

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# **AFT e UCCP**

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

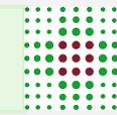
**Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale**

- «... 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.

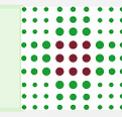


Le AFT perseguono **obiettivi di salute e di attività indicati dall'Azienda USL secondo modelli definiti dalla Regione**, coerenti con gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionali previsti nell'ACN



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 ?

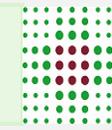
Non superiori, di norma, a 30.000 assistiti,

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

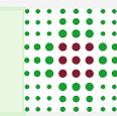




## Sede AFT

Le AFT possono disporre di una <b>sede riconoscibile</b> presso una delle seguenti strutture:	Casa della Comunità hub o spoke
	Struttura aziendale
	Struttura individuata dai medici componenti l'AFT <b>in accordo con l'Azienda</b> , 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

---

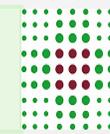
Fanno parte delle AFT **tutti i medici del ruolo unico** di assistenza primaria operanti in modelli organizzativi definiti dalla RER a **garanzia della continuità dell'assistenza**.

---

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.

## UCCP

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

- 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



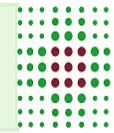
Organizzazione delle attività con un **approccio proattivo basato sull'analisi dei fabbisogni della popolazione** di riferimento, in collaborazione con i servizi aziendali preposti, al fine di consentire una programmazione locale dei servizi coerente con le necessità (*Population Health Management – 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.**

