



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse delle Cure Primarie

secondo ACN 04.04.2024



ACN MMG 2024

punto di svolta innovazione



Atto di programmazione (AFT
e UCCP)



Ruolo unico di assistenza
primaria



Promozione del lavoro in AFT
– obiettivi e incentivi



La storia : Nuclei Cure Primarie

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE **9 ottobre 2006**, n. 1398

Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

- «... Nuclei Cure Primarie, quale strumento valorizzazione dell'assistenza primaria e delle funzioni del medico di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale) per le esigenze assistenziali anche urgenti nell'arco delle 24 ore e in tutte le situazioni in cui non sia appropriato il ricovero ospedaliero...»

La storia: Aggregazione Funzionale Territoriale

- **Accordo Collettivo Nazionale 2009 Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art.8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni 2009**
 - **Art 12- Aggregazione Funzionale Territoriale**
- **Accordo Integrativo regionale ER 2011** «Il modello organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie, da tempo configurato e consolidato nella Regione Emilia-Romagna, costituisce un'articolazione che, sia pur diversamente strutturata rispetto a quella delineata nell'ACN, è orientata alle medesime finalità di sviluppo e promozione dell'assistenza territoriale, alla realizzazione di adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione tra professionisti. Ne consegue che si ritengono soddisfatte le condizioni dell'art.26 bis del vigente ACN, ritenendo che, **nella Regione Emilia-Romagna, il concetto di Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) sia sovrapponibile a quello di Nucleo di Cure Primarie.**»
- **Legge 158/2012 «legge Balduzzi»:** previsione del «ruolo unico» e delle AFT



Ruolo Unico

Da gennaio 2025:

- ✓ tutti i nuovi convenzionamenti **a tempo indeterminato** (inclusi incarichi temporanei e trasferimenti) **a ruolo unico** con **debito orario** inversamente correlato alle scelte (da un massimo di 38 ore ad un minimo di 6)
- ✓ **Possibilità di opzione** per i MMG già convenzionati (sia a ciclo di scelta che a rapporto orario)

Attività oraria da svolgere nelle sedi aziendali (es. CAU, OSCO, CdC, sedi disagiate, CRA).

Nota di calcolo e pubblicazione
Marzo 2025





Definizione AFT: Aggregazioni Funzionali Territoriali



Aggregazioni monoprofessionali, prive di personalità giuridica, con **compiti e funzioni di governo clinico** della medicina generale, come da ACN vigenti;



Condividono strumenti di valutazione della qualità assistenziale e linee guida/protocolli operativi, svolgono audit organizzativi e clinici e utilizzano cruscotti informativi a supporto dell'attività e dei processi decisionali dei medici in esse operanti, in un continuo rapporto tra pari.



Le AFT perseguono **obiettivi di salute e di attività indicati dall'Azienda USL secondo modelli definiti dalla Regione**, coerenti con gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionali previsti nell'ACN



Ogni AFT è collegata funzionalmente alla propria UCCP di riferimento.





Obiettivi AFT

Principali obiettivi di politica sanitaria regionale e nazionale:

- Piano nazionale cronicità
- Piano nazionale prevenzione
- Piano nazionale di prevenzione vaccinale
- Riduzione accessi impropri in PS
- Governo liste attesa
- Appropriatelyzza clinica e prescrittiva

Contribuire all'implementazione di quanto previsto nel DM77 secondo quanto programmato a livello Regionale e Aziendale





Quali contenuti?

a. AFT: quante e quali?

- Ambito territoriale di riferimento
- Eventuale sede di riferimento

b. Quali attività erogano le AFT

c. Quali servizi e come sono organizzate

d. Livelli di coordinamento

e. Monitoraggio



Quali criteri per definire le AFT ?

