

Deliberazione della Giunta Regionale 16 dicembre 2022, n. 34-6238

Forme organizzative dell'assistenza primaria: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), ai sensi dei vigenti Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati.

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che :

- con l'art. 1 della L. n.189 dell'8.11.2012 è stata introdotta nell'ordinamento nazionale la disciplina delle nuove forme organizzative dell'assistenza primaria, nella tipologia delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) a carattere monoprofessionale e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e carattere multiprofessionale;
- i professionisti coinvolti nelle suddette forme organizzative sono rappresentati dal personale convenzionato con il S.S.N., costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali interni;
- la suddetta normativa nazionale ha così definito le nuove forme organizzative dell'assistenza primaria:
 - Aggregazioni Funzionali Territoriali, *“che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi”*;
 - Unità Complesse di Cure Primarie, ovvero equipe multiprofessionali *“che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale”, nonché degli infermieri e degli altri professionisti operanti nell'ambito del S.S.N., nelle aree riferita all'assistenza territoriale e alla prevenzione”*;
- il successivo Patto per la Salute riferito al triennio 2014-2016 di cui all'Intesa fra il Governo, le Regioni e le Province autonome sottoscritta il 10.7.2014, nell'ambito degli indirizzi destinati alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e delle cure primarie, all'art. 5 ha dettagliato i principi, i criteri e gli standard di riferimento per il processo di attivazione della rete AFT/UCCP, alla luce di quanto stabilito dalla sopra citata L. n. 189/2012, stabilendo altresì quanto segue: *“Entro 6 mesi dalla stipula dei nuovi ACN e comunque non oltre la vigenza del presente Piano, le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione dei MMG e dei PDLS, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre forme di aggregazione funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni”*;
- in particolare, l'art. 5, comma 3 del citato Patto per la Salute, nel richiamare le forme associative dell'assistenza primaria già esistenti, faceva riferimento alle tipologie previste dall'art. 54 dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. e, in analogia, dall'art. 52 dell'ACN per la pediatria di libera scelta sottoscritto il 28.9.2005 e s.m.i.

Tenuto conto che:

- in attuazione della sopra citata normativa nazionale, la Regione Piemonte, con la D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015, ha proceduto a definire le linee d'indirizzo per la riorganizzazione della rete territoriale, contestualmente al riordino della rete ospedaliera di cui alla D.G.R. n.1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.. Con tale provvedimento, nelle more dell'emanazione degli AA.CC.NN. come previsto dal Patto per la Salute 2014-2016, è stato delineato il nuovo modello per l'articolazione della rete territoriale e delle cure primarie, con la disciplina delle forme organizzative AFT/UCCP.
- Con la suddetta deliberazione, Allegato A, punto 2, veniva definito il percorso per la transizione del modello esistente sul territorio verso la nuova articolazione organizzativa delle cure primarie rappresentata dalla rete AFT/UCCP. Pertanto, in attuazione di tale deliberazione e nelle more dell'adozione dei nuovi AA.CC.NN. per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati, con la successiva D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 è stata avviata la

sperimentazione regionale delle Case della Salute, ai fine di porre le basi del percorso di transizione verso un modello organizzativo delle cure primarie fondato sulla sistematica interrelazione fra:

- le forme organizzative complesse e multiprofessionali dislocate sul territorio distrettuale, a carattere strutturale e/o funzionale, denominate Case della Salute, coordinate dal Distretto ed assimilabili, per finalità e funzioni esercitate in forma multiprofessionale, alle UCCP;
 - le forme organizzative monoprofessionali delle cure primarie già esistenti sul territorio sotto forma di équipes territoriali, a loro volta comprendenti le forme associative di cui ai sopra richiamati AA.CC.NN. del 2005 e s.m.i. (associazioni, medicine di gruppo e in rete) ed assimilabili, per finalità e funzioni esercitate, alle AFT.
- La sperimentazione delle Case della Salute si è sviluppata nel biennio 2017-2018; il modello organizzativo dalla stessa scaturito è entrato a regime dell'articolazione distrettuale a partire dal 2019 ed è tuttora operativo con una rete di 71 Case della Salute dislocate nei Distretti delle ASL piemontesi;
- nel biennio 2021-2022, in conseguenza delle criticità riscontrate a fronte dell'emergenza pandemica, con la L.R. n. 5 del 9.3.2021 si è inteso promuovere il potenziamento delle forme associative della medicina generale sul territorio, nella configurazione di "medicine di gruppo" e "medicine in rete", anche con l'assegnazione di specifiche risorse regionali, con l'obiettivo di imprimere un reale impulso alle attività correlate alle cure primarie, puntando ad un modello di medicina di territorio che non sia più solo di attesa, ma prioritariamente di iniziativa, onde consentire, nel medio-lungo periodo, una gestione ottimale ed appropriata delle patologie croniche e, nel breve periodo, la tempestiva intercettazione dei pazienti con diagnosi Covid e/o sospetti, con conseguente riduzione dell'impatto sugli ospedali.

Tenuto conto, in particolare, che il potenziamento delle forme associative:

- "medicina di gruppo" è stato finalizzato ad incrementare la presa in carico proattiva dei pazienti da parte del S.S.R. e la disponibilità dell'assistenza del medico nell'arco dell'intera giornata feriale;
- "medicina in rete" è stato invece finalizzato a rafforzare l'assistenza primaria nei territori più ampi, a scarsa densità abitativa e con ambulatori medici più dispersi, non prevedendo l'obbligo di una sede unica bensì un collegamento in rete telematica fra i medici e consentendo agli stessi di mantenere i loro ambulatori per non compromettere la capillarità dell'assistenza e favorire l'accessibilità agli assistiti.

Preso atto degli indirizzi contenuti nella recente normativa nazionale, orientati a qualificare sempre di più l'assistenza territoriale e, nel suo ambito, le cure primarie, sulla base di un approccio di tipo multiprofessionale e multidisciplinare ai problemi di salute a cui far fronte, come ribaditi nei seguenti provvedimenti:

- il Patto per la Salute riferito al triennio 2019-2021 di cui all'Intesa fra il Governo, le Regioni e le Province autonome sottoscritta il 18.12.2020, che nella Scheda n. 8 riporta le linee d'indirizzo per lo sviluppo delle reti territoriali e per il riordino della medicina generale, promuovendo al riguardo *"il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone"*;
- il PNRR, Missione 6-Salute, Intervento M6C1 *"Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"* laddove, fra i vari interventi innovativi, viene individuata la Casa della Comunità, quale strumento distrettuale attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare riguardo ai pazienti cronici. Il PNRR definisce la Casa della Comunità come *"una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali"*;

- il D.M. n. 77 del 23.5.2022, “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel S.S.N.”, con particolare riferimento all’Allegato 1, punti: 2 “*Sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN*”, 3 “*La Sanità d’iniziativa per la personalizzazione dell’assistenza*” e 5 “*La Casa della Comunità*”;
- gli AA.CC.NN. per la medicina generale e la pediatria di libera scelta sottoscritti il 28.4.2022;
- l’A.C.N. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali, sottoscritto il 31.3.2020 e s.m.i.

Evidenziato in particolare che, come stabilito dal D.M. n. 77/2022, Allegato 1, punto 5, tabella 4, l’equipe multiprofessionale, nella tipologia dell’UCCP fondata sull’interazione fra MMG,PDLS, MCA, Specialisti ambulatoriali interni (SAI) e dipendenti, Infermieri, IFeC e altre figure sanitarie e socio-sanitarie, rappresenta uno dei servizi cardine nel modello organizzativo della Casa della comunità, sia nella tipologia hub che nella tipologia spoke.

Rilevato altresì che, come previsto dall’art. 29, comma 7 dell’A.C.N. per la medicina generale del 28.4.2022, l’AFT garantisce l’assistenza primaria prevista dai LEA ed opera in raccordo con la UCCP di riferimento, alla quale i suoi componenti si collegano funzionalmente.

Dato atto che, in considerazione del percorso normativo sopra citato e sulla base dell’istruttoria condotta dal Settore Regionale Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari in collaborazione con il Settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del S.S.R., le AFT sono destinate ad includere, nell’ambito territoriale di riferimento, le forme organizzative delle cure primarie già in essere ai sensi della precedente normativa contrattuale, ovvero le équipes territoriali e le altre forme associative oggi connotate quali associazioni, gruppi e reti.

Considerato che l’atto di programmazione regionale per la disciplina del percorso istitutivo delle nuove forme organizzative monoprofessionali e multidisciplinari dell’assistenza primaria deve essere adottato entro il termine di sei mesi dall’entrata in vigore degli AA.CC.NN. come sopra richiamati.

Rilevato altresì che, ai sensi dei citati AA.CC.NN.:

- i medici convenzionati operano all’interno del nuovo assetto definito nell’ambito della programmazione regionale, aderendo altresì alla rete informatica ed ai sistemi informativi regionale e nazionale, quali condizioni per l’accesso e il mantenimento della convenzione;
- l’istituzione delle forme organizzative AFT/UCCP deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi integrativi regionali, da perfezionarsi entro i dodici mesi successivi alla data di entrata in vigore del presente provvedimento.

Dato atto che, in attuazione della normativa sopra richiamata, la Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte, tramite i Settori competenti in materia di Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari e di Sistemi Organizzativi e Risorse umane del S.S.R., ha proceduto alla definizione del documento d’indirizzo “Atto di programmazione per lo sviluppo delle Aggregazioni funzionali territoriali e delle Unità complesse di cure primarie nella Regione Piemonte”, come riportato nell’Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, previo sistematico confronto:

- con il Ministero della Salute, l’Agenas unitamente alle altre Regioni, nell’ambito di appositi incontri finalizzati al monitoraggio degli standard del D.M. n.77/2022, come previsto dall’art. 2 del decreto stesso,
- con le rappresentanze sindacali dei medici convenzionati.

Dato altresì atto che:

- con la L.R. n. 2 del 25.3.2022 recante ulteriori modifiche all’articolo 23 della L.R. n. 18 del 6.8.2007, “Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale”, è stato stabilito che “*organi dell’Azienda Zero sono: a) il direttore generale nominato dalla Giunta regionale su proposta dell’Assessore alla sanità, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all’articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria); il direttore generale è coadiuvato, per lo svolgimento delle sue funzioni, da un direttore sanitario e da un direttore*

amministrativo dallo stesso nominati nel rispetto delle disposizioni di cui al medesimo decreto legislativo; b) il collegio sindacale, nominato in conformità alle disposizioni nazionali e regionali vigenti per la nomina nelle aziende sanitarie regionali.”.”Ferme restando, in capo alla Regione, le funzioni in materia di indirizzo e programmazione, sono attribuite all'Azienda Zero, con le modalità ed i tempi definiti con deliberazioni della Giunta regionale, da adottare entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente articolo, come sostituito dalla deliberazione legislativa approvata dal Consiglio regionale il 20 ottobre 2021 (Azienda Zero. Sostituzione dell' articolo 23 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale") le funzioni di seguito indicate: f) coordinamento in materia di medicina territoriale, con particolare riferimento ai percorsi di presa in carico e gestione dei pazienti fragili-cronici e di continuità ospedale-territorio, nonché delle attività relative all'assistenza primaria”;

- con la successiva D.G.R. n. 3-5267 del 28.6.2022 “Atti aziendali delle AA.SS.RR. - Azienda Sanitaria Regionale Zero. Deliberazione Commissario 0000002/01.00/2022 del 13.06.2022 "Approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Zero della Regione Piemonte". Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1” è stato preso atto dell'adozione, da parte del Commissario dell'Azienda Sanitaria Zero della deliberazione n. 0000002/01.00/2022 del 13/06/2022 avente ad oggetto “Approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Zero della Regione Piemonte”.

Tutto ciò premesso e considerato, si rende necessario:

- approvare il documento “Forme organizzative dell'assistenza primaria: Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse di Cure Primarie nella Regione Piemonte”, come riportato nell'Allegato A facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, in cui sono definiti gli indirizzi programmatori generali sulle sopra citate funzioni ai sensi dei vigenti Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati;
- demandare l'istituzione e l'avvio operativo delle forme organizzative AFT/UCCP ad avvenuta adozione dei nuovi AA.II.RR., da adottarsi entro dodici mesi decorrenti dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento;
- stabilire che per quanto riguarda lo sviluppo dell'assistenza territoriale la Direzione Sanità e Welfare ha il ruolo di programmazione e di indirizzo, mentre l'Azienda Zero ha il ruolo di coordinamento sulla base degli indirizzi regionali.

Dato atto che:

- il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio regionale, in quanto trattasi di atto di indirizzo per il riordino dell'attuale assetto organizzativo delle cure primarie sul territorio regionale, in conformità con la richiamata normativa nazionale;
- la disciplina del trattamento economico dei medici convenzionati e la riassegnazione delle risorse già erogate per le forme associative attualmente in essere saranno definiti nell'ambito degli AA.II.RR., come previsto dai sopra richiamati AA.,CC.NN.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17.10.2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14.6.2021.

Vista la L. n. 189 dell'8.11.2012, art. 1, “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»,

visto il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa fra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 10.7.2014,

visto il Piano nazionale cronicità di cui all'Intesa fra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 15.9.2016,

visto il Patto per la Salute 2019-2021 di cui all'Intesa fra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 18.12.2020,

visto il PNRR, Missione 6-Salute, approvato il 22.6.2021 dalla Commissione Europea e il 13.7.2021 dal Consiglio Economia e Finanza;

visto il D.M. 77 del 23.5.2022, “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;

visti gli AA.CC.NN. per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta sottoscritti il 28.4.2022;

visto l’A.C.N. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali, sottoscritto il 31.3.2020 e s.m.i.,

vista la L.R. n. 5 del 9.3.2021, “Sviluppo delle forme associative della medicina generale”,

vista la L.R. n. 2 del 25.3.2022;

vista la D.C.R. n. 306-29185 del 10.7.2018, “Linee di indirizzo regionali per il recepimento del Piano nazionale cronicità”;

vista la D.C.R. n. 199-3824 del 22.2.22, “Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle aziende sanitarie locali: localizzazione dei siti delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali”;

vista la D.G.R. 26-1653 del 29.6.2015, “Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014-2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.”;

vista la D.G.R. 3-4287 del 29.11.2016, “D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015. Interventi regionali e linee d’indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell’Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute”;

vista la D.G.R. n. 18-4873 del 31.3.2022 sulla sperimentazione regionale delle strutture di prossimità di cui all’art.1, comma 4 bis, della L. n. 77/2020.

La Giunta Regionale, con voto unanime

delibera

- di approvare il documento “Forme organizzative dell’assistenza primaria: Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse di Cure Primarie nella Regione Piemonte”, come riportato nell’Allegato A facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, in cui sono definiti gli indirizzi programmatori generali sulle funzioni della rete AFT/UCCP, ai sensi dei vigenti Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati;
- di demandare l’istituzione e l’avvio operativo delle forme organizzative AFT/UCCP ad avvenuta adozione dei nuovi Accordi Integrativi Regionali per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati, da adottarsi entro dodici mesi decorrenti dalla data di entrata in vigore della presente deliberazione;
- di stabilire che per quanto riguarda lo sviluppo dell’assistenza territoriale la Direzione Sanità e Welfare ha il ruolo di programmazione e di indirizzo, mentre l’Azienda Zero ha il ruolo di coordinamento sulla base degli indirizzi regionali;
- di dare atto che:
 - la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi di spesa a carico del bilancio regionale, in quanto trattasi di atto di indirizzo per il riordino dell’attuale assetto organizzativo delle cure primarie sul territorio regionale, in conformità con la richiamata normativa nazionale;
 - la disciplina del trattamento economico dei medici convenzionati e la riassegnazione delle risorse già erogate per le forme associative attualmente in essere saranno definiti nell’ambito degli AA.II.RR., come previsto dai sopra richiamati AA.,CC.NN.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato



ALLEGATO A

DIREZIONE SANITA ' E WELFARE

**FORME ORGANIZZATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA:
AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
ED UNITA COMPLESSE CURE PRIMARIE**

NOVEMBRE 2022

INDICE

1.	INTRODUZIONE	PAG. 3
2.	FINALITÀ DEL PRESENTE DOCUMENTO	PAG. 3
3.	ANALISI DEL CONTESTO	PAG. 4
4.	ASSETTO DELLE FORME ORGANIZZATIVE AFT E UCCP	PAG. 9
5.	AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI	PAG. 11
6.	UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE	PAG. 11
7.	AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI E UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE IN AMBITO PEDIATRICO	PAG. 12
8.	IL REFERENTE DI AFT	PAG. 13
9.	RUOLO UNICO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA	PAG. 16
10.	RUOLO DEL DISTRETTO	PAG. 16
11.	CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI	PAG. 17
12.	INDIRIZZI PER LA STESURA DELL'AIR	PAG. 17
13.	INDIRIZZI PER LA STESURA DEGLI AAA	PAG. 18
14.	INDIRIZZI PROGRAMMATORI GENERALI DELLE AFT E DELLE UCCP	PAG. 18
15.	PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLE AFT	PAG. 24
16.	PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLE UCCP	PAG. 28
17.	CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA	PAG. 33
18.	FLUSSI INFORMATIVI, SISTEMI INFORMATICI E INFORMATIVI	PAG. 34
19.	TELEMEDICINA	PAG. 35
20.	DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE	PAG. 35
21.	MEDICINA DI INIZIATIVA	PAG. 36
22.	SISTEMA DI VALUTAZIONE	PAG. 37
23.	FASI ATTUATIVE	PAG. 38
24.	CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	PAG. 39
25.	RIFERIMENTI DI INTERESSE	PAG. 39
	GLOSSARIO – ACRONIMI	PAG. 41

1. INTRODUZIONE

L'integrazione tra i vari professionisti che intervengono nel processo di cura si basa sulla presenza di una rete di strutture territoriali collegate tra loro, capaci di garantire la prevenzione e la continuità dell'assistenza e l'effettiva presa in carico del paziente, assicurando al contempo una sinergia continua e coordinata tra ospedale e territorio e tra sanitario e sociale.

La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali, in cui deve essere sottolineata l'esigenza della gestione della persona assistita 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.

La Regione Piemonte ha promosso nel tempo progressivamente forme di associazionismo mono e multi professionale come strumento di integrazione organizzativa e tecniche, finalizzate al miglioramento dell'assistenza, all'integrazione delle risorse ed alla semplificazione dei percorsi di accesso ai servizi.

Nelle Aziende Sanitarie i medici di medicina generale (MMG), i medici pediatri di libera scelta (PDLs), i medici specialisti ambulatoriali (SAI) sono attori di riferimento nell'ambito territoriale rispetto alla presa in carico e gestione delle patologie croniche e collaborano con le altre figure professionali per garantire la erogazione delle attività e la continuità assistenziale attraverso percorsi di salute e diagnostico terapeutici condivisi.

2. FINALITÀ DEL PRESENTE DOCUMENTO

La finalità del presente documento è di definire l'atto di programmazione previsto dai provvedimenti normativi per la istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) osservando i seguenti criteri generali:

- a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
- b) istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa;
- c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi.

Dopo una prima parte in cui si delinea il contesto di riferimento, sono rimarcati passaggi normativi fondamentali a livello nazionale e regionale, e quindi vengono presentati gli indirizzi programmatori alla base dello sviluppo del modello organizzativo ed operativo delle AFT e delle UCCP.

Il presente documento dovrà necessariamente essere integrato con i successivi atti di riferimento relativi alla medicina generale, alla pediatria di libera scelta e alla specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento agli accordi integrativi regionali.

Il documento è inoltre da considerare in collegamento con l'atto di programmazione regionale relativo all'assetto organizzativo della rete territoriale definito, sulla base del fabbisogno e delle esigenze assistenziali del territorio, in attuazione del Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

3. ANALISI DEL CONTESTO

La Regione Piemonte presenta il seguente contesto di riferimento:

- Popolazione: 4.274.945 ab.
- Province: 8
- Comuni: 1.181
- Superficie complessiva: 25.387,07 kmq
- Densità abitativa (abitanti/Kmq):169,8

Nella figura seguente viene presentata la piramide di età della popolazione della Regione, con riferimento all'anno 2021.

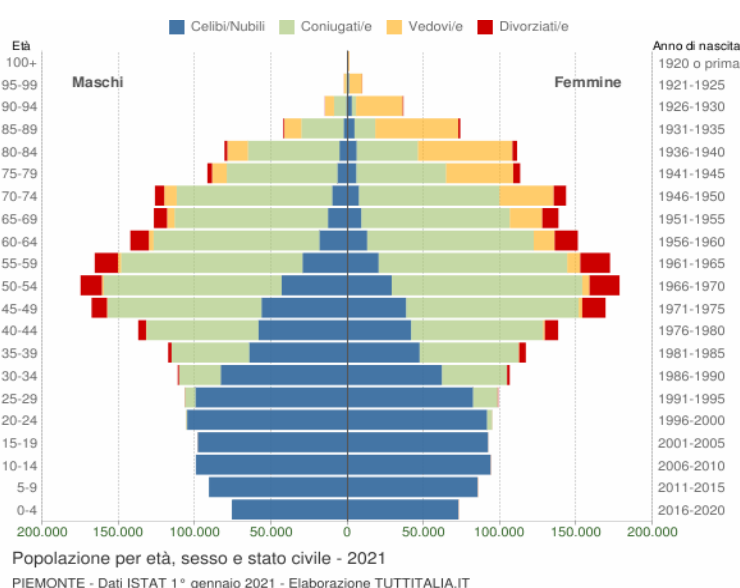


Figura 1. Piramide de età della popolazione della Regione Piemonte (anno 2021)

Il Piemonte, al pari del resto di Italia, sta gradualmente cambiando il proprio profilo sociodemografico verso un futuro caratterizzato da una maggior prevalenza di popolazione anziana rispetto alla popolazione attiva, un cambiamento epidemiologico che risulta impattante nei diversi scenari di cura.

L'attuale quadro epidemiologico è caratterizzato da bisogni di salute articolati e complessi, che richiedono la risposta tempestiva alle condizioni di acuzie e la presa in carico di persone affette da patologie di lunga durata, gestibili vicino al loro luogo di vita. È altresì necessaria una attività di prevenzione che deve partire dall'età evolutiva e ed essere poi sviluppata forma integrata tra i diversi professionisti (MMG, PDLs, SAI).

Gli stili di vita rappresentano il principale fattore di protezione o di rischio comportamentale modificabile rispetto alla costruzione del proprio benessere e, in particolare, all'insorgenza delle patologie croniche non trasmissibili. La prevenzione delle malattie e la promozione della salute si realizzano tramite politiche e strategie intersectoriali e attraverso azioni mirate a specifiche fasce d'età e genere della popolazione, per promuovere abitudini di vita salutari, primi fra tutti: sana alimentazione, attività fisica, contrasto al fumo e al consumo di alcol.

Gli indicatori sugli stili di vita della popolazione per genere, fascia d'età e area geografica consentono di fornire un quadro conoscitivo del contesto regionale attraverso i dati raccolti dalle principali fonti informative nazionali e regionali.

Nella prospettiva di genere si rileva come le donne hanno stili di vita più salutari, riferiti a obesità, fumo e alcol, ma livelli di sedentarietà più elevati rispetto agli uomini.

Su un numero di 100 piemontesi, nel 2017 il 41,4% dichiarava almeno una patologia cronica (cfr. Indagine Multiscopo ISTAT). Conseguentemente, più di 1.803.000 piemontesi necessitano di una gestione continuativa di interventi sanitarie e socio-sanitari anche in forma integrata tra Territorio e Ospedale.

Per quanto riguarda la mortalità generale, il tasso standardizzato per età è in costante riduzione, in entrambi i sessi, tanto in Piemonte quanto in Italia. La riduzione nei dieci anni di osservazione del tasso standardizzato di mortalità è molto marcata soprattutto nel genere maschile: meno 20% (in Italia meno 18%), mentre per le donne si è avuta una riduzione del 6% (in Italia 8%). In entrambi i sessi la mortalità per tumore è più alta della media nazionale, ma simile al valore del Nord Italia.

Peraltro nell'anno 2020 l'impatto della pandemia Covid-19 ha portato alla luce nuovi bisogni nelle diverse fasce di età, inclusa l'età evolutiva, dei quali deve farsi carico il Servizio sanitario regionale nel prossimo futuro; le risposte sanitarie e socio-sanitarie per soggetti fragili (grandi anziani, disabili, minori, persone con gravi problemi di salute mentale, ecc.) devono pertanto operare in rete e in collegamento con le potenzialità offerte dai percorsi sul territorio, accanto a un'implementazione delle cure al domicilio dei pazienti.

In tale ambito, un percorso di riorganizzazione della rete sanitaria, ripensato per far fronte alla diffusione di malattie croniche e alla loro prevenzione e gestione nelle diverse età della vita, può tornare utile anche per affrontare un'epidemia infettiva.

Nella D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006, "Approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale 2006" si riportava, tra l'altro, quanto segue:

"Art. 9 - Équipe di assistenza territoriale

1. L'Équipe di assistenza territoriale costituisce l'aggregazione organizzativa dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta che assistono un bacino di popolazione omogeneo per collocazione geografica, accessibilità ai servizi sanitari ed esposizione a fattori di rischio ambientali. La costituzione dell'Équipe è finalizzata a:

- a) valutare specifici bisogni di assistenza della popolazione assistita;*
- b) realizzare progetti di razionalizzazione, aderendo a proposte di Progetti-Obiettivo individuati dall'U.C.A.D;*
- c) verificare gli effetti degli stessi;*
- d) facilitare, attraverso la figura del suo rappresentante, la comunicazione fra singoli medici e Ufficio di Coordinamento distrettuale per:
- il coinvolgimento dei medici nelle varie fasi del budget e la loro responsabilizzazione nel raggiungimento degli obiettivi;
- la rilevazione di problemi emergenti nell'erogazione delle prestazioni di secondo livello.*
- e) svolgere analisi e valutazione di protocolli e percorsi assistenziali proposti all'Équipe dall'UCAD;*
- f) svolgere analisi epidemiologiche ed analisi della Domanda su informazioni avute dalla Direzione di Distretto o richieste alla Stessa dall'Équipe;*
- g) effettuare valutazioni sugli aspetti organizzativi dell'attività di assistenza distrettuale nel proprio ambito sui quali proporre e promuovere miglioramenti o cambiamenti;*
- h) permettere scambi informativi e favorire momenti di integrazione con gli altri operatori territoriali, compresi i medici dell'emergenza sanitaria 118, ogni qual volta le partecipazioni si rendano necessarie e siano attuabili;*
- i) operare allo scopo di garantire la continuità dell'assistenza ai propri assistiti.*

3. L'Équipe di assistenza territoriale dovrà essere riferita, in linea di massima, e tenuto conto delle necessità Aziendali, ad una popolazione minima di 10.000 assistiti e massima di 30.000 e composta da un minimo di 10 medici di assistenza primaria ad un massimo di 20, potendo comprendere al proprio interno anche più ambiti territoriali di scelta, purché appartenenti allo stesso Distretto. Dimensioni diverse potranno essere individuate dall'Ufficio di Coordinamento distrettuale solo per evidenti esigenze oro-geografiche.

4. All'interno dell'Équipe di assistenza territoriale i medici nominano un Referente con funzioni di raccordo e di collegamento organizzativo con l'Ufficio di Coordinamento distrettuale.

5. Al referente dell'Équipe di assistenza territoriale, per le funzioni previste dal presente Accordo, è attribuito un compenso mensile forfettario omnicomprensivo di euro 220."

“Art. 10 - Attività dell'Équipe di assistenza territoriale

1. Ciascuna Équipe di assistenza territoriale si riunisce almeno una volta al mese.

2. È facoltà dei medici componenti dell'Équipe richiedere, attraverso il rappresentante dell'Équipe stessa la disponibilità di un locale aziendale, individuato nell'ambito distrettuale per lo svolgimento della riunione.

3. Alla riunione mensile di ciascuna Équipe partecipano i medici della Continuità Assistenziale operanti nel Distretto. La partecipazione è definita dall'Ufficio di coordinamento distrettuale in modo che tutti i medici di Continuità Assistenziale partecipino con modalità definite dalle singole ASL, garantendo la presenza dei medici di Continuità Assistenziale e individuando sempre gli stessi medici di C.A. per ogni singola Équipe, in modo da garantire una sempre più personalizzata “continuità dell'assistenza” e maggiore conoscenza delle problematiche dei pazienti.

4. Almeno una delle riunioni di ogni semestre potrà essere allargata agli operatori socio - sanitari di riferimento dell' Équipe di Assistenza Territoriale (Inf. Prof., O.T.A, ADEST, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, Medici di Distretto e medici dell'Emergenza sanitaria 118)

5. L'Ufficio di Coordinamento Distrettuale concorda con il Referente dell'Équipe gli obiettivi prioritari di Distretto.

6. Le eventuali assenze determineranno la decurtazione di 1/12 della quota dei 2 euro prevista nel precedente articolo, tranne quelle in cui il Medico, per motivi di malattia, ferie o impegno sindacale, non abbia svolto la normale attività lavorativa durante la giornata.

7. In caso di mancata partecipazione alle attività dell' Équipe e di ingiustificata assenza in tre consecutive riunioni mensili dell' Équipe, e' prevista per il medico inadempiente l'applicazione delle procedure disciplinari di cui all'art. 30 del vigente A.C.N..”

Nell'ambito delle suddette Équipe a carattere funzionale, gli stessi Accordi Integrativi Regionali (AIR) disponevano l'articolazione delle forme associative della medicina generale e pediatria di territorio, a carattere operativo, configurate nelle seguenti tipologie: associazioni semplici, gruppi e reti (rif. art. 5, dell'AIR per la MMG del 2006 e s.m.i.). Dette forme associative, hanno rappresentato la base per un modello organizzativo e operativo della medicina territoriale finalizzato a garantire la continuità dell'assistenza sul territorio distrettuale nell'arco dell'intera giornata nei giorni feriali.

Con la sperimentazione biennale dei Gruppi di Cure Primarie (GCP) e delle Case della Salute (CS), avviata con la D.G.R. n.57-10097 del 17.11.2008 e conclusasi il 31.12.2011, si è proceduto, tra il 2009 e il 2011, ad un prima prima articolazione sul territorio regionale di forme organizzative della medicina generale, fondate sulla collaborazione fra figure mediche (MMG, PDLS) ed infermieristiche a garanzia della continuità dell'assistenza a favore delle patologie croniche a maggior impatto sociale.

In attuazione del Piano socio-sanitario regionale e in coerenza con l'art.1 della Legge 8 novembre 2012, n. 189 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più' alto livello di tutela della salute”, con la Deliberazione della Giunta Regionale 28 marzo 2012, n. 26-3627 “Approvazione linee d'indirizzo per la sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP). Attuazione D.G.R. n. 44-1615 del 28.02.2011 e s.m.i. La rete territoriale”, sono state approvate, le linee d'indirizzo per la sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), quale evoluzione in forma più strutturata e

soprattutto integrata nel Distretto del precedente modello fondato sull'articolazione di forme organizzative a carattere multiprofessionale, nell'ambito del processo di riconversione di servizi ospedalieri o territoriali avviato in attuazione del Piano regionale di rientro e di riequilibrio economico-finanziario.

Nel CAP è stata realizzata l'aggregazione di professionisti del sistema sanitario eroganti prestazioni di assistenza primaria nell'arco delle 24 ore, secondo criteri e modalità omogenee a livello regionale. Tramite il CAP, le cure primarie dovevano essere garantite nell'intero arco della giornata attraverso il coordinamento delle attività mediche (MMG/PDLS) e specialistiche con la continuità assistenziale (guardia medica); tali attività dovevano interfacciarsi con la rete dell'emergenza/urgenza attraverso protocolli condivisi, garantendo la netta separazione dei percorsi e la condivisione della cartella clinica del paziente.

Nell'ambito del CAP si è inteso realizzare il coordinamento e l'interrelazione funzionale tra le suddette forme organizzative della medicina generale/pediatria di libera scelta (associazioni, gruppi e reti) e le altre figure professionali operanti sul territorio (medici specialisti, infermieri, assistenti sociali, personale amministrativo del distretto ed operatori dell'area socio-sanitaria e socio-assistenziale).

Nell'esperienza del CAP gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni (SAI) dovevano operare in forma funzionalmente coordinata ed integrata con gli specialisti ospedalieri, nel rispetto delle rispettive funzioni ed attribuzioni. Tale coordinamento operativo è stato finalizzato all'elaborazione congiunta ed applicazione dei primi specifici PDTA per le patologie croniche a maggior diffusione (es. diabete, BPCO, ecc.) e alla presa in carico integrata delle principali cronicità attraverso specifici protocolli condivisi fra il livello ospedaliero e quello territoriale.

La successiva Deliberazione della Giunta Regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653 "*Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.*", procedendo alla riorganizzazione della rete distrettuale contestualmente alla revisione della rete ospedaliera, riportava, tra l'altro, quanto segue:

"2. Il riordino delle forme organizzative dell'Assistenza primaria sul territorio regionale (rete AFT/UCCP).

2.3 Linee d'indirizzo per l'evoluzione verso le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria.

Le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria, nella configurazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (di seguito: AFT) e di Unità Complesse di Cure Primarie (di seguito: UCCP), come individuate e definite dalla vigente normativa nazionale, sono tendenzialmente destinate a garantire, nel nuovo disegno organizzativo regionale, l'erogazione dell'assistenza primaria in forma capillarmente diffusa su tutto il territorio, attraverso la gestione collaborativa ed integrata del paziente e dei suoi percorsi assistenziali. Nell'ottica di realizzare l'uniformità assistenziale su tutto il territorio, in coerenza con le strategie di governo e di programmazione aziendale e distrettuale, le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria sono destinate a sostituire, in un disegno di rete organicamente articolato e accessibile nelle diverse aree del territorio, coordinato con il livello ospedaliero, tutte le forme associative monoprofessionali e multiprofessionali, gestionali e funzionali, oggi esistenti nel panorama territoriale."

La stessa deliberazione delineava inoltre, al punto 1 dell'Allegato, il ruolo prioritario del Distretto, quale "braccio operativo" dell'ASL per il governo della rete territoriale e per l'interfaccia con la rete ospedaliera, a garanzia dei percorsi di salute complessivi in continuità fra territorio e ospedale e viceversa, nella fase post ospedaliera.

In coerenza con tale deliberazione quadro, con la D.G.R. 29 novembre 2016, n. 3-4287 "*Interventi regionali e linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute*" si è dato corso ad una fase sperimentale, intermedia nel percorso di realizzazione del modello definito a regime (rete UCCP/AFT), al fine di porre le basi per la riorganizzazione dell'assistenza primaria e delle sue forme organizzative esistenti sul territorio, ri-orientandole verso un modello fondato sull'integrazione multiprofessionale e multifunzionale, per meglio far fronte ai bisogni di salute della popolazione, sempre più rappresentati da patologie croniche, che necessitano di risposte sanitarie e socio-sanitarie coordinate in rete ed erogate ad un livello il più possibile prossimo al cittadino e alla comunità locale.

Dalla sperimentazione delle Case della Salute, configurate quali strutture complementari e non sostitutive dell'ordinaria attività ambulatoriale dei medici di famiglia, sono emersi sostanzialmente due modelli organizzativi, entrambi fondati sull'integrazione fra più figure professionali e funzioni correlate alla garanzia dei percorsi di salute destinati prioritariamente alle patologie croniche:

a) il modello strutturale, nel quale la CS rappresenta il centro di supporto per i MMG/PDLS e per le relative forme associative nell'esercizio delle loro funzioni di medicina proattiva, grazie alla diretta interfaccia consentita, in una sede comune, con le aree diagnostiche e specialistiche e con l'area socio-sanitaria e grazie al supporto delle prestazioni infermieristiche, tecnico-sanitarie, amministrative. Nella CS strutturale l'attività dei MMG/PDLS è integrata con quella della Continuità assistenziale (ex guardia medica), preferibilmente presente in sede nelle ore notturne e nei giorni prefestivi/festivi negli orari contrattualmente previsti, per la copertura territoriale e la continuità della presa in carico nell'arco delle 24 ore.

b) il modello funzionale, che si caratterizza invece per un minor livello di strutturazione e per un raccordo funzionale tra i diversi professionisti, organizzato e pianificato in modo da poter condividere percorsi assistenziali e modalità di erogazione delle relative prestazioni. La CS funzionale si fonda specificamente sulla compliance e sull'interazione dei professionisti, sulla loro capacità di lavorare in team con momenti di confronto specifici, mentre non incide sull'organizzazione degli studi professionali in quanto non richiede la definizione di sedi comuni o uniche.

L'unità elementare è rappresentata da forme associative di MMG/PDLS con una popolazione non superiore a 30.000 assistiti ed il team multiprofessionale è costituito da MMG/PDLS, infermieri/Ifec e OSS, altri operatori ASL opportunamente formati ed assegnati funzionalmente alla CS.

Articolazione attuale

Per quanto attiene alla medicina generale, le forme associative disciplinate dall'art. 5 del vigente AIR (D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006 e s.m.i.), articolate nelle tipologie di associazione, gruppo e rete, coinvolgono a livello regionale circa il 75% dei MMG, ai quali fa capo il 77% del totale degli assistiti.

Per quanto attiene ai pediatri di libera scelta, le forme associative coinvolgono invece circa il 59% degli stessi ai quali fa capo la stessa percentuale degli assistiti.

In particolare, la progressiva tendenza alla contrazione dell'associazionismo semplice verso le altre tipologie associative, manifestatasi a partire dal 2009, ha evidenziato un percorso di superamento di tale forma associativa. Inoltre la sperimentazione regionale relativa ai Gruppi di Cure Primarie (GCP) avviata nel 2009 e successivamente quella delle Case della Salute avviata nel 2016, hanno comportato un implemento dell'associazionismo nella tipologia Medicina di Gruppo in cui sono confluiti gran parte degli ex GPC una volta conclusa la sperimentazione il 31.12.2011.

Le 220 Équipe territoriali risultanti al 31.12.2021 coinvolgono il 98% del totale dei MMG; sul versante PLS, le 34 Équipe territoriali coinvolgono il 98% del totale dei PLS. A partire dal 2013, in attuazione dei Programmi Operativi regionali di cui alla D.G.R. 25-6992/2013, Programma 14, Azione 14.3.1, il ruolo e le funzioni di tali forme associative sono stati riorientati nella direzione delle nuove forme organizzative monoprofessionali AFT, *"come contesto del governo clinico e del coordinamento dell'assistenza primaria sul territorio, con attribuzione di precisi obiettivi quantificabili e misurabili a cui commisurare, solo se raggiunti, i relativi compensi incentivanti"*.

Le forme organizzative multiprofessionali attualmente operative, a livello sperimentale, sul territorio regionale sono le seguenti:

a) gli ex CAP avviati sulla base delle linee guida di cui alla sopra richiamata D.G.R. 26-3627/2012, sono stati riconvertiti in Case della Salute ai sensi della D.G.R. 3-4287/2016, così dislocate: A.S.L. To3, Distretto di Susa, ex CAP-CS di Avigliana, c/o ex presidio ospedaliero; A.S.L. To4, Distretto di Cuornè, ex CAP-CS Castellamonte, c/o ex presidio ospedaliero (attività attualmente ancora sospesa post pandemia); A.S.L. VC, Distretto di Vercelli, ex CAP-CS Santhià, c/o ex presidio sanitario polifunzionale; A.S.L. NO, Distretto di Arona, ex CAP-CS Arona, c/o ex presidio ospedaliero o - A.S.L. AL, Distretto di Valenza, ex CAP Valenza, c/o ex presidio ospedaliero (attività attualmente sospesa);

b) gli ex GCP avviati nell'ambito della sperimentazione regionale di cui alla D.G.R. 57-10097/2008 e conclusasi il 31.12.2011: nelle maggior parte dei casi l'attività di tale forme organizzative è proseguita nella configurazione di medicina di gruppo garantendo, nella stessa sede, l'integrazione con le attività infermieristiche, diagnostiche e specialistiche, nonché con le aree socio-sanitarie della domiciliarità e residenzialità;

c) le Case della Salute avviate con la sperimentazione prevista dalla sopra richiamata D.G.R. 3-4287/2016 sono in totale 70, articolate sui due modelli (strutturale e funzionale) ai quali si è aggiunto, nel corso del consolidamento del progetto, un modello intermedio, ovvero strutturale-funzionale, laddove ad una CS con caratteristiche strutturali e complesse, ovvero dotata di tutti servizi finalizzati al trattamento delle patologie croniche, con particolare riferimento agli ambulatori MMG/PLS allocati nei propri locali, sono "funzionalmente collegate altre strutture minori "spoke" e/o reti mono e/o multiprofessionali dislocate sul territorio distrettuale al fine di intercettare il bisogno di cure primarie sia nelle aree centrali del distretto sia nelle aree periferiche, rurali, montane ecc.;

d) progetti per la sperimentazione dell'Ospedale di Comunità, che sono stati avviati Contestualmente allo sviluppo del progetto sulle Case della Salute (anno 2017 e seguenti). Tali progetti sono stati realizzati nell'ambito di modelli strutturali di Casa della Salute oppure, anche se dislocati in altre strutture, hanno operato in forma complementare e continuativa rispetto all'attività ambulatoriale erogata dalla corrispondenti CS distrettuali, condividendo altresì risorse professionali, tecnologiche/ strumentali e gestionali.

