

**ATTO DI PROGRAMMAZIONE PER  
L'ISTITUZIONE DELLE FORME  
ORGANIZZATIVE MONOPROFESSIONALI  
(AFT) E MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE  
DEI MEDICI ALLE FORME ORGANIZZATIVE  
MULTIPROFESSIONALI**

**Regione Siciliana**



**Assessorato della Salute**





## SOMMARIO

<b>TABELLA ACRONIMI .....</b>	<b>3</b>
<b>1. PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI .....</b>	<b>4</b>
1.1 Introduzione .....	4
1.2 Contesto di riferimento .....	4
<b>2. MODELLI ORGANIZZATIVI PER MMG E PLS .....</b>	<b>11</b>
2.1 Forme organizzative monoprofessionali delle cure primarie .....	11
2.2 Revisione e integrazione del modello di AFT per la Medicina Generale in coerenza del nuovo ruolo unico di medico di assistenza primaria nella nuova rete assistenziale .....	12
2.3 Indirizzi programmatici per il coinvolgimento delle AFT nella nuova rete di assistenza sanitaria territoriale ai sensi del Decreto 3 maggio 2022, n. 77 (CdC, OdC, UCA) – Presa in carico della popolazione .....	13
2.4 Forme organizzative multiprofessionali (UCCP).....	17
2.5 Indirizzi e indicatori per la strutturazione di un sistema di monitoraggio delle attività delle AFT e delle UCCP.....	18
<b>3. INDIRIZZI PROGRAMMATICI .....</b>	<b>20</b>
3.1 Indirizzi per l’attuazione del D.A. 29 luglio 2022 – Tecnologie Diagnostiche .....	20
3.2 Obblighi informativi – Alimentazione del FSE.....	20
3.3 Formazione continua: indicazioni per la programmazione .....	21
<b>INDICE TABELLE .....</b>	<b>22</b>



## TABELLA ACRONIMI

ACRONIMO	SIGNIFICATO
AACCN	Accordo Collettivo Nazionale
ACB	Ambulatori per Codici Bianchi
AFT	Aggregazione Funzionale Territoriale
AGI	Ambulatori di Gestione Integrata
ARNAS	Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione
ASP	Azienda Sanitaria Provinciale
CA	Continuità Assistenziale
DL	Decreto Legge
DM	Decreto Ministeriale
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
IFC	Infermiere di Famiglia e di Comunità
IRCCS	Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medico di Medicina Generale
NAR	Nuova Anagrafe Regionale
NSG	Nuovo Sistema di Garanzia
MCA	Medici di Continuità Assistenziale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PPI	Punto di Primo Intervento
PTA	Presidi territoriali di assistenza
ReNCaM	Registro Nominativo delle Cause di Morte
SAI	Specialisti Ambulatoriali Interni
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie



## 1. PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI

### 1.1 Introduzione

Gli AACCN del 2022 per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale (di seguito, MMG) e per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta (di seguito, PLS) prevedono all'art. 8 che le Regioni, definiscano 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 e che l'attuazione di tali atti programmatori avvenga a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali.

Tali forme organizzative, previste fin dagli AA.CC.NN. del 2009 e meglio definite dalla Legge 189/2012 di conversione del DL 158/2012 e poi dal Patto per la Salute 2014-2016 (Intesa Stato-Regioni del 10/07/2014), si sono "evolute" da ambiti di condivisione di buone pratiche, audit, linee guida etc., a ambiti di produzione/erogazione di prestazioni sanitarie da realizzare in forma integrata tra i diversi professionisti e garantendo la continuità dell'assistenza.

Il DM77 del 2022 rafforza ulteriormente il disegno ed indica come le attività dei MMG e PLS debbano essere inserite all'interno delle Case della Comunità, stabilendo come tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle suddette strutture, avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

Scopo del presente documento è pertanto delineare il ruolo della medicina convenzionata nei nuovi modelli organizzativi dell'assistenza territoriale.

Il documento in oggetto risponde agli adempimenti formali previsti dal Questionario per il monitoraggio del DM 77/2022 e risulta attualmente in bozza nelle more di una futura formalizzazione.

### 1.2 Contesto di riferimento

#### ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA IN REGIONE (MMG, PLS, SAI)

La rete di assistenza sanitaria della Regione Siciliana vede sul territorio la presenza di 9 aziende sanitarie provinciali e 9 aziende ospedaliere, con riferimento alle quali si propone una vista di sintesi delle strutture ospedaliere e ambulatoriali territoriali eroganti prestazioni nel territorio regionale, oltre che degli erogatori privati che erogano prestazioni ambulatoriali in regime di convenzione con il SSN.

Provincia	Distretti sanitari	Strutture			
		Presidi Ospedalieri	Ambulatori Territoriali	Aziende Ospedaliere	Privati Convenzionati
<b>Agrigento</b>	7	4	14	-	188
<b>Caltanissetta</b>	4	6	9	-	44
<b>Catania</b>	9	7	14	3	188
<b>Enna</b>	4	4	14	-	27
<b>Messina</b>	8	7	11	3	135
<b>Palermo</b>	11	7	33	3	296
<b>Ragusa</b>	3	5	13	-	35
<b>Siracusa</b>	4	7	11	-	102
<b>Trapani</b>	5	7	11	-	95



Provincia	Distretti sanitari	Strutture			
		Presidi Ospedalieri	Ambulatori Territoriali	Aziende Ospedaliere	Privati Convenzionati
<b>TOTALE</b>	<b>55</b>	<b>54</b>	<b>119</b>	<b>9</b>	<b>1.110</b>

**Tabella 1. Quadro di sintesi delle strutture di erogazione**

L'analisi del ventaglio di offerta e di consumo tra le diverse branche specialistiche mostra notevoli disomogeneità sul territorio con conseguenti difficoltà nella definizione di uno standard di fabbisogno unico e trasversale per le diverse branche. La disomogeneità dell'offerta è frutto di una incompleta analisi del fabbisogno ed impone una rimodulazione della programmazione. Per quel che riguarda le strutture private e contrattualizzate, ha pesato anche il tetto invalicabile imposto dalla normativa per l'acquisto di prestazioni da privato.

La Regione Siciliana, a partire dalla Legge 5/2009 e dal D.A. n. 723/2010, ha avviato una serie coordinata di azioni che ha visto la riorganizzazione dei servizi territoriali con la creazione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) e le sue articolazioni (punti unico di accesso, ambulatorio digestione integrata, ambulatori infermