenza simil-dipartimentale, gli specialisti convenzionati interni, esterni e gli specialisti ospedalieri (DGR 1056/2015).

## La riorganizzazione dell’assistenza territoriale

L’articolo1 della legge 189/2012 e il Patto per la Salute 2014-2016 propongono una configurazione strutturale dell’assistenza primaria e delle funzioni del medico in rapporto di convenzionamento con il SSN finalizzate ad una diversa organizzazione del sistema sanitario territoriale, in un contesto di appropriatezza, qualificazione ed omogeneità dei servizi resi al cittadino, sostenibilità economica ed integrazione delle diverse attività professionali sanitarie.

La prevista articolazione, in ambito distrettuale, di unità organizzative caratterizzate da condivisione di obiettivi e modalità operative indispensabili per l’espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite, è orientata alla realizzazione di una programmazione dei servizi efficiente e sostenibile, finalizzata a fornire ai cittadini risposte assistenziali, appropriate e con continuità.

L’attuazione di tali moduli comporta la revisione e riorganizzazione dei processi assistenziali e di accesso alle prestazioni mediante il coordinamento dell’attività dei medici convenzionati e degli altri professionisti sanitari, anche con il supporto e lo sviluppo di strumenti informatici e telematici, salvaguardando la diffusione capillare degli studi medici ed il rapporto di fiducia medico-paziente in un contesto nel quale devono essere assicurati gli obiettivi di salute definiti dalla regione in coerenza con gli indicatori epidemiologici delle Aziende territorialmente competenti.

L’Accordo Collettivo Nazionale (ACN)<sup>1</sup> siglato il 17 dicembre 2015 istituisce le nuove forme organizzative della specialistica ambulatoriale: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), rimandando al livello regionale la definizione di un documento di programmazione.<sup>2</sup> L’ACN, inoltre, definisce puntualmente le caratteristiche organizzative delle AFT e delle UCCP<sup>3</sup>, rimandando ad un regolamento aziendale il funzionamento delle AFT ed alla programmazione regionale la partecipazione degli specialisti alle UCCP.

---

<sup>1</sup> Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell’art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni del 17 dicembre 2015

<sup>2</sup> Articolo 4, comma 2

<sup>3</sup> Articoli 5, 6, 7, 8

Questo documento rappresenta l'atto di programmazione che la regione Emilia-Romagna, di intesa con tutte le Aziende USL, ha definito per individuare le principali caratteristiche organizzative delle AFT e delle UCCP della specialistica ambulatoriale, fermo restando quanto previsto dall'ACN.

## Le AFT

Una rilevazione dell'offerta di specialisti ambulatoriali condotta dalla Regione nel 2015 ha evidenziato una significativa disomogeneità nell'offerta degli specialisti ambulatoriali interni convenzionati, sia dal punto di vista quali-quantitativo che dal punto di vista organizzativo.

Figura 1 - Numero di specialisti per Azienda - 2015

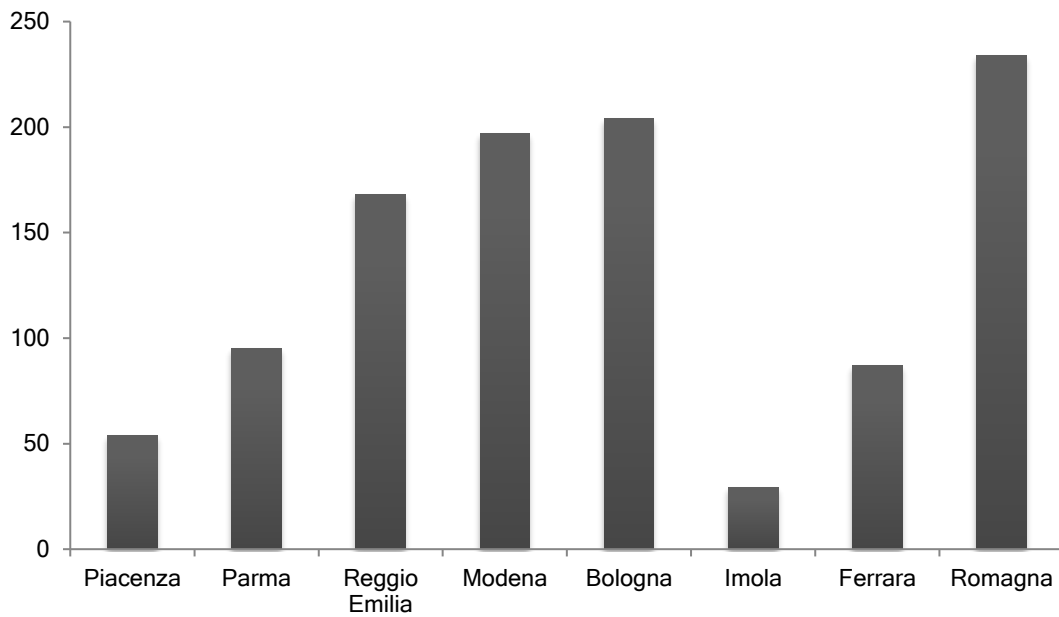
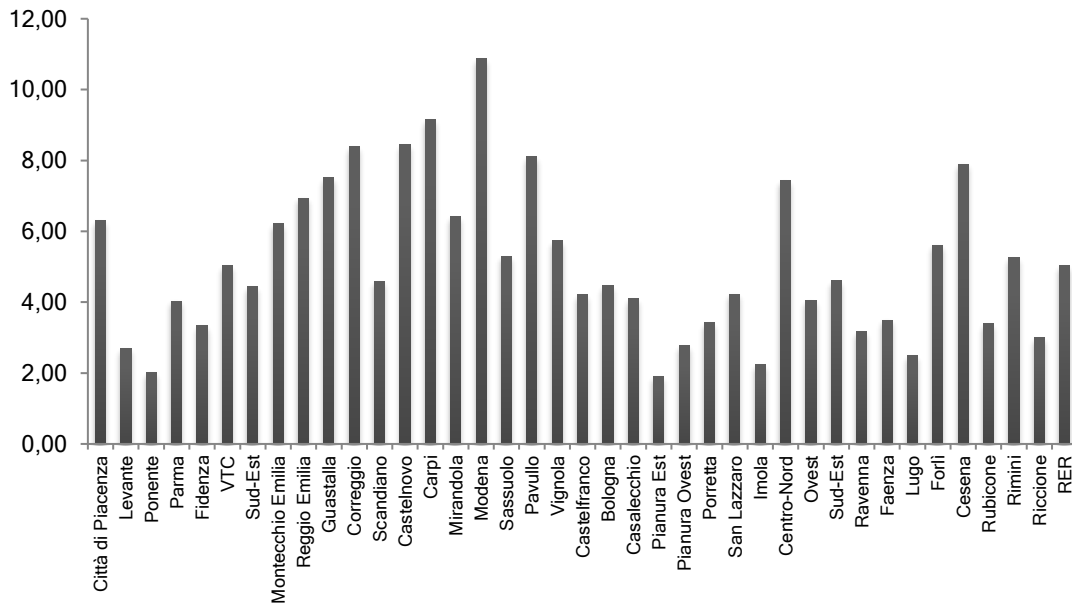