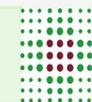
Non superiori, di norma, a 30.000 assistiti,

Densità abitativa. Per particolari e motivate esigenze (per esempio, alta densità abitativa, elevata dispersione), la popolazione di riferimento può discostarsi da questo riferimento, senza essere inferiore ai 7.000 assistiti o superiore a 45.000.

Caratteristiche oro-geografiche (montana, pianura, viabilità)

Confini amministrativi VS viabilità e trasporti pubblici





Sede AFT

Le AFT possono disporre di una sede riconoscibile presso una delle seguenti strutture:	Casa della Comunità hub o spoke
	Struttura aziendale
	Struttura individuata dai medici componenti l'AFT in accordo con l'Azienda , rispondente ai requisiti previsti dalle vigenti norme.

L'articolazione organizzativa delle Aziende USL **può prevedere** che **alcuni servizi di assistenza primaria abbiano un ambito di afferenza sovra-AFT e/o sovra-distrettuale**, come per esempio Osco, CAU, UCA.

Layout organizzativo

Fanno parte delle AFT **tutti i medici del ruolo unico** di assistenza primaria operanti in modelli organizzativi definiti dalla RER a **garanzia della continuità dell'assistenza**.

In particolare, tutti i medici del ruolo unico che partecipano alla AFT erogano la propria attività sia presso i rispettivi ambulatori che presso la sede condivisa di AFT (cfr. paragrafo...), la cui attività deve essere garantita per mezzo del **coordinamento dell'attività oraria organizzata dalla Azienda USL**.

Ai sensi dell'articolo 47 comma 2 lettera D, III, **ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta contribuisce all'attività ambulatoriale presso la sede unica di AFT**.



Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale ex art.12 ACN MG 04.04.2024, da adottarsi entro 90 giorni dalla data di adozione dell’AIR.

Il monitoraggio e la valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo **indicatori di esito e di salute** stabiliti negli AIR, costituisce elemento essenziale e necessario per l’erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.



La forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) opera in forma integrata all'interno di:

UCCP

- Case della Comunità,
-
- Strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie,
-
- Con una sede di riferimento (*hub*) ed eventuali altre sedi (*spoke*), compresa la sede di riferimento di AFT, che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità.



Integrazione con medici specialisti, servizi infermieristici e assistenziali e servizi sociali per l'implementazione dei sistemi di referral **secondo percorsi definiti a livello aziendale** e per il mantenimento del paziente nel proprio contesto di vita.



Lo sviluppo di progetti e percorsi volti al miglioramento della continuità dell'assistenza attraverso l'utilizzo di **strumenti di diagnostica generalista di primo livello** (es. Ecg, spirometro, ecografo, dermatoscopio, ecc..)



L'adesione, la programmazione e la partecipazione ai percorsi formativi volti a promuovere l'integrazione multi-professionale, come peraltro previsto nel piano di formazione aziendale Artt. 26/27 – ACN 20204), quali strumento di **co-progettazione di percorsi** e di attività a beneficio dei bisogni degli assistiti – i medici dell'AFT coordinano la propria attività per garantire la continuità dell'assistenza a favore degli assistiti dell'AFT anche durante lo svolgimento delle attività formative rivolte ai medesimi professionisti



UCCP



Organizzazione delle attività con un **approccio proattivo basato sull'analisi dei fabbisogni della popolazione** di riferimento, in collaborazione con i servizi aziendali preposti, al fine di consentire una programmazione locale dei servizi coerente con le necessità (*Population Health Management – DM 77/2022*): collaborazione alla definizione di PDTA e sviluppo di servizi ad Hoc sulla popolazione di riferimento (es. Migranti, non autosufficienti, ecc..)



Partecipazione alle equipe multidisciplinari di UCCP per la gestione dei casi complessi con i professionisti delle equipe territoriali. La **presa in carico dei pazienti cronici e fragili da parte dell'AFT è l'attuale "standard of care"**, così come normato dal DM 77 e disciplinato dall'ACN. I medici dovranno pertanto presidiare la presa in carico dei pazienti con patologia cronica a bassa complessità presso i propri ambulatori e garantire l'accesso ai percorsi presso le UCCP dei soggetti con patologia cronica complessa o con problematiche sociali che necessitino dell'integrazione dei servizi.