In tale contesto si inserisce anche il progetto di sperimentazione avviato sul territorio del Verbano Cusio Ossola (ASL VCO), finalizzato a potenziare, anche tramite l'interazione fra il sistema di emergenza e la medicina di territorio, l'assistenza territoriale. Il progetto, realizzato in collaborazione con Agenas, mira a corrispondere alle peculiari caratteristiche di quel territorio (Provincia montana) ed è finalizzato allo sviluppo di un modello utilizzabile su scala nazionale e sarà per questo realizzato in collaborazione con Agenas.

Infine, nell'ambito degli interventi regionali finalizzati al potenziamento delle reti territoriali e delle cure domiciliari in attuazione della normativa nazionale emanata nel corso del periodo pandemico, con particolare riferimento alla Legge 17 luglio 2020, n.77 *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"* e s.m.i. è in fase di attuazione il progetto per la realizzazione delle strutture di prossimità come previste e disciplinate dal comma 4 bis dell'articolo 1, recante disposizioni e linee d'indirizzo per il potenziamento dell'assistenza territoriale.

Il progetto, avviato con la D.G.R. 18-4873 del 31.3.2022 e provvedimenti successivi, di durata biennale, si articola attualmente in dodici strutture di prossimità denominate "Centro servizi distrettuali integrato" (CSDI) operanti sul territorio distrettuale attraverso il coordinamento e l'interazione fra le cure primarie, la medicina specialistica, l'assistenza infermieristica con l'implementazione della figura e delle funzioni trasversali dell'IfeC, l'area socio-sanitaria ed i servizi sociali facenti capo ai Comuni e loro Enti gestori, con la collaborazione delle organizzazioni locali del volontariato e del privato sociale impegnate nella tutela delle fragilità e nel supporto alle persone affette da patologie croniche invalidanti.

4. ASSETTO DELLE FORME ORGANIZZATIVE AFT E UCCP

Nel 2012 la legge n. 189 prevedeva che le Cure Primarie si costituissero in forme organizzate sotto il nome di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Le prime come reti monoprofessionali mentre le seconde come reti multiprofessionali che prevedevano la presenza di ulteriore personale sanitario. In tale ambito si precisava, tra l'altro, quanto segue:

"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 monoprofessionali, 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, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.”

Successivamente il “Patto della Salute. Triennio 2014-2016. intesa 20 luglio 2014 ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016” prevedeva, tra l'altro, quanto segue:

“Art. 5. Assistenza territoriale

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 le 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.

Le UCCP e le AFT hanno come compiti essenziali:

- a) assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale tramite le AFT, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto),*
- b) 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.*
- c) 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.”*

I più recenti Accordi Collettivi Nazionali prevedono, tra l'altro, quanto di seguito rappresentato.

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2016-2018, sottoscritto ad aprile 2022 (definito nel presente documento, per brevità: ACN-MMG):

”Le Regioni entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono ai sensi della normativa vigente gli atti di programmazione volti a istituire forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, osservando i criteri generali indicati nell'ACN stesso, art. 8 comma 2.”

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2016-2018, sottoscritto ad aprile 2022 (definito nel presente documento, per brevità: ACN-PDLS):

”Le Regioni, entro sei mesi dall’entrata in vigore del presente Accordo, definiscono gli atti di programmazione volti a istituire le forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie).”

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologo, chimici, psicologici) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2016-2018 sottoscritto a maggio 2021 (definito nel presente documento, per brevità: ACN-SP):

”Le Regioni definiscono gli atti di programmazione inerenti le forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie), comunque denominate a livello regionale.”

Un ulteriore impulso alla materia è stato dato più recentemente dal D.M. n. 77 del 23.5.2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, che costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all’assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” del PNRR.

Tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti, nonché le loro articolazioni funzionali, devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete.

Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere verso la progettazione di un modello a rete dei servizi, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi/strutture da dimettere e/o riconvertire.

5. AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

Le AFT, 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.

Le AFT sono associazioni monoprofessionali con studi medici singoli e/o associati nelle attuali forme contrattualmente previste (associazioni semplici, gruppi e reti), con sedi anche multiple dislocate sul territorio, che condividono obiettivi e percorsi assistenziali.

Ogni AFT rappresenta l’insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che ha esercitato la scelta nei confronti del singolo medico ed è funzionalmente collegata ad una UCCP del Distretto.

Ogni AFT è collegata funzionalmente alla propria forma organizzativa multiprofessionale di riferimento. I medici del ruolo unico di assistenza primaria si raccordano tramite le AFT alle attività della forma organizzativa multiprofessionale nel rispetto della programmazione regionale.

Ferma restando la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, la Regione, in relazione a specifiche caratteristiche demografiche e/o geografiche, possono prevedere la istituzione della AFT presso la sede della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.

6. UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE

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.

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 Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"* e s.m.i., e nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalle disposizioni vigenti.

La UCCP è una forma organizzativa complessa ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT e i medici di Medicina Generale nonché i Pediatri di Libera Scelta 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 e dei Pediatri di Famiglia nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi, alla sostenibilità economica.

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.

L'UCCP, quale snodo ed articolazione del Distretto, si configura come una sede unica di tipo poliambulatoriale distrettuale nella quale operano in forma coordinata MMG, PLS, SAI, infermieri/Ifec e altro personale sanitario/o socio-sanitario: rientrano in tale tipologia le attuali Case della Salute e le future Case della Comunità.

L'UCCP eroga pertanto prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei MMG, dei medici di continuità assistenziale, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali e delle altre figure sanitarie del Distretto: dagli infermieri, agli psicologi, alle professionalità ostetriche e tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria, nonché da personale amministrativo e di supporto.

7. AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI E UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE IN AMBITO PEDIATRICO

In ambito pediatrico la UCCP rappresenta la forma organizzativa multiprofessionale che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio.

Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi. La UCCP garantisce il carattere multiprofessionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Ogni AFT è collegata funzionalmente alla UCCP di riferimento.

I pediatri di libera scelta si raccordano tramite il coordinamento della AFT alle attività della UCCP nel rispetto della programmazione regionale in tema di percorsi di assistenza specifica per l'età pediatrica.

8. IL REFERENTE DI AFT

In relazione alla figura del referente AFT, si richiama espressamente la disciplina prevista dagli AA.CC.NN. per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta e per gli specialisti ambulatoriali interni, come di seguito riportato.

Medici di medicina generale

I medici componenti la AFT individuano al loro interno, con modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12 dell'ACN-MMG, un referente ed il suo sostituto. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista. Gli Accordi Integrativi Regionali disciplinano la durata del mandato e le modalità di svolgimento. Tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere.

Il referente si occupa, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.

Il referente coordina altresì l'attività dei medici componenti della AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.

Il referente predispose annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda.

Il referente collabora con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per risolvere disservizi inerenti alla AFT a seguito di segnalazioni.

Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli accordi integrativi regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "referente", il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 47, comma 2, lettera b, punto II, dell'ACN-MMG .

Il Direttore Generale dell'Azienda ratifica la designazione e valuta annualmente il referente di AFT in relazione ai compiti di cui al presente articolo. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati di cui all'articolo 29, comma 11, dell'ACN-MMG e sentiti i componenti della AFT, ovvero su richiesta dei componenti della AFT secondo quanto previsto dal regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12 del presente Accordo, il Direttore Generale dell'Azienda può procedere, anche prima della scadenza, al subentro del sostituto nella funzione fino alla nuova designazione ai sensi del precedente comma 1.

Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato il rappresentante dei medici di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

L'attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12, dell'ACN-MMG .

Sulla base della suddetta disciplina, di cui all'art. 30 dell'ACN, nel modello organizzativo di riordino della rete territoriale definito a livello regionale in attuazione del D.M. 77/2022, il referente di AFT si configura quale il riferimento dell'ASL e del Distretto per la relazione ed il confronto con i medici facenti parte dell'AFT. Riveste pertanto, in rappresentanza dei medici dell'AFT, il ruolo di "interfaccia" con il Direttore del Distretto e con il coordinatore dell'UCCP di riferimento territoriale, per tutte le funzioni relative alla condivisione di:

- a) percorsi di salute coerenti con gli obiettivi della programmazione regionale, aziendale e distrettuale;
- b) modalità organizzative ed operative da porre in essere nell'ambito territoriale dell'AFT per garantire la continuità assistenziale nell'erogazione dei suddetti percorsi di salute, nonché la gestione integrata e coordinata con la medicina specialistica dei percorsi riferiti alle patologie croniche.

Medici pediatri di libera scelta

I pediatri di libera scelta, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina d'iniziativa, ed in particolare operano per garantire una effettiva presa in carico degli assistiti, tramite la partecipazione all'attività di prevenzione e alla gestione della cronicità, a partire, in particolare, da quelli con patologia cronica, e con bisogni assistenziali complessi.

A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei pediatri di libera scelta.-

I pediatri di libera scelta sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-tele-matica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla *privacy* e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni pediatra della AFT alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri pediatri operanti nella medesima AFT. Al referente di AFT è consentita l'estrazione di dati di attività, in forma aggregata ed anonima, per la valutazione complessiva e la programmazione di percorsi assistenziali da garantire agli assistiti di riferimento della AFT.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali, costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei pediatri componenti la stessa AFT.

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale sulla base della programmazione regionale, sentito il Comitato aziendale.

I pediatri di libera scelta componenti la AFT individuano al loro interno un referente ed il suo sostituto, con modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'articolo 28, comma 11, dell'ACN-PDLS. I pediatri proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere. Gli Accordi Integrativi Regionali disciplinano la durata del mandato e le modalità di svolgimento.

Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato dall'Azienda in accordo con il tavolo aziendale il rappresentante dei pediatri di libera scelta componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

Il referente di AFT promuove, in particolare, la realizzazione di quanto previsto dall'articolo 28, comma 1 dell'Accordo sopracitato. Il referente promuove, altresì, il coordinamento delle attività dei pediatri al fine di garantire, nell'ambito delle attività distrettuali, l'assistenza continuativa che si realizza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso l'integrazione con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.

Il referente favorisce, per la parte che riguarda la AFT, l'integrazione dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la UCCP.

Il referente predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'articolo 28, comma 10.

Il referente collabora con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per risolvere disservizi a seguito di segnalazioni.

Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "referente", il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 44, comma 1, lettera B, punto II dell'Accordo sopracitato.

Il Direttore Generale dell'Azienda ratifica la designazione e valuta annualmente il referente di AFT in relazione ai compiti di cui al presente articolo. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati di cui all'articolo 28, comma 10 dell'Accordo sopracitato e sentiti i componenti della AFT, ovvero su richiesta dei componenti della AFT secondo quanto previsto dal regolamento di funzionamento di cui all'articolo 28, comma 11 dell'Accordo sopracitato, il Direttore Generale

dell'Azienda può procedere, anche prima della scadenza, al subentro del sostituto nella funzione fino alla nuova designazione ai sensi dell'art. 30, comma 1 del medesimo ACN-PDLS.

L'attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'articolo 28, comma 11 dell'Accordo sopraccitato.

Sulla base della suddetta disciplina di cui all'art. 30 dell'ACN-PDLS, nel modello organizzativo di riordino della rete territoriale definito a livello regionale in attuazione del D.M. 77/2022, il referente di AFT si configura quale il riferimento dell'ASL e del Distretto per la relazione ed il confronto con i medici facenti parte dell'AFT. Riveste pertanto, in rappresentanza dei medici dell'AFT, il ruolo di "interfaccia" con il Direttore del Distretto e con il coordinatore dell'UCCP di riferimento territoriale, per tutte le funzioni relative alla condivisione di:

- a) percorsi di salute coerenti con gli obiettivi della programmazione regionale, aziendale e distrettuale;
- b) modalità organizzative ed operative da porre in essere nell'ambito territoriale dell'AFT per garantire la continuità assistenziale nell'erogazione dei suddetti percorsi di salute, nonché la gestione integrata e coordinata con la medicina specialistica dei percorsi riferiti alle patologie croniche.

Medici specialisti ambulatoriali

Dalla istituzione della AFT il coordinatore distrettuale di cui all'articolo 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni è sostituito dal referente di AFT, senza nuovi ed ulteriori oneri a carico dell'Azienda. Con la medesima decorrenza il coordinatore aziendale, qualora previsto da norme regionali, è sostituito dal referente di AFT, senza nuovi ed ulteriori oneri a carico dell'Azienda. Tali sostituzioni vengono effettuate secondo modalità definite a livello regionale.