Figura 2 - Ore settimanali per 1.000 residenti - 2015



Questa disomogeneità può essere superata attraverso una analisi e comprensione dei bisogni e delle priorità. In particolare si riconoscono due aree di bisogno:

- le cronicità
- i bisogni occasionali per esperienze di malattia acute e puntuali

Nella prima area occorre definire i percorsi relativi alle cronicità che si intendono affrontare e garantire (PDTA) con la definizione dei supporti specialistici necessari. I luoghi di cura sono individuati nella Casa della Salute, ove presente, oppure presso altre sedi individuate dalle Aziende USL tra le quali, se opportunamente attrezzate, possono rientrare anche le sedi dei NCP della medicina generale.

Per i bisogni occasionali le Aziende USL devono definire le prestazioni specialistiche di base garantite nelle Case della Salute "hub" tenendo conto degli aspetti epidemiologici, del fabbisogno nonché alla valutazione di economicità di sistema (HTA).

Da questo punto di vista le AFT della specialistica:

- Garantiscono i percorsi della cronicità integrandosi con i MMG/PLS nelle loro forme organizzative (AFT MMG e AFT PLS) e con i Dipartimenti ospedalieri di riferimento
- Garantiscono integrazioni orizzontali anche a supporto di prestazioni puntuali in offerta strutturata, come ad esempio la day surgery

Ferme restando le caratteristiche dell'AFT individuate dall'ACN, vengono di seguito individuate alcune caratteristiche definite a livello regionale:

- il dimensionamento deve permettere al sistema omogeneità, economicità, volumi significativi per la realizzazione di un approccio di governo clinico: anche in considerazione dei risultati della rilevazione condotta a livello regionale si ritiene che le AFT della Specialistica convenzionata interna debbano avere una popolazione di riferimento di circa 100.000 abitanti corrispondente ad un ambito distrettuale, oppure, in funzione delle caratteristiche del territorio, sovra-distrettuale;
- ferma restando la caratterizzazione monoprofessionale delle AFT (articolo 5, ACN), è demandata alla negoziazione aziendale, sentite le organizzazioni sindacali, la possibilità di coinvolgere anche i dipendenti per i percorsi assistenziali e, per la parte relativa all'erogazione di prestazioni per il governo delle liste d'attesa, è ipotizzabile la partecipazione del settore del privato accreditato

- per ogni AFT è previsto un referente AFT con le funzioni e caratteristiche previste dall'Articolo 6 dell'ACN e con le medesime modalità di individuazione;

## Le UCCP

Le Unità Complesse delle Cure Primarie sono le strutture organizzative di riferimento delle AFT ad integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, caratterizzate da una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. L'UCCP garantisce l'erogazione, in coerenza con la programmazione regionale, delle prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, dell'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria (Articolo 7, come definito dagli accordi collettivi nazionali).