Ogni AFT è collegata funzionalmente alla propria UCCP di riferimento.

Pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

AFT dei pediatri di libera scelta

AFT dei medici specialisti e professionisti ambulatoriali

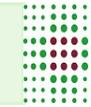
Sono previste dai rispettivi AA.CC.NN. anche le AFT monoprofessionali dei pediatri di libera scelta e dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati

I pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali operano nelle UCCP in integrazione con i medici del ruolo unico di assistenza primaria e gli altri professionisti aziendali



Le Regioni definiscono **gli atti di programmazione** inerenti le nuove forme organizzative: AFT e UCCP secondo i seguenti criteri generali:

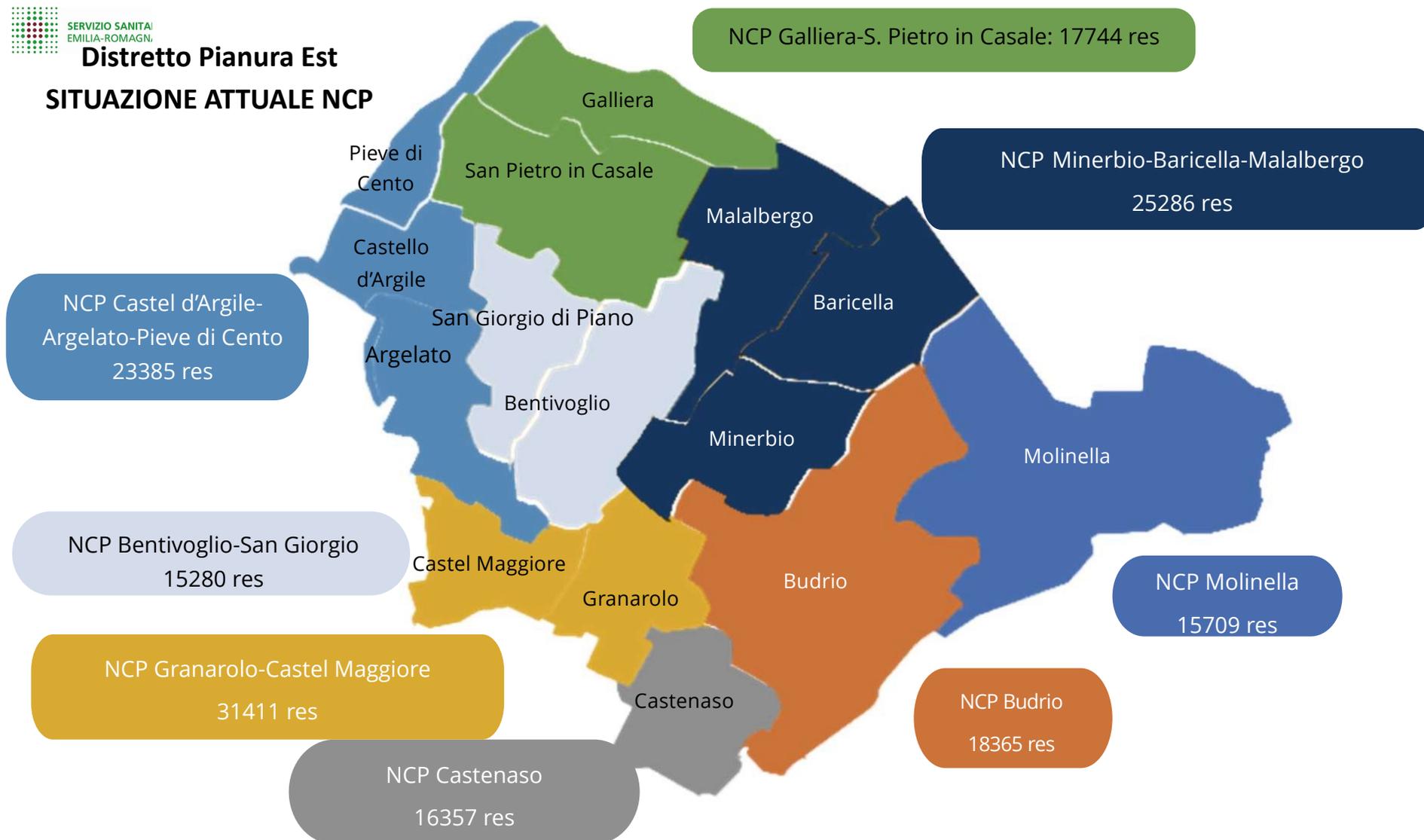
- Istituzione delle AFT su tutto il territorio regionale
- Istituzione delle UCCP come organizzazioni multiprofessionali del Distretto secondo le caratteristiche territoriali e demografiche salvaguardando l'equità di accesso
- Realizzazione del collegamento funzionale fra AFT e UCCP anche tramite sistemi informatici e informativi