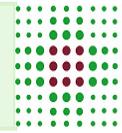


AFT dei pediatri di libera scelta

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

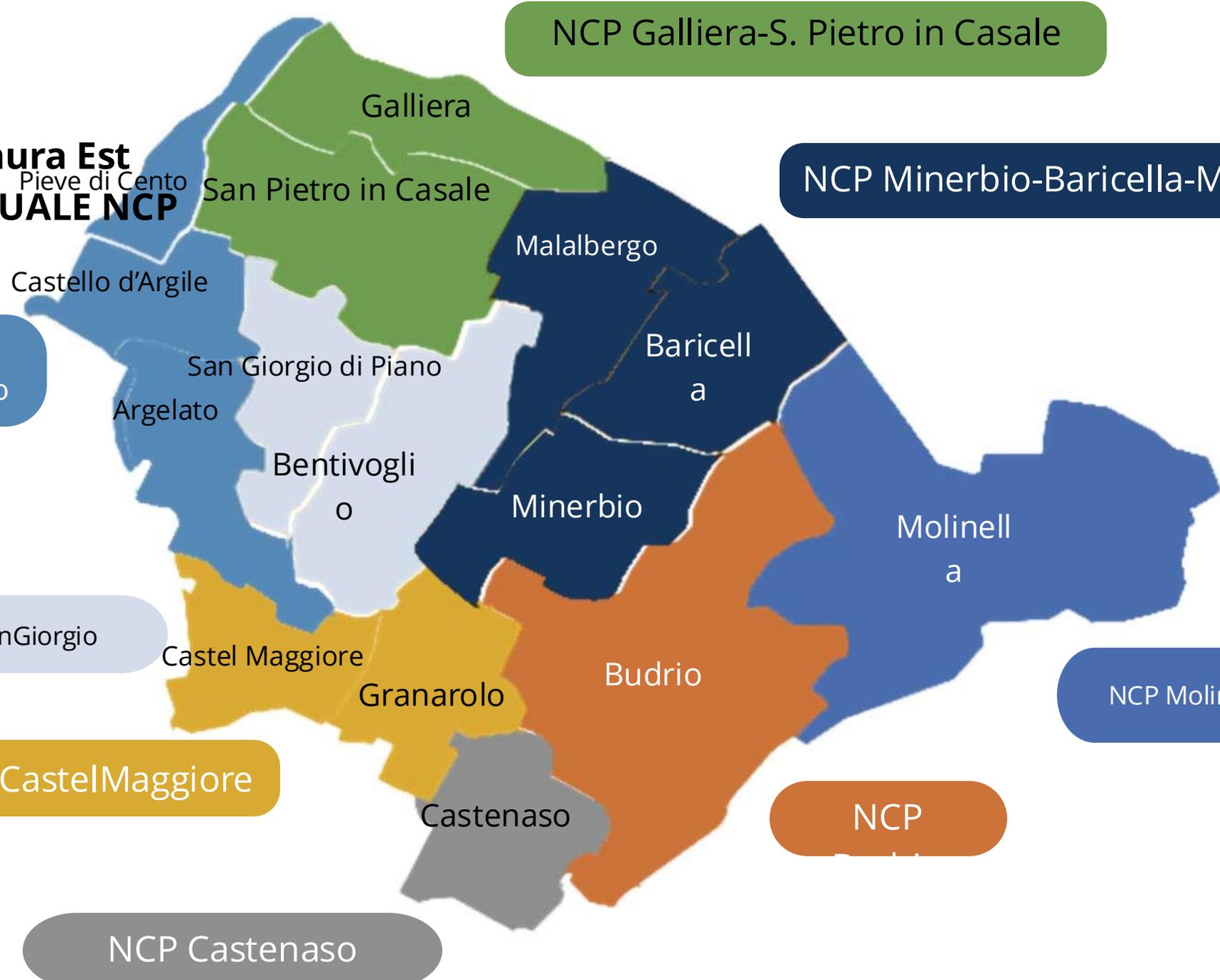


Le Regioni definiscono **gli atti di programmazione** inerenti le nuove forme organizzative: AFT e UCCP secondo i seguenti criteri generali:

- 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

# Distretto Pianura Est

## SITUAZIONE ATTUALE NCP



NCP Galliera-S. Pietro in Casale

NCP Minerbio-Baricella-Malalbergo

NCP Casteld'Argile-Argelato-PievediCento

NCP Bentivoglio-SanGiorgio

NCP Granarolo-CastelMaggiore

NCP Castenaso

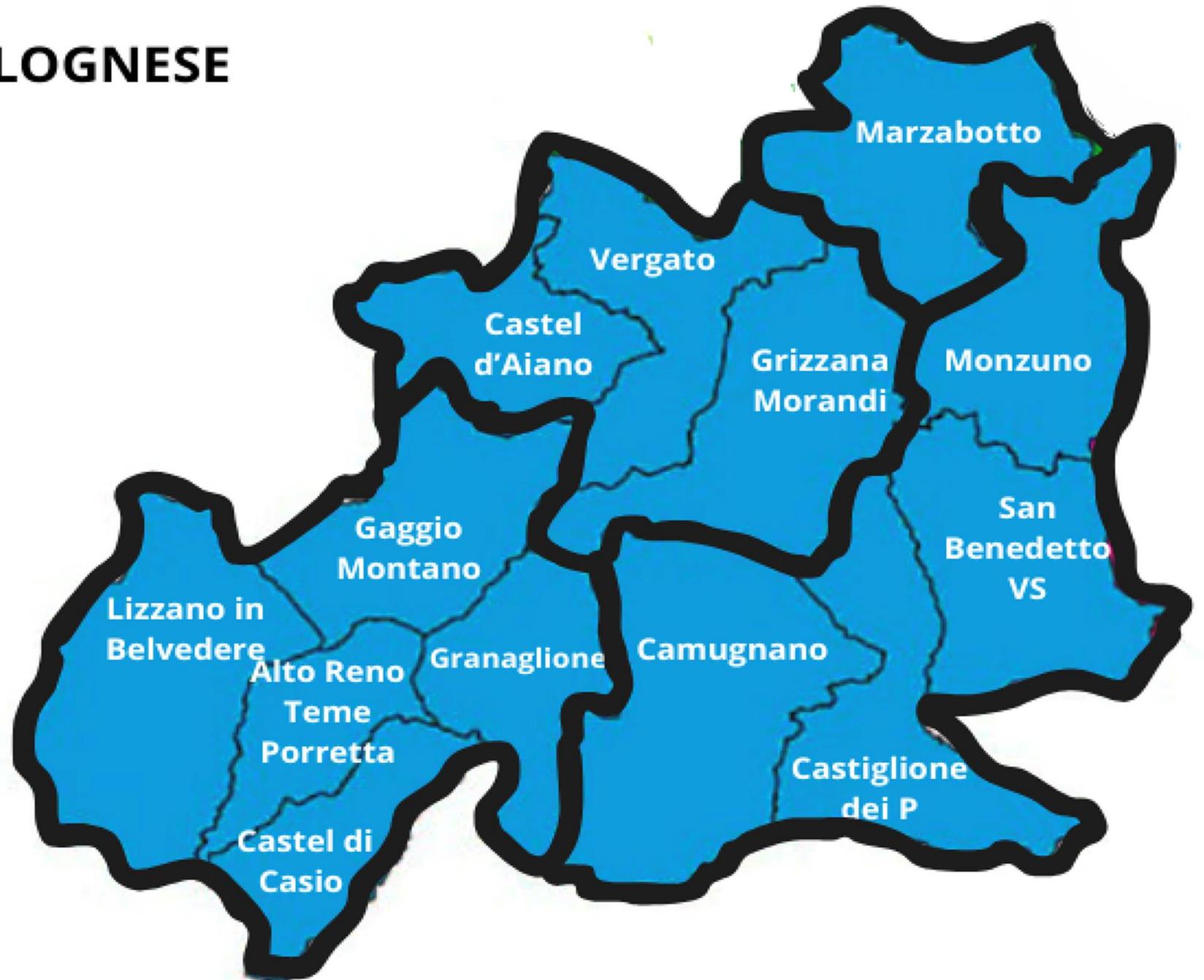
NCP Budrio