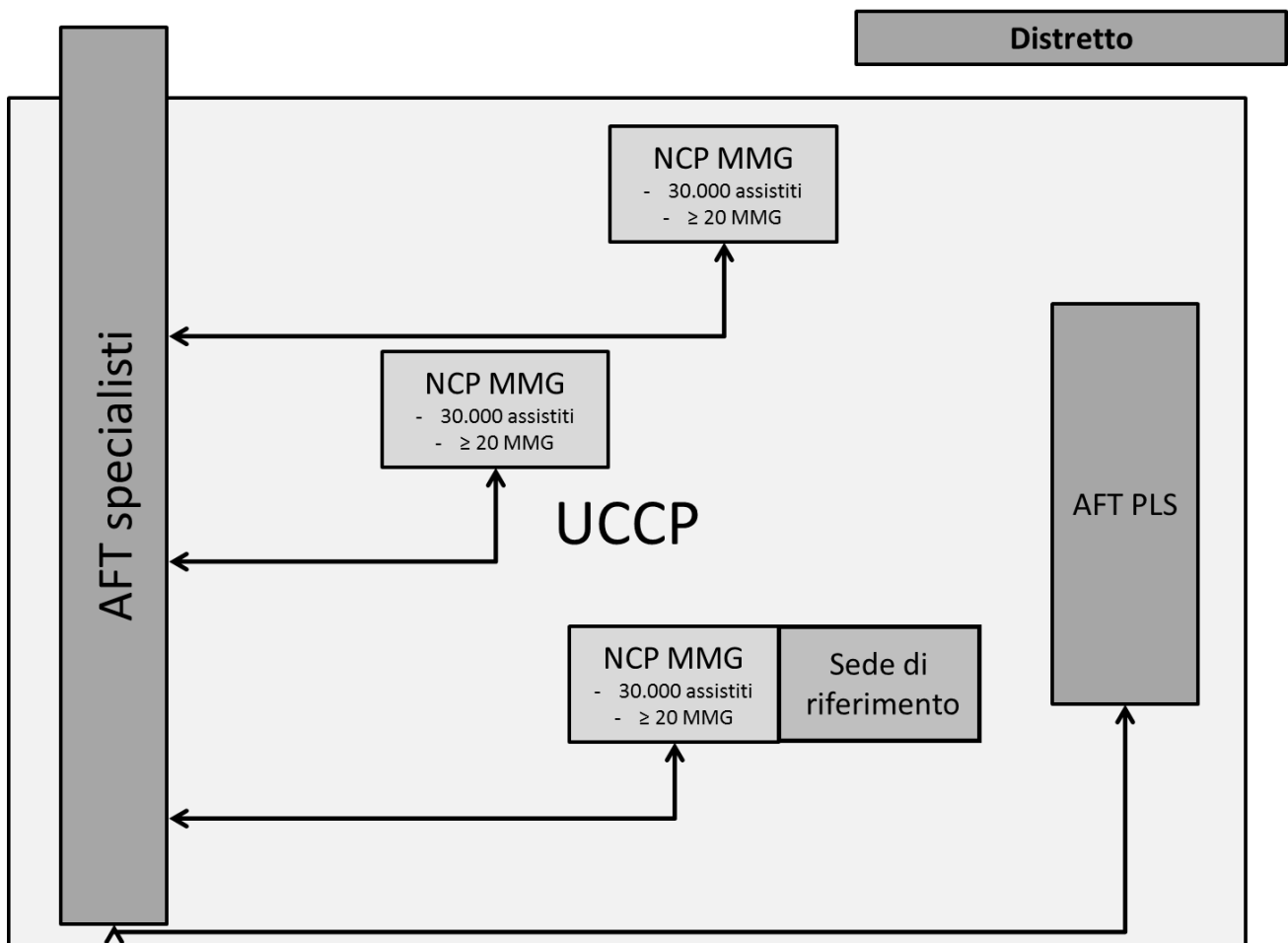
I modelli di UCCP, pur differenziati e di diversa complessità in ragione delle caratteristiche territoriali e demografiche, dovranno configurarsi quali strutture polivalenti e polifunzionali.

In Regione Emilia-Romagna le UCCP, ferme restando le caratteristiche individuate dalla normativa nazionale (Patto per la Salute 2014-2016, L.189/2012) e dall'ACN, possono avere come riferimento:

- una Casa della Salute
- più Case della Salute
- la sede di uno o più NCP

In generale la popolazione di riferimento di un UCCP è di circa 100.000 residenti e comprende:

- circa 3 NCP (avendo come popolazione di riferimento circa 30.000 residenti), compatibilmente con le scelte organizzative delle singole Aziende USL e con le caratteristiche territoriali
- 1 AFT della specialistica
- 1 AFT della pediatria di libera scelta



## Il sistema di monitoraggio

Per consentire un monitoraggio sistematico dell'organizzazione delle AFT della Specialistica ambulatoriale interna le Aziende dovranno, con cadenza annuale, comunicare alla Regione:

- Elenco delle AFT della specialistica individuate
- Composizione delle AFT con dettaglio degli specialisti, delle ore di attività e delle sedi di erogazione
- Elenco delle UCCP di riferimento delle AFT

Il monitoraggio dell'attività viene invece effettuato dalla Regione utilizzando il flusso informativo della specialistica ambulatoriale