- Presentazione in Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana
- Confronto e validazione proposta tecnica nei Comitati di Distretto dell'AUSL Bologna e AUSL Imola
- Informativa nei Comitati Aziendale della Medicina Generale
- Approvazione in Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana dell'assetto per AUSL Bologna e AUSL Imola

Distretto Pianura Est

SITUAZIONE ATTUALE NCP



APPENNINO BOLOGNESE

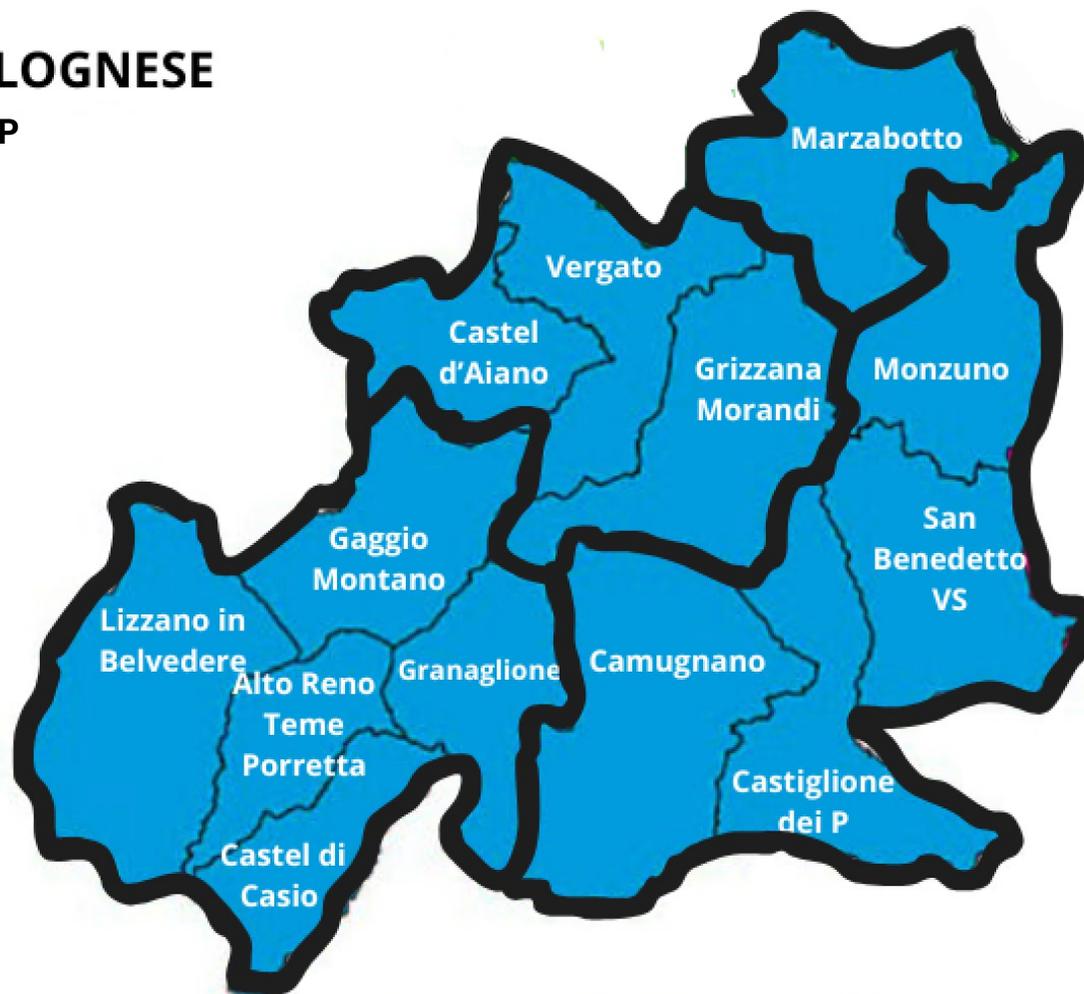
Situazione attuale NCP

Marzabotto – 7036 res

Vergato-Castel d'Aiano-
Grizzana M. – res 13863

Alto Reno T-Castel di
Casio-Lizzano in B-
Granaglione-Gaggio M. res
17875

Camugnano-Castiglione
dei P-San Benedetto VS-
Manzuno-18488 res



Distretto Reno Lavino Samoggia Situazione attuale NCP

Casalecchio – 35477 res

Sasso Marconi-14792 res

Zola Predosa-Monte San
Pietro-29825 res

Valsamoggia-30716 res

Valli del Reno,
Lavino,
Samoggia.....



Distretto Pianura Ovest Attuali NCP

ANZOLA EMILIA - 12.421
res.

CALDERARA – 13.574 res.

CREVALCORE – S.AGATA
BOLOGNESE - 21.148 res.