NCP Molinella



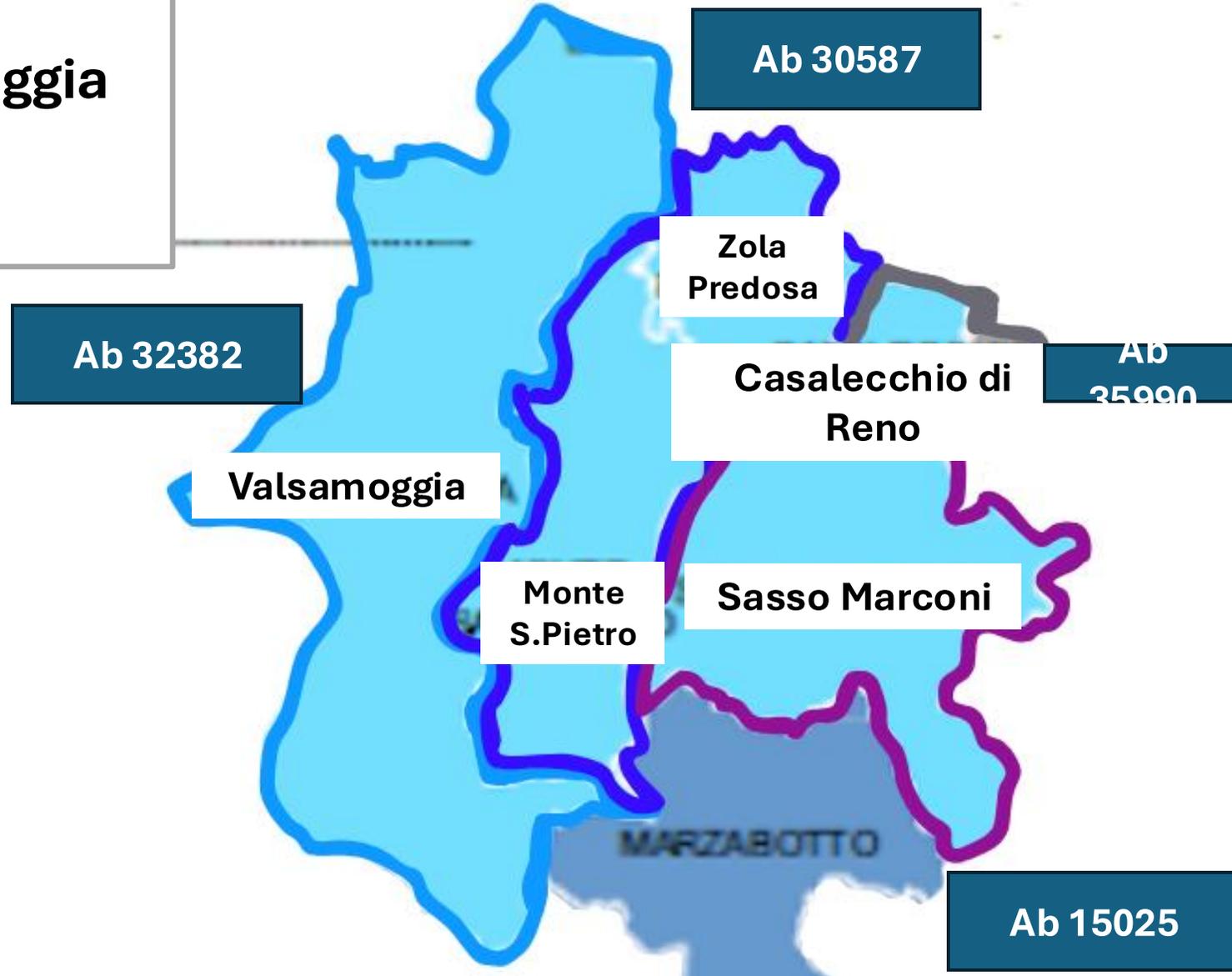
SI1

# APPENNINO BOLOGNESE



# Distretto Reno Lavino Samoggia

## Situazione attuale NCP





# Distretto Pianura Ovest Situazione attuale 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

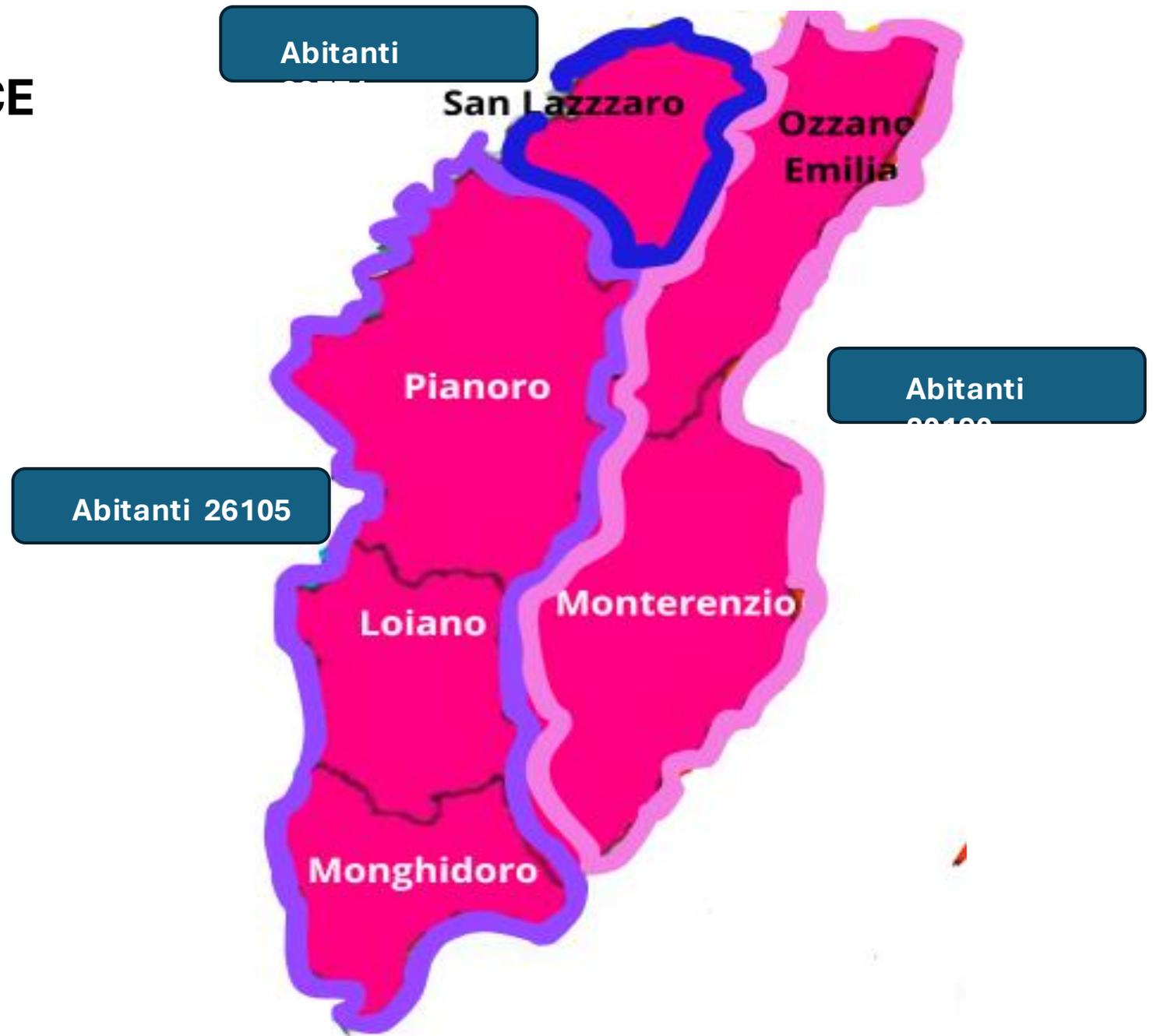
S. MATTEO DELLA DECIMA –  
SALA BOLOGNESE – 13.429  
res. circa