Il direttore generale dell'azienda sanitaria individua tra gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'articolo 6, comma 3, dell'ACN-SP, e i professionisti componenti la AFT un referente ed il suo sostituto, scelti all'interno di una rosa di nomi, composta da almeno 3 candidati, proposta dagli stessi componenti la AFT. I nominativi proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per una durata non inferiore a tre anni e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere; devono, inoltre, poter documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale, compresa la responsabilità di branca, ed aver acquisito su tali temi almeno 1/3 dei crediti ECM previsti dalla normativa vigente per il triennio precedente.

Il referente assicura il coordinamento organizzativo e la integrazione professionale dei componenti della AFT, nonché l'integrazione tra questi, i medici ed altro personale dell'Azienda, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali, raccordandosi anche con i responsabili di branca, ove presenti. Tra i referenti di AFT sono individuati dall'Azienda il componente che partecipa all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e l'eventuale componente del Collegio di Direzione.

Il referente è inoltre responsabile, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali e con le AFT della medicina generale, della pediatria di libera scelta e con le UCCP.

Il referente garantisce la coerenza tra i programmi della AFT e gli obiettivi della struttura organizzativa aziendale di riferimento, esercita inoltre il coordinamento di tutte le AFT aziendali qualora previsto dalla Azienda.

Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, valuta annualmente il referente di AFT in relazione al conseguimento dei risultati di cui all'articolo 7, comma 6 del sopraccitato Accordo e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

L'attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'articolo 7, comma 8 del sopraccitato Accordo.

Al referente di AFT è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata a tale funzione, il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dai fondi di cui all'articolo 43, lettera B, comma 7 e all'articolo 44, lettera B, comma 6 del sopracitato Accordo.

Sulla base della suddetta disciplina di cui all'art. 8 dell'ACN, nel modello organizzativo di riordino della rete territoriale definito a livello regionale in attuazione del D.M. 77/2022, il referente di AFT si configura quale il riferimento dell'ASL e del Distretto per la relazione ed il confronto con i medici specialistici ambulatoriali facenti parte dell'AFT. Riveste pertanto, in rappresentanza dei medici dell'AFT, il ruolo di "interfaccia" con il Direttore del Distretto e con il coordinatore dell'UCCP di riferimento territoriale, per tutte le funzioni relative alla condivisione di:

- a) percorsi di salute coerenti con gli obiettivi della programmazione regionale, aziendale e distrettuale;
- b) modalità organizzative ed operative da porre in essere nell'ambito territoriale dell'AFT per garantire la continuità assistenziale nell'erogazione dei suddetti percorsi di salute, nonché la gestione integrata e coordinata dei percorsi stessi con la medicina generale/pediatria di libera scelta.

9. RUOLO UNICO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

I medici del ruolo unico di assistenza primaria, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa, ed in particolare operano per:

- a) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, con diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- b) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con le strutture territoriali di riferimento e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

I medici del ruolo unico di assistenza primaria sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure.

10. RUOLO DEL DISTRETTO

Il Distretto è l'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio per il governo e il coordinamento della rete territoriale sanitaria e socio-sanitaria, in continuità con quella ospedaliera. In quanto tale compete al distretto il coordinamento della rete AFT/UCCP esistente nel proprio ambito territoriale e l'integrazione fra tale rete e le strutture di comunità come precedentemente descritte (Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali).

Il Distretto costituisce inoltre la sede per la gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, deve garantire:

- a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;
- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

A seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il Distretto opera sia come committente che come gestore.

La nuova formula organizzativa dell'assistenza sanitaria (AFT/UCCP) è funzionale ad un Distretto Sanitario, che gestisce pro-attivamente la salute della comunità di riferimento e che può avvalersi, per qualsiasi livello di assistenza erogata, dei servizi e dell'integrazione delle diverse professionalità aziendali nel rispetto delle singole professionalità e specificità.

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 e sono soggetti ai meccanismi di contrattazione previsti dalla normativa e dagli AIR.

11.CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo.

Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie si impegnano a definire gli Accordi Integrativi. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA), specifica i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale, tenuto conto anche della programmazione regionale.

La programmazione regionale finalizzerà gli AAIRR alle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di performance, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini e tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari.

12. INDIRIZZI PER LA STESURA DELL'AIR

Il livello di negoziazione regionale, in particolare l'Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri

concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto dall'articolo 4 degli Accordi Collettivi Nazionali, nonché le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo. Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali entro il termine di cui all'articolo 8, comma 3, dell'ACN-MMG e dell'ACN-PDLS, ed entro il termine di cui all'articolo 8, comma 3, dell'ACN-SP.

La Regione Piemonte, in relazione al quadro normativo vigente, riconosce che il Sistema Sanitario nel suo complesso garantisce la risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel rispetto dei principi etici e ritiene di avviare una forte innovazione nell'organizzazione e nella gestione in ordine al nuovo ruolo del territorio.

È necessario, pertanto, pervenire ad un sistema di cure primarie integrato a partire dal primo intervento, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero e/o di prestazioni specialistiche.

Va costruita, a tal fine, un'organizzazione sanitaria integrata nel territorio capace di individuare e di intercettare, maggiormente ed ancor più efficacemente, il bisogno di salute dei cittadini, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunità di accesso ai servizi attraverso la costruzione dei percorsi di salute e diagnostici terapeutici ed assistenziali secondo modalità che assicurino tempestivamente al cittadino l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali e ospedalieri.

In modo particolare il livello di negoziazione regionale definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati.

13. INDIRIZZI PER LA STESURA DEGLI AAA

Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA), specifica i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale, tenuto conto anche della programmazione di cui all'articolo 13 dell'ACN-MMG e dell'ACN-PDLS.

Il livello negoziale aziendale definisce i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

Nel corso dell'emergenza pandemica alcune criticità si sono ovviamente rese ancora più evidenti, impattando in un modello organizzativo e culturale in fase di progressivo sviluppo ma non ancora adeguato rispetto all'obiettivo di garantire risposte integrate e coordinate fra i diversi livelli istituzionalmente coinvolti, ai fini della presa in carico complessiva delle persone, superando la frammentarietà degli interventi e perseguendo invece la continuità delle cure e dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, in relazione agli effettivi bisogni a cui far fronte.

In tale ambito è da garantire su tutto il territorio la erogazione ai cittadini dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

14. INDIRIZZI PROGRAMMATORI GENERALI PER LE AFT E LE UCCP

Premesso l'attuale contesto in cui si articola l'assistenza territoriale piemontese e per far fronte alla disomogeneità di erogazione, è evidente come a partire dalla D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015, e successivamente dalla D.G.R. n.3-4287/2016 (Case della Salute) siano state impostate le basi per l'avvio del percorso di riqualificazione della rete territoriale sanitaria, socio-sanitaria e dell'assistenza primaria, secondo gli indirizzi strategici della programmazione regionale e nazionale in materia.

Le principali sfide sulle quali il sistema sanitario regionale intende concentrare la propria attenzione, individuando le idonee soluzioni, sono le seguenti:

a) le interazioni per la presa in carico complessiva della persona in modo coordinato:

-nella prospettiva dell'integrazione fra la rete territoriale e quella ospedaliera e dell'emergenza;

-nella ridefinizione del ruolo del distretto come già delineato dalla D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015, quale articolazione trasversale dell'ASL per garantire le continuità nei percorsi assistenziali destinati, in particolare, a migliorare le attività di prevenzione e a rispondere ai bisogni propri delle patologie croniche e delle condizioni di fragilità socio-sanitarie;

b) lo sviluppo del processo di evoluzione delle cure primarie:

- nella direzione della medicina d'iniziativa, fondamentale per fornire una risposta complessiva ed appropriata soprattutto a favore delle patologie croniche e di quelle nuove ed emergenti che la pandemia ha slantizzato e che hanno interessato gli anziani, le fasce più deboli e l'età evolutiva; un migliore trattamento delle patologie croniche si concretizza in una riduzione dei tempi diagnostico consentendo la stabilizzazione terapeutica e prevenendo le acutizzazioni ed il conseguente impatto sull'assistenza ospedaliera, con particolare riferimento alle fasce di popolazione più a rischio, quali anziani e disabili e, in genere, persone affette da pluripatologie;

- nella propensione a "fare rete" nell'ambito dei distretti e/o sub-distretti, sia fra gli stessi professionisti, sia fra MMG/PLS, rete distrettuale e rete specialistica dell'ASL.

Al fine di affrontare tali sfide, la programmazione regionale è strategicamente orientata verso le seguenti direzioni:

a) dare impulso organizzativo al Distretto, quale articolazione trasversale dell'ASL per il governo complessivo della rete territoriale e, nel suo ambito, delle cure primarie, in collegamento con la rete ospedaliera al fine di creare ed attuare percorsi di salute e diagnostico-terapeutici ed assistenziali per valorizzare la continuità tra Ospedale e Territorio;

b) promuovere l'attivazione della rete UCCP/AFT, come prevista dalla vigente normativa nazionale, quale essenziale strumento organizzativo e funzionale atto a garantire la copertura capillare del territorio distrettuale da parte di un sistema di cure primarie operante prioritariamente con metodi fondati sulla sanità d'iniziativa e sul lavoro coordinato, sia a livello monoprofessionale, nell'ambito dell'AFT, sia a livello multiprofessionale, nell'ambito dell'UCCP. Al riguardo si richiama l'apposito capitolo ricompreso al punto 3 del D.M. 77/2022 dal titolo "La Sanità di Iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza".

La rete UCCP/AFT, capillarmente diffusa sul territorio distrettuale, sulla base degli standard previsti dalla normativa nazionale vigente, governata dal Distretto e collegata alla rete delle Case della Comunità (una volta realizzate) e/o delle attuali Case della Salute, è destinata a rappresentare la prima risposta del SSR ai bisogni di cure primarie espressi dal cittadino e della comunità locale.

Ai sensi della normativa vigente i medici di medicina generale operano all'interno del nuovo assetto definito e aderiscono, secondo quanto previsto dall'articolo 6 dell'ACN-MMG, al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.

Le Regioni definiscono ai sensi della normativa vigente gli atti di programmazione volti a istituire forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, osservando i criteri generali come sopra richiamati al punto 2.

La Regione valuta la possibilità di integrare nelle AFT della specialistica ambulatoriale e nelle UCCP anche i veterinari di cui al presente Accordo per attività correlate alla prevenzione. In tal caso i veterinari interessati operano obbligatoriamente nelle nuove forme organizzative.

L'attuazione di quanto precedentemente previsto deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali, da perfezionarsi entro la specifica tempistica stabilita.

I parametri di riferimento per l'individuazione della tipologia di AFT sono, a titolo indicativo:

-
- la densità residenziale (alta, media, bassa) rapportata al numero dei residenti nel territorio di competenza;
 - i dati epidemiologici e demografici relativi al territorio medesimo;
 - le “caratteristiche geomorfologiche” delle zone interessate;
 - i “presidi sanitari territoriali pubblici già esistenti”;
 - il “sistema viario esistente”;
 - il “sistema di trasporto pubblico” e dei tempi di percorrenza tra zone diverse;
 - le eventuali “zone disagiate” esistenti sul territorio.

Evoluzione verso le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria: AFT e UCCP

Le forme aggregative AFT e UCCP sono destinate rispettivamente a garantire, nel disegno organizzativo regionale, attività funzionale ed erogativa dell'assistenza primaria in forma capillarmente diffusa su tutto il territorio, migliorando l'accessibilità dei cittadini al sistema sanitario e socio-sanitario ed ottimizzando la gestione del paziente e dei suoi percorsi assistenziali in forma collaborativa ed integrata con le altre funzioni e attività correlate che condividono funzionalmente.

Sulla base delle disposizioni previste dalla vigente normativa nazionale e dall'ACN, art. 8, nell'ambito dell'assetto organizzativo determinato dalla programmazione regionale, le attuali forme associative dei medici convenzionati confluiscono nelle uniche forme aggregative AFT/UCCP al fine di ottimizzare la risposta fornita dall'articolazione delle cure primarie sul territorio regionale secondo le modalità e le soluzioni previste dagli specifici AIR.

Il principio fondamentale alla base di tale rete è quello del raccordo funzionale e professionale a garanzia dei percorsi di salute complessivi dei pazienti: la UCCP offre servizi in continuità con le AFT e queste ultime fanno riferimento all'UCCP per le funzioni a maggiore complessità e/o che richiedono approfondimenti diagnostico-specialistici e/o interventi afferenti all'area socio-sanitaria.

Il principio di adesione obbligatoria dei medici convenzionati MMG e PDLS alla della rete UCCP/AFT è prevista, a livello nazionale, dalla legislazione emanata nel corso dell'ultimo decennio come richiamata al precedente punto 3.