SAN GIOVANNI IN
PERSICETO – 22.854 res.
circa

S. MATTEO DELLA DECIMA –
SALA BOLOGNESE – 13.429
res. circa



Distretto Savena Idice Situazione attuali NCP

San Lazzaro – 32774 res

Ozzano-Monterenzio-
20190 res

Pianoro-Loiano-
Monghidoro 26105 res



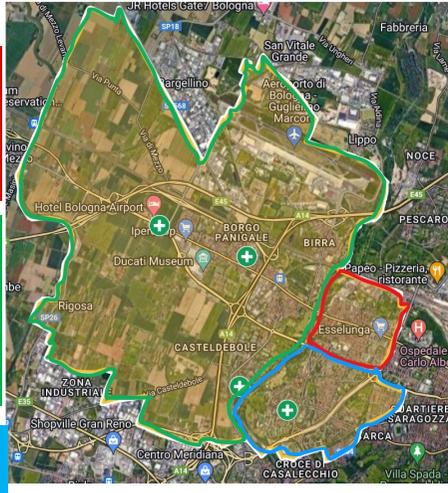
Distretto Bologna

Situazione attuale NCP

Reno 1
Tot
residenti:
11942

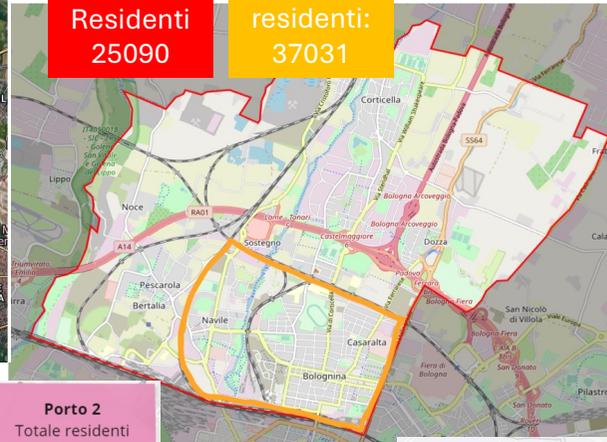
**Borgo
Panigale**
Tot
residenti:
23568

Reno 2
Tot
residenti:
18793



Navile 2
Tot
Residenti
25090

Navile 1
Tot
residenti:
37031

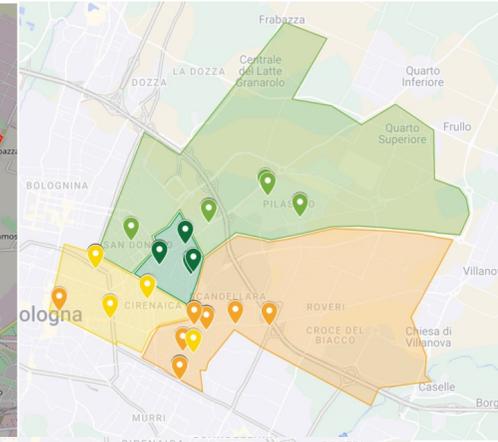


San Donato 1
Tot residenti:
19280

San Donato 2
Tot residenti:
12633