# DISTRETTO SAVENA IDICE

## Situazione attuale NCP



# DISTRETTO Bologna Situazione attuale NCP

**Reno 1**  
Tot residenti:  
11942

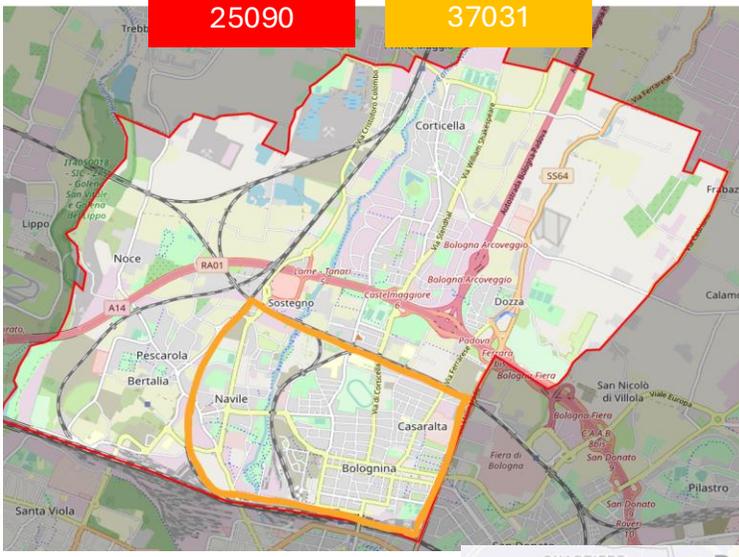
**Borgo Panigale**  
Tot residenti:  
23568