In particolare:

- a) la L. 189/2012, all'art. 1, prevede l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo definito a livello regionale e nazionale;
- b) i Patti per la Salute emanati successivamente alla suddetta legge, ultimo dei quali il Patto per la Salute 2019-2021, sancito in Conferenza Stato-Regioni il 18.12.2019, nella Scheda n.8 sotto la voce “Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale” ribadisce l'esigenza di procedere al “completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone”;
- c) l'ACN della medicina generale sancito in Conferenza Stato Regioni il 28.4.2022 demanda alla Regione il compito di definire l'assetto organizzativo dell'assistenza primaria (art. 2) nel quale i MMG operano “quale condizione irrinunciabile per l'accesso e il mantenimento della convenzione” (art. 8, comma 1). L'art. 8 comma 2 demanda inoltre alla Regione l'adozione degli atti di programmazione volti a istituire la rete AFT e a definire le modalità di partecipazioni dei medici alle UCCP, funzionalmente collegate alle AFT. L'attuazione di quanto previsto in tali atti programmatori regionali dovrà poi avvenire “a seguito dei nuovi A.I.R.” (art. 8, comma 3);
- d) l'ACN della specialistica ambulatoriale sancito in Conferenza Stato Regioni il 20.05.2021 demanda alla Regione il compito di definire l'assetto organizzativo dell'assistenza primaria nella quale gli Specialisti Ambulatoriali Interni, i Professionisti e i Veterinari operano. *La Regione definisce gli atti di programmazione inerenti le forme organizzative (AFT – UCCP)*

comunque denominate a livello regionale, prevedendone l'inserimento negli atti aziendali.(art. 6, comma 2);

e) il D.M. 77/2022, ad un decennio dall'adozione della L.189/2012, ribadisce il carattere obbligatorio della partecipazione al modello organizzativo fondato sulla rete hub&spoke delle Case della Comunità da parte dei medici convenzionati operanti nel sistema delle cure primarie e delle rispettive forme di aggregazione (rif. punto 5 tabella 6). Il punto 5 inoltre specifica espressamente che *"tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali"*.

Funzioni e sedi AFT/UCCP

L'UCCP è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT ed i MMG/PDLS/SAI che le compongono.

Con la D.G.R. n. 4-4628 dell'11.2.2022 "Approvazione della programmazione relativa: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Proposta al Consiglio regionale" e con la successiva D.C.R. n. 199-3824 del 22.2.2022 "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali" è stata definita la localizzazione dei siti delle Strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL): 91 Case della Comunità, 30 Ospedali di Comunità e 43 Centrali Operative Territoriali come presupposto per lo sviluppo del futuro assetto organizzativo territoriale.

Secondo il DM 77/2022 la CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi socio-sanitari. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali.

L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio, di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza. I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano anche all'interno delle CdC, provvedendo a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24, secondo la disciplina da definirsi in sede di AIR.

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- a) l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- b) la risposta e la garanzia di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- c) la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'Équipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale e con il Dipartimento Materno Infantile;
- d) la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- e) la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;

-
- f) la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
 - g) la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
 - h) l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali anche in ambito di età evolutiva;
 - i) la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

Le UCCP rappresentano nella Regione Piemonte l'evoluzione, secondo un modello a rete capillarmente diffuso sul territorio, delle forme organizzative multiprofessionali già sperimentate su alcune aree distrettuali (es. Case della Salute) e si sviluppano in strutture accessibili e fruibili da parte degli utenti, individuate dalle ASL, in ambito distrettuale, nel seguente ordine di priorità:

- a) case della salute/case della comunità;
- b) presidi ospedalieri e territoriali aziendali oggetto di riconversione;
- c) poliambulatori distrettuali;
- d) altre strutture aziendali, comunali o comunque pubbliche.

La CdC, in quanto riferimento per le UCCP, garantisce in particolare la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e anche mediante modalità di telemedicina, tele assistenza e relative competenze professionali, l'erogazione dei seguenti servizi:

- a) Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- b) presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale, attraverso gli strumenti messi a disposizione degli ACN e AIR (attraverso gli studi medici presenti sul territorio);
- c) presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- d) punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- e) punto prelievi;
- f) servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità nelle diverse fasce di età con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
- g) servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- h) servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- i) Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso PLS, i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- l) attività di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione;
- m) sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- n) servizio di assistenza domiciliare;

o) partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;

p) integrazione con i servizi sociali.

Entro sei mesi dalla data dell'approvazione dell'AIR, le ASL effettuano una ricognizione delle strutture già operanti a livello distrettuale rispetto alle quali è possibile prevedere la progressiva riconversione o riallocazione presso l'UCCP.

Le singole UCCP potranno avere una complessità organizzativa e prestazionale diversa a seconda del contesto in cui gravitano. In relazione all'andamento della sperimentazione regionale, come risultante dal monitoraggio dei risultati conseguiti a fronte degli obiettivi previsti nell'ambito dei Programmi Operativi regionali e tenendo conto delle specificità del territorio regionale, viene definito a livello aziendale/distrettuale il percorso di riconversione delle CS in UCCP, salvaguardandone il patrimonio operativo e di servizi garantiti ai cittadini.

Infine per rispondere alle differenti esigenze territoriali, senza disperdere la capillarità della presenza degli studi medici di cure primarie, viene prevista la costituzione di una rete di assistenza territoriale definita secondo il modello hub&spoke: tale modello organizzativo viene programmato a livello aziendale e distrettuale e monitorato a livello regionale, anche utilizzando progetti già esistenti.

Attività effettuate e prestazioni erogabili

Nell'ambito dell'UCCP vengono effettuate, in generale, le seguenti attività:

a) assistenza primaria (MMG/PDLS), tramite le relative AFT alla stessa funzionalmente collegate, negli orari diurni 8-20;

b) continuità assistenziale (ex guardia medica) con orario durante le ore notturne 20-8, nei giorni festivi 8-20 e prefestivi come da accordi vigenti;

c) attività specialistica ambulatoriale, da individuare sulla base dei bisogni dei pazienti relativi allo specifico bacino d'utenza;

d) diagnostica strumentale di primo livello a supporto dell'attività dei medici operanti nell'ambito della rete UCCP/AFT, anche correlate al percorso di presa in carico del paziente e all'erogazione di PDTA per patologie croniche;

e) punto prelievi;

f) servizi infermieristici ambulatoriali, territoriali e domiciliari, in rapporto numerico da individuare sulla base dei bisogni di salute, delle attività istituite e dei modelli organizzativi e assistenziali orientati ad un approccio proattivo nella gestione di persone con patologie croniche;

g) sportello unico socio-sanitario (con la presenza e l'integrazione con i servizi sociali), operante secondo le modalità di raccordo con la rete dei servizi socio-assistenziali.

Le prestazioni erogabili dall'UCCP si distinguono in:

a) prestazioni ordinarie di assistenza primaria, come previste e disciplinate dall'ACN e dagli AIR, erogate tramite le reti AFT funzionalmente collegate, per la presa in carico dei pazienti;

b) prestazioni sanitarie ambulatoriali (diagnostiche/specialistiche), riconducibili alle classi di priorità previste dalla vigente normativa regionale;

c) prestazioni sanitarie programmate a favore di pazienti fragili affetti da patologie croniche;

d) prestazioni dell'area socio-sanitaria, con particolare riferimento alle cure domiciliari e all'assistenza residenziale, tramite le AFT funzionalmente collegate e nell'ambito degli obiettivi e dell'organizzazione definita a livello aziendale e distrettuale.

15. PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLE AFT

Le Aggregazioni funzionali territoriali sono definite quali reti monoprofessionali che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi (L. 189/2012, art. 1, co.1).

Si richiama nei punti seguenti la disciplina prevista per le UCCP negli AA.CC.NN. per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta scelta e per gli specialisti ambulatoriali interni.

Medici di medicina generale

Le AFT, di cui all'articolo 1 del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella Legge 8 novembre 2012, n. 189, sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.

Le AFT condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, secondo quanto previsto all'articolo 8 dell'ACN-MMG.

La AFT garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa, ed è costituita da medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria.

L'istituzione della AFT garantisce la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nell'ambito dei modelli organizzativi regionali.

La AFT è priva di personalità giuridica. I medici partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative; in ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni mediche proprie del medico di medicina generale regolamentate dal presente Accordo e dagli accordi decentrati.

I compiti essenziali della AFT sono:

- a) assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti ai sensi dell'articolo 46;
- b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- c) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.

La AFT realizza i compiti di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo regionale, in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

L'Accordo integrativo Regionale può integrare compiti e funzioni delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico assicurata alla popolazione di riferimento.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali di cui alla all'articolo 3-quater, comma 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali, costituisce un elemento per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale.

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale.

Medici pediatri di libera scelta

Ai sensi della normativa vigente i pediatri di libera scelta operano all'interno del nuovo assetto definito dall'articolo 2, comma 3 dell'ACN-PDLS e aderiscono al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.

Le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono gli atti di programmazione volti a istituire le forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie) osservando i seguenti criteri generali:

- a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
- b) istituzione delle UCCP come forme organizzative multi professionali del Distretto tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure;
- c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP, anche tramite idonei sistemi informatici senza oneri a carico dei pediatri di libera scelta.

La attuazione di quanto previsto dal precedente comma deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali da perfezionarsi entro dodici mesi decorrenti dalla definizione degli atti di programmazione di cui al comma 2 del medesimo articolo.

La AFT garantisce l'assistenza pediatrica, come previsto al successivo comma 6, su un ambito territoriale, riferito alla popolazione 0-14 anni, definito dall'Azienda per ogni Distretto in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio.

Con la istituzione della AFT è comunque garantita la diffusione capillare degli studi dei pediatri di libera scelta nell'ambito dei modelli organizzativi regionali.

La AFT è priva di personalità giuridica. I pediatri partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative. In ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni mediche.

Le funzioni essenziali della AFT sono:

- a) assicurare l'erogazione a tutti gli assistiti che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- b) realizzare nel territorio del Distretto l'assistenza pediatrica nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20, comunque da definire con accordi regionali. La Regione, con l'adozione dell'AIR, determina le modalità per garantire il servizio tramite il coordinamento dell'apertura degli studi, ivi compresa la consulenza telefonica/contattabilità telefonica dei pediatri limitatamente ad alcune ore della giornata;
- c) promuovere attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce e percorsi di gestione delle patologie croniche, anche coordinandosi con le AFT della medicina generale;
- d) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso la popolazione assistita;
- e) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- f) concorrere alla realizzazione degli obiettivi previsti dalla programmazione regionale ed aziendale;
- g) promuovere funzionalmente la condivisione fra i pediatri di libera scelta di percorsi assistenziali, anche in coordinamento con le strutture sanitarie del S.S.R., con le UCCP e con le AFT della medicina generale e della specialistica ambulatoriale secondo il modello organizzativo previsto nel nuovo AIR, per la gestione delle patologie acute e croniche. A tal fine possono essere previste AFT con una sede di riferimento.

La AFT realizza le funzioni di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo regionale, in raccordo con la UCCP di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

I pediatri di libera scelta, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina d'iniziativa, ed in particolare operano per:

- a) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, da quelli con patologia cronica di cui all'articolo 4, comma 1, lettera a) e bisogni assistenziali complessi. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei pediatri di libera scelta;
- b) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare, con il supporto e in raccordo con il Distretto e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

L'organizzazione della AFT degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e dei professionisti prevede che i suoi componenti operino presso le sedi indicate dall'Azienda, le UCCP ovvero presso le sedi delle AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta.

I compiti essenziali della AFT sono:

- a) assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- b) partecipare alla realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza, ivi compresi i percorsi assistenziali, i percorsi integrati ospedale-territorio e le dimissioni protette, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- c) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
- d) promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- e) contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance;
- f) partecipare alla diffusione dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di peer review;
- g) partecipare alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

La AFT realizza i compiti di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo aziendale, attraverso:

- a) il concorso alla realizzazione degli obiettivi distrettuali/aziendali;
- b) il processo di valutazione congiunta dei risultati ottenuti e la socializzazione dei medesimi anche attraverso audit clinici ed organizzativi;
- c) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione secondo le previsioni dell'AIR e a progetti di ricerca concordati e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
- d) il pieno raccordo con le UCCP di riferimento, alle quali la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multi-professionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione degli specialisti

ambulatoriali, dei veterinari di cui all'articolo 6, comma 3, dell'ACN-PDL, e dei professionisti delle AFT con il personale operante nelle UCCP.

La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti in sede aziendale e concordati tra le parti, costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei componenti della stessa AFT.

Le Regioni possono integrare compiti, funzioni ed obiettivi delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale, sentite le OO.SS., sulla base della programmazione regionale.

Medici specialisti ambulatoriali

Gli specialisti ambulatoriali e i professionisti operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.

Le Regioni definiscono gli atti di programmazione inerenti le forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie), comunque denominate a livello regionale.

Le Regioni valutano la possibilità di integrare nelle AFT della specialistica ambulatoriale e nelle UCCP anche i veterinari di cui al presente Accordo per attività correlate alla prevenzione. In tal caso i veterinari interessati operano obbligatoriamente nelle nuove forme organizzative.

Le AFT di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189 sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione, tenuto conto della consistenza dell'offerta specialistica esistente nelle varie specialità e della potenziale domanda. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

La AFT contribuisce a garantire l'assistenza attraverso la collaborazione con le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP del Distretto.

L'organizzazione della AFT degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'articolo 6, comma 3, dell'ACN-SP, e dei professionisti prevede che i suoi componenti operino presso le sedi indicate dall'Azienda, le UCCP ovvero presso le sedi delle AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta.

I compiti essenziali della AFT sono:

- a) assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- b) partecipare alla realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza, ivi compresi i percorsi assistenziali, i percorsi integrati ospedale-territorio e le dimissioni protette, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- c) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
- d) promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- e) contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance;
- f) partecipare alla diffusione dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di peer review;

g) partecipare alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

La AFT realizza i compiti di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo aziendale, attraverso:

- a) il concorso alla realizzazione degli obiettivi distrettuali/aziendali;
- b) il processo di valutazione congiunta dei risultati ottenuti e la socializzazione dei medesimi anche attraverso audit clinici ed organizzativi;
- c) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di riferimento previste;
- d) il pieno raccordo con le UCCP di riferimento, alle quali la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multi-professionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'articolo 6, comma 3, dell'ACN-SP e dei professionisti delle AFT con il personale operante nelle UCCP. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti in sede aziendale, costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei componenti della stessa AFT.