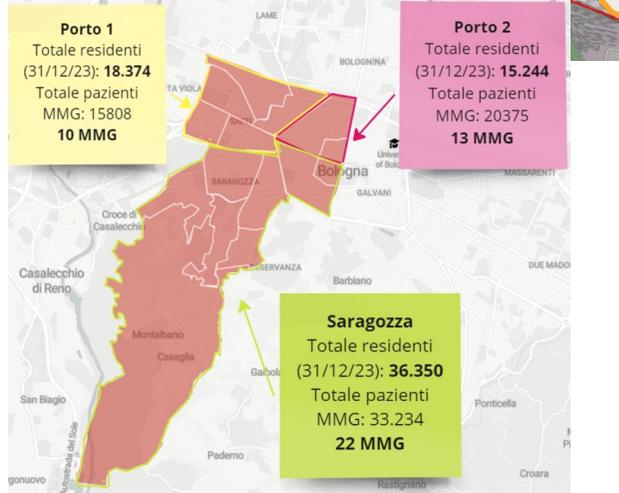
San Vitale 2
Tot residenti:
25974

San Vitale 1
Tot residenti:
22971



Porto 1
Totale residenti
(31/12/23): **18.374**
Totale pazienti
MMG: 15808
10 MMG

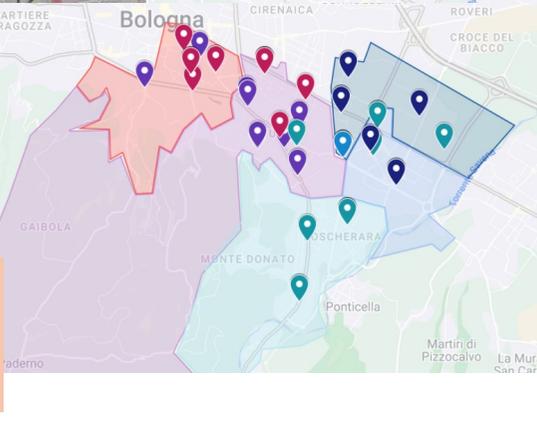
Porto 2
Totale residenti
(31/12/23): **15.244**
Totale pazienti
MMG: 20375
13 MMG



Saragozza
Totale residenti
(31/12/23): **36.350**
Totale pazienti
MMG: 33.234
22 MMG

**Santo
Stefano 1**
Tot
residenti:
20129

**Santo
Stefano 2**
Tot residenti:
30701



Savena 1
Tot residenti:
21276

Savena 2
Tot residenti:
17221

Savena 3
Tot residenti:
21096

Nuclei Cure Primarie

Azienda Sanitaria Imola: situazione attuale