**Reno 2**  
Tot residenti:  
18793



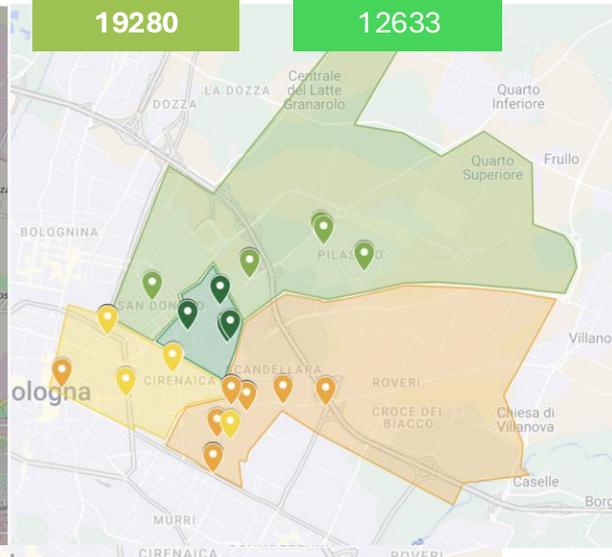
**Navile 2**  
Tot Residenti  
25090

**Navile 1**  
Tot residenti:  
37031



**San Donato 1**  
Tot residenti:  
19280

**San Donato 2**  
Tot residenti:  
12633

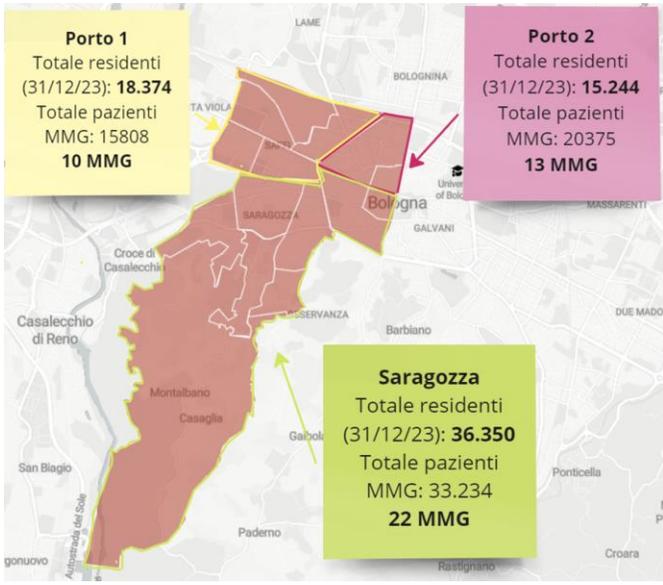


**San Vitale 2**  
Tot residenti:  
25974

**San Vitale 1**  
Tot residenti:  
22971

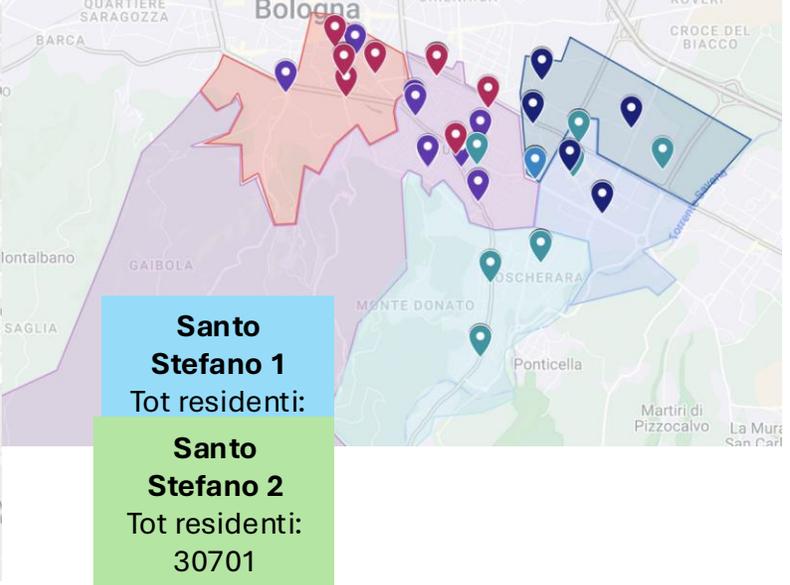
**Porto 1**  
Totale residenti (31/12/23): **18.374**  
Totale pazienti MMG: 15808  
**10 MMG**

**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**

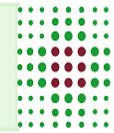
**Santo Stefano 1**  
Tot residenti:  
**Santo Stefano 2**  
Tot residenti:  
30701



**Savena 1**  
Tot residenti:  
21276

**Savena 2**  
Tot residenti:  
17221

**Savena 3**  
Tot residenti:  
21096



## Azienda Sanitaria Imola: situazione attuale