Le Regioni possono integrare compiti, funzioni ed obiettivi delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico.

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale, sentite le OO.SS., sulla base della programmazione regionale.

Sulla base del contesto epidemiologico descritto in precedenza, la Regione Piemonte implementa le AFT degli Specialisti Ambulatoriali Interni nella rete di assistenza specialistica territoriale che possa garantire un'assistenza specialistica di prossimità in particolar modo per la cronicità nei vari setting assistenziali previsti dal D.M. 77/2022.

In ogni Azienda sono pertanto istituite, su base distrettuale, le AFT degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e delle altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.

L'attività assistenziale delle AFT dovrà quindi essere parametrata e proporzionata principalmente alla densità demografica territoriale ed alle patologie ricorrenti sul territorio prevedendone almeno una per ogni Distretto, secondo il dimensionamento definito dagli atti normativi di riferimento.

Ai sensi dell'art. 3, comma 7, dell'ACN-SP sarà determinato preventivamente dalle Aziende il fabbisogno di ore di specialistica convenzionata interna in collaborazione con i comitati zonali ai sensi dell'articolo 18 comma 5 del medesimo Accordo.

16. PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLE UCCP

Si richiama nei punti seguenti la disciplina prevista per le UCCP negli AA.CC.NN. per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta e per la specialistica ambulatoriale interna.

Medici di medicina generale

La forma organizzativa multiprofessionale UCCP opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità. Essa

persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN-MMG e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.

Tale forma organizzativa garantisce il carattere multiprofessionale attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. La Regione definisce per le eventuali sedi dislocate nel territorio il livello di complessità organizzativo-strutturale, anche minimo, in relazione a specifiche caratteristiche geografiche.

Ogni AFT è collegata funzionalmente alla propria forma organizzativa multiprofessionale di riferimento. I medici del ruolo unico di assistenza primaria si raccordano tramite le AFT alle attività della forma organizzativa multiprofessionale nel rispetto della programmazione regionale. Ferma restando la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, le Regioni, in relazione a specifiche caratteristiche demografiche e/o geografiche, possono prevedere la istituzione della AFT presso la sede della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.

La forma organizzativa multiprofessionale realizza i propri compiti attraverso:

- a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
- b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
- c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della forma organizzativa multiprofessionale sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dai medici di cui al presente Accordo operanti all'interno della forma organizzativa multiprofessionale costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi medici. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera forma organizzativa multiprofessionale, come previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera b-ter del D.Lgs. 502/1992 modificato dalla L. 189/2012.

Medici pediatri di libera scelta

La UCCP rappresenta la forma organizzativa multiprofessionale che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN-PDLS e definito dalla Regione nell'ambito dell'AIR. Opera, inoltre, in continuità con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.

La UCCP garantisce il carattere multiprofessionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Ogni AFT è collegata funzionalmente alla UCCP di riferimento. I pediatri di libera scelta si raccordano tramite il coordinamento della AFT alle attività della UCCP nel rispetto della programmazione regionale in tema di percorsi di assistenza specifica per l'età pediatrica.

La UCCP realizza i propri compiti attraverso:

- a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;

b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale condivisa e con le finalità di cui al comma precedente;

c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dai pediatri di libera scelta, operanti all'interno della UCCP, costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi pediatri. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda Sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera UCCP, come previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera b-ter del D.Lgs. 502/1992, modificato dalla L. 189/2012.

In tale ambito le UCCP sono da utilizzare anche per strutturare percorsi complessi che utilizzano più figure già inserite in ambito sanitario.

Medici specialisti ambulatoriali interni

La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN-SP e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multi-professionale, ai bisogni di salute complessi.

La UCCP garantisce il carattere multi-professionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria e, ove previsto ai sensi dell'articolo 6, comma 3, dei veterinari.

La partecipazione degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e dei professionisti alle attività della UCCP è obbligatoria ed è regolata dalla programmazione regionale.

Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 ed i professionisti operanti all'interno della UCCP devono impegnarsi nello svolgimento dei seguenti compiti:

a) assicurare l'accesso degli assistiti ai servizi della UCCP in integrazione con il team multiprofessionale, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;

b) garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi, di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti va perseguita l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello;

c) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i Distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

d) garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza e i servizi socio-sanitari.

La UCCP realizza i compiti di cui al precedente comma attraverso:

a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;

b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;

c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dagli specialisti ambulatoriali, dai veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e dai professionisti all'interno della UCCP costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda 20/129 Sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera UCCP, come previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera b-ter del D.Lgs. 502/1992, modificato dalla L.189/ 2012.

Il coordinatore di UCCP

In relazione alla figura del coordinatore di UCCP, si richiama espressamente la disciplina prevista dagli AA.CC.NN. per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta e per gli specialisti ambulatoriali interni, come di seguito riportata.

Medici di medicina generale

L'Azienda individua il coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) tra le figure professionali operanti nell'Azienda stessa attraverso un avviso pubblico.

Per i medici del ruolo unico di assistenza primaria la procedura di designazione del coordinatore dovrà tener conto dei seguenti criteri:

- a) il coordinatore deve espressamente accettare l'incarico, essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
- b) l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
- c) il candidato deve disporre di un adeguato curriculum che evidenzi competenze in assistenza territoriale, organizzazione dei processi di cura, governo clinico e integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale;
- d) l'incarico ha una durata di norma triennale.

Al coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale sono affidate, in particolare, le funzioni di:

- a) collaborazione con il Distretto alla organizzazione dei percorsi assistenziali;
- b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
- c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.

Il coordinatore predispose annualmente la relazione dell'attività svolta dalla forma organizzativa multiprofessionale per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base degli indicatori di processo e di risultato definiti dall'Azienda sulla base delle priorità regionali.

Al coordinatore di UCCP di cui al comma 1 è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore", il cui onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II, dell'ACN-MMG.

Il Direttore Generale dell'Azienda nomina il coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale, ne valuta annualmente i risultati e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati".

Sulla base della suddetta disciplina di cui all'art. 10 dell'ACN-MMG, nel modello organizzativo di riordino della rete territoriale definito a livello regionale in attuazione del D.M. 77/2022, il coordinatore dell'UCCP riveste il ruolo di:

- a) garante dell'organizzazione operativa dell'UCCP stessa, al fine di garantire la continuità e l'omogeneità dei percorsi di salute sul territorio distrettuale e la valutazione sistematica delle prestazioni erogate a fronte degli obiettivi stabiliti a livello distrettuale;
- b) interfaccia con la direzione di distretto, nonché con i servizi ospedalieri e quelli socio-assistenziali per tutte le attività relative alla garanzia dei percorsi di salute complessivi dei pazienti in carico;
- c) referente per la direzione del Distretto per quanto attiene alla gestione degli aspetti organizzativi e logistici relativi al funzionamento dell'UCCP.

In particolare il coordinatore dell'UCCP:

- a) in collaborazione con il direttore del Distretto definisce la programmazione annuale dell'attività dell'UCCP, con l'individuazione degli obiettivi da perseguire a fronte delle risorse assegnate, in coerenza con la programmazione regionale, aziendale e distrettuale, nonché gli indicatori e le modalità di verifica dei risultati di processo e di esito;
- b) assicura il coinvolgimento di tutti gli operatori dell'Équipe multiprofessionale per il raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati in ambito distrettuale;
- c) d'intesa con il Distretto promuove la formazione continua fra gli operatori dell'UCCP, con particolare riferimento all'orientamento verso la multiprofessionalità e verso la gestione integrata dei percorsi di salute e diagnostico-terapeutico-assistenziali.

Medici pediatri di libera scelta

Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra i pediatri di libera scelta operanti nell'ambito della stessa, la procedura di designazione del coordinatore dovrà tener conto dei seguenti criteri:

- a) il coordinatore deve espressamente accettare l'incarico, essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
- b) l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
- c) il candidato deve aver maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale;
- d) l'incarico ha una durata di norma triennale.

Al coordinatore di UCCP sono affidate, in particolare, le funzioni di:

- a) collaborazione con il Distretto all'organizzazione dei percorsi assistenziali;
- b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
- c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.

Il coordinatore predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dall'UCCP per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base degli indicatori di processo e di risultato definiti dall'Azienda.

Al coordinatore di UCCP di cui al comma 1 è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore" il cui onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 44, comma 1, lettera B, punto II, dell'ACN-PDLS.

Il Direttore Generale dell'Azienda nomina il coordinatore di UCCP, ne valuta annualmente i risultati e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Sulla base della suddetta disciplina contrattuale, nel modello organizzativo di riordino della rete territoriale definito a livello regionale in attuazione del D.M. 77/2022, si richiamano in analogia le medesime disposizioni previste al punto precedente (MMG) per il coordinatore dell'UCCP.

Medici specialisti ambulatoriali interni

Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'articolo 6, comma 3, dell'ACN-SP, o i professionisti operanti nell'ambito della stessa la procedura di designazione del coordinatore dovrà seguire analoghi criteri e modalità già previsti nella designazione del referente di AFT.

Il coordinatore deve essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per almeno tre anni. L'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza; il candidato deve inoltre aver maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale, compresa la responsabilità di branca.

Al coordinatore di UCCP possono essere affidate, in particolare, le funzioni di:

- a) organizzazione dei percorsi assistenziali, coordinamento organizzativo e dell'attività clinica;
- b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
- c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.

Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, valuta annualmente i risultati del coordinatore di UCCP e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Sulla base della suddetta disciplina prevista dall'art. 10 dell'ACN, nel modello organizzativo di riordino della rete territoriale definito a livello regionale in attuazione del D.M. 77/2022, si richiamano in analogia le medesime disposizioni previste al punto precedente (MMG) per il coordinatore dell'UCCP.

17. CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

Il collegamento fra la rete AFT/UCCP e le altre reti aziendali viene condiviso e disciplinato attraverso la funzione distrettuale di interfaccia e di coordinamento, nell'ambito di appositi protocolli operativi che coinvolgono:

- a) l'area specialistica ambulatoriale e ospedaliera, con l'obiettivo di definire percorsi integrati fra le aree specialistiche ambulatoriali del distretto e dell'ospedale in modo tale da garantire la presa in carico e la continuità assistenziale del paziente e assicurare lo sviluppo dei PSDTA a favore della popolazione fragile e/o affetta da patologie croniche;

b) l'area socio-sanitaria, per la garanzia dell'erogazione delle prestazioni afferenti all'area dell'integrazione, con particolare riferimento alla domiciliarietà e residenzialità per persone non autonome e/o non autosufficienti;

c) l'area dell'assistenza farmaceutica territoriale per le attività previste nell'ambito del progetto della "farmacia dei servizi".

Altro collegamento fondamentale è quello con la rete della emergenza ed urgenza.

La rete UCCP/AFT è anche destinata ad intercettare quelle situazioni che presentano problematiche risolubili in forma più appropriata a livello ambulatoriale tramite la rete dell'assistenza primaria coordinata con la rete specialistica aziendale.

Per l'efficace operatività di tale collegamento devono essere definiti a livello aziendale o interaziendale protocolli condivisi che disciplinino l'interfaccia fra la rete delle cure primarie, articolata nelle UCCP e relative AFT ed il sistema di emergenza/urgenza, garantendo la netta separazione dei percorsi e la condivisione del fascicolo sanitario del paziente.

Per i pazienti che presentano sintomatologie tali da non escludere un possibile rischio evolutivo e quindi la necessità di trattamenti urgenti e/o complessi, la rete UCCP/AFT attiva la rete dell'emergenza/urgenza che espletterà l'intervento secondo i protocolli operativi vigenti, per la stabilizzazione e per l'eventuale ospedalizzazione presso la struttura più idonea, per il proseguimento delle cure in considerazione del quadro clinico evidenziato.

Molto importante è anche il coinvolgimento del volontariato non solo attraverso le strutture partecipative aziendali (es. Conferenza di partecipazione), 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).

18. FLUSSI INFORMATIVI, SISTEMI INFORMATICI ED INFORMATIVI

Secondo il DM 77/2022 *"tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Si tratta, quindi, di rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei sistemi regionali, infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, ecc.) regionali (FSE, CUP, ecc.), nonché con le soluzioni di telemedicina.*

I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

a) produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;

b) integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonché dei Piani Terapeutici Elettronici;

c) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, HOSPICE, ecc.), nonché assicurare la necessaria evoluzione applicativa per la produzione dei flussi informativi di prossima attivazione (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e cure primarie); la piattaforma potrà utilizzare le componenti software (Software Developer Toolkit - SDK) messe a disposizione

dal Ministero della salute, nell'ambito NSIS, per facilitare l'interoperabilità e la standardizzazione della semantica delle applicazioni IT a livello locale;

d) interoperare con il repository centrale del FSE al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;

e) interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.”

19. TELEMEDICINA

Secondo il DM 77/2022 “la telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo, se inclusa in una rete di cure coordinate, l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.”

Il D.M. 77/2022 riporta inoltre che “la telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici; Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, ecc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal “Patto per la Salute 2019-2021”.

L'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, è riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016. Del resto, l'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.”

20. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE

La legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, all'articolo 1, prevede che “La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto della salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative”.

La “gestione del rischio clinico” è uno degli interventi del “governo clinico” per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di

identificare, analizzare, valutare, trattare e monitorare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Con la D.D. 21 marzo 2019, n. 208 "Istituzione del Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente ai sensi dell'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017 n. 24", è stato istituito coordinamento regionale nello specifico ambito.

Con la successiva D.D. 21 ottobre 2020, n. 1223 "Approvazione del Programma regionale per la gestione del rischio clinico 2020-2022." è stato definito il Programma regionale per la gestione del rischio clinico per le annualità 2020-2022, con i seguenti obiettivi: consolidare il modello di gestione del rischio e delle denunce di sinistri definito a livello regionale, favorendo un approccio multidisciplinare; definire azioni per lo sviluppo, a livello aziendale, di interventi efficaci per la sicurezza di pazienti ed operatori sanitari; favorire lo sviluppo aziendale di buone pratiche; monitorare l'applicazione delle Raccomandazioni elaborate dal Ministero della Salute e delle linee di indirizzo regionale, anche tenuto conto degli adempimenti previsti dalla normativa nazionale.

21. MEDICINA DI INIZIATIVA

In merito alla Medicina di Iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza, il presente documento recepisce quanto riportato dal D.M. 77/2022. In particolare:

"La necessità di differenziare e contestualizzare le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, sulla base dei differenti bisogni, risulta dirimente alla luce delle evoluzioni sociali ed epidemiologiche del Paese. Una quota rilevante della popolazione italiana, 11,7% della popolazione ultra settantacinquenni (dati ISTAT 2020) è costituita da persone, solitamente anziane, spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure. Tali soggetti sono a rischio più elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari: accessi al Pronto Soccorso o ricovero in ospedale.

Per tale ragione, la condizione di fragilità, che può precedere l'insorgenza di uno stato più grave e irreversibile, dovrebbe essere individuata precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e sociosanitari e variabili di contesto. È altresì importante svolgere attività di prevenzione e promozione della salute sia nei soggetti sani, sia nei soggetti con condizioni di rischio, partendo dalla fasi più precoci della vita, contestualizzando gli interventi nei diversi setting e secondo un approccio intersettoriale e orientato all'equità.

La Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbosità.

Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere ovvero lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socio economiche e culturali e che tenga conto di tutti gli altri aspetti psico-comportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i setting assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati.

Gli strumenti della Sanità di Iniziativa sono: la presa in carico proattiva precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei

programmi diagnostici-terapeutici, il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es. familiari) (c.d. caregiver), lo snellimento delle attività burocratico-autorizzative.

La Sanità di Iniziativa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sulla promozione della salute. Attraverso i modelli della Sanità di Iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), e in collaborazione con Infermieri di famiglia o Comunità, i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver.

La Sanità di Iniziativa per la parte relativa alla prevenzione deve essere in linea con gli indirizzi del Dipartimento di Prevenzione.”

22. SISTEMA DI VALUTAZIONE

La messa in atto di un sistema governo e di di monitoraggio delle azioni di riorganizzazione è una fase fondamentale del sistema di sviluppo della rete sanitaria territoriale, secondo la logica audit-feedback. Gli elementi qualitativi e gli indicatori relative alle diverse aree di sviluppo sono raccolti ed elaborati per i vari aspetti, da quelli di bisogno a quelli di struttura, di processo, di risultato e di customer satisfaction e, in generale, di performance

La complessità dei sistemi sanitari, nei quali l'aumento esponenziale dei bisogni e l'evoluzione delle tecnologie determina un consumo crescente di risorse, richiede strumenti di governo e valutazione complessi, in grado di misurare i risultati con modalità multidimensionali. La valutazione della performance ha una valenza multidimensionale e comprende la misurazione della qualità delle cure erogate ma anche delle carenze nell'offerta e degli sprechi di risorse.

Gli indicatori di primo livello rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione della Rete negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

La maggior parte di questi indicatori vengono routinariamente calcolati dai flussi correnti e dal Programma Nazionale Esiti (PNE) e possono essere utilizzati anche ai fini del monitoraggio della Rete.

Gli indicatori di secondo livello non sono calcolabili direttamente a partire dai flussi informativi correnti, ma possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti e possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori proxy della valutazione dell'assistenza territoriale.

Attraverso le attività di valutazione e di audit sono periodicamente verificati, in un contesto multiprofessionale e multidisciplinare, sia nei contenuti che nella loro applicazione, le attività della Rete, i risultati raggiunti, lo sviluppo dei PSDTA, i protocolli e le procedure operative per il passaggio dei pazienti e delle relative informazioni tra i vari setting assistenziali.

L'attività di monitoraggio e di misurazione dei risultati deve consentire di mettere in evidenza eventuali aree di criticità, cui vanno rivolte le attività di miglioramento, da sottoporre anch'esse periodicamente a verifica e monitoraggio.

In questo contesto il monitoraggio del nuovo assetto dei servizi e delle attività territoriali previsto dal PNRR e dettagliato nel D.M. 77/2022 include la dimensione organizzativa, che fa riferimento a standard organizzativi e tecnologici, accanto alle dimensioni della qualità e dei risultati conseguiti.

Tale monitoraggio si connette con il “Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria” (NSG), introdotto in sostituzione della cosiddetta “Griglia di indicatori LEA”, con la quale è stata valutata l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza dal 2001 al 2019.

Il [D.M. 12 marzo 2019](#) "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020.

Altresì il PNE è sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario. Gli ambiti di valutazione sono, per quanto riguarda la funzione di produzione, le singole aziende ospedaliere/stabilimenti ospedalieri e, per quanto riguarda la funzione di tutela o committenza, le aziende sanitarie locali.

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

- a) elenco delle AFT;
- b) composizione delle AFT con dettaglio dei professionisti, delle ore di attività e delle sedi di erogazione;
- c) elenco delle UCCP, con il di riferimento delle AFT.

Il monitoraggio dell'attività viene invece effettuato utilizzando i flusso informativi istituzionali.

23. FASI ATTUATIVE

Premessa la suddetta normativa e sulla base degli atti programmatici regionali già attualmente in essere riguardo agli adempimenti attuativi del PNRR, il processo di evoluzione del sistema delle cure primarie verso il nuovo assetto organizzativo fondato sulla rete AFT/UCCP, coordinata e integrata con la rete delle strutture di comunità, si svolge attraverso le seguenti fasi attuative:

- a) Fase 1: transizione, su base distrettuale, delle forme organizzative monoprofessionali dei MMG e PdLS, di tipo funzionale attualmente configurate nelle Équipe territoriali, verso il modello dell'AFT come descritto, con l'assunzione delle relative funzioni e competenze;
- b) Fase 2: transizione, su base distrettuale, delle attuali forme associative delle cure primarie (associazioni, gruppi e reti) nell'ambito delle forme organizzative AFT; tale processo di transizione dovrà garantire comunque il collegamento operativo della forma associativa MMG/PLS con l'Équipe multiprofessionale operante nella struttura distrettuale ai fini della gestione integrata di tutti i percorsi di salute e diagnostico terapeutico-assistenziali per il trattamento delle patologie croniche (PSDTA);
- c) Fase 3: definizione del modello di coordinamento fra le AFT, capillarmente diffuse sull'intero territorio distrettuale e le forme organizzative a carattere multifprofessionale (UCCP/Case della Salute, Case di Comunità), allocate in uno o più ambiti del distretto e competenti per l'espletamento di servizi diagnostico-terapeutici di maggiore complessità e di competenza specialistica che non necessitano tuttavia di intervento ospedaliero;
- d) Fase 4: programmazione del processo d'integrazione dell'assetto territoriale delle cure primarie come definito ai punti precedenti con la rete delle Case di Comunità e Ospedali di Comunità in corso di attuazione, ai sensi del PNRR e secondo gli indirizzi previsti dal D.M. 77/2022 e dalla normativa regionale di recepimento ed attuazione.

I termini e le modalità attuative del suddetto percorso di transizione saranno definiti nell'ambito degli AIR dei medici di medicina generale, dei medici pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali interni.

Sulla base dello schema tipo regionale le ASL definiranno la proposta di piano progettuale relativa all'articolazione del nuovo modello organizzativo in ciascun ambito aziendale e distrettuale, sulla base delle specificità territoriali e dei rispettivi fabbisogni, in attuazione delle presenti linee d'indirizzo ed in coerenza con la programmazione già adottata riguardo alla rete delle strutture di prossimità previste dal PNRR, Missione 6, nella tipologia delle Case della Comunità e Ospedali di Comunità.

Altresì sulla base degli indirizzi contenuti nel presente provvedimento e della normativa nello stesso richiamata, nonché sulla base delle modalità attuative che verranno definite negli AIR, ciascuna ASL provvederà a definire un piano di transizione verso il nuovo modello di riordino delle cure primarie sul proprio territorio, articolando le suddette fasi di transizione entro i termini stabiliti a livello regionale, al fine di predisporre nel proprio ambito territoriale una rete delle cure primarie agevolmente accessibile, fruibile e visibile da parte di tutti i cittadini, che nel modello a regime sarà parte integrante di una rete strutturale così come delineata dal citato punto 5 “Casa della Comunità” del D.M. 77/2022.

24. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

In sintesi è necessario differenziare funzioni e prodotti delle AFT (funzioni monoprofessionali funzioni “aggregate” tra i vari professionisti 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 pertanto interpretate come un semplice processo aggregativo ma come un “sistema a rete” innovativo di presa in carico degli assistiti e di gestione integrata dei pazienti, finalizzata a fornire risposte quanto più possibile tempestive, complete e proattive, riqualificando le funzioni di garanzia, committenza ed erogazione del Distretto per la tutela della salute nell’abito di un nuovo assetto del sistema sanitario.

25. RIFERIMENTI DI INTERESSE

- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, contenente gli indirizzi di riferimento rispetto alle funzioni, al ruolo ed al modo di operare del Distretto (articoli 3-quater, 3-quinqües e 3-sexies);
- Legge regionale 24 gennaio 1995, n. 10. Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali. (B.U. 25 gennaio 1995, suppl. spec. al n. 4) i cui viene definito l’assetto del SSR;
- Legge regionale 6 agosto 2007, n. 18. Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale, che definisce gli strumenti della programmazione socio-sanitaria regionale, nel contesto del piano regionale di sviluppo e individua i soggetti coinvolti nella pianificazione, programmazione e gestione delle funzioni socio-sanitarie;
- Piano sanitario nazionale 2006-2008, in cui sono trattati, tra gli altri, i temi della riorganizzazione delle cure primarie, l’integrazione tra diversi livelli di assistenza, l’integrazione socio-sanitaria;
- Piano socio sanitario regionale 2012-2015, adottato con D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012, che individua gli obiettivi strategici rivolti al rafforzamento dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, nel rispetto della normativa sul contenimento della spesa pubblica e del generale contesto di progressiva contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario regionale;
- Programmi Operativi Regionali 2013-2015 di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Programma 14 “Riequilibrio Ospedale-Territorio”;
- Deliberazione della Giunta regionale n. 27-3628 del 28.3.2012 di attuazione Piano di Rientro -D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell’appropriatezza e presa in carico territoriale”;
- Deliberazione della Giunta regionale. 19 novembre 2014, n. 1-600, in cui sono state formulate le linee d’indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale (Allegato 1, punto 4), in coerenza con la sopra richiamata normativa, stabilendo il termine del 30.6.2015 per la definizione dell’articolazione della rete territoriale;

-
- Deliberazione della Giunta regionale 23 gennaio 2015, n. 1-924 con le integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale";
 - Deliberazione della Giunta regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653 in cui sono stati definiti gli interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.;
 - Deliberazione della Giunta regionale 27 luglio 2015, n. 42-1921 Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 s.m.i. All. 1 e approvazione All. A "Principi e i criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012", in cui viene definito il modello organizzativo della ASR;
 - Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, "regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", con particolare riferimento al punto 10 "Continuità ospedale-territorio", dove si prevede che le Regioni procedano, contestualmente alla riorganizzazione della rete ospedaliera, al riassetto dell'assistenza primaria e all'organizzazione in rete delle strutture territoriali: intervento fondamentale per garantire una risposta continuativa sul territorio ed un utilizzo appropriato dell'ospedale;
 - [Piano Nazionale Cronicità Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano](#) del 15 settembre 2016, in cui viene definito il nuovo modello della gestione delle malattie croniche;
 - Allegato B alla D.G.R. 306-29185/2018 "[Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano Nazionale Cronicità](#)" con cui le indicazioni regionali sono state contestualizzate nella Regione Piemonte;
 - DPCM 12 gennaio 2017, con la definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (GU n.65 del 18/3/2017, per quanto riguarda Prevenzione collettiva e sanità pubblica; Assistenza distrettuale; Assistenza ospedaliera.
 - [Decreto 23 maggio 2022, n. 77](#). Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

GLOSSARIO ACRONIMI

ADI - Assistenza Domiciliare integrata
AFT - Aggregazione Funzionale Territoriale
ANA - – Anagrafe Nazionale Assistenti
ASL - Azienda Sanitaria Locale
ASR - Azienda Sanitaria Regionale
ATS – Ambiti Territoriali Sociali
CdC – Casa della Comunità
CIA – Coefficiente di Intensità Assistenziale
CO 116 117 – Centrale operativa Numero Europeo Armonizzato
COT – Centrale Operativa Territoriale
CF – Consultorio Familiare
CP – Cure palliative
DP – Dipartimento di Prevenzione
DPCM – Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
EMUR - Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza
FAR – Sistema informativo assistenza residenziale e semi-residenziale
FSE – Fascicolo sanitario elettronico
GEA – Gornate effettive di assistenza
GDC – Giornate di cura
IFoC – Infermiere di Famiglia o Comunità
LEA – Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS – Livelli essenziali delle prestazioni sociali
MMG – Medico di Medicina Generale
NEA – Numero Europeo Armonizzato NSIS – Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OdC – Ospedale di Comunità
PAI – Progetto di assistenza individuale integrata
PDTA – percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PSDTA – percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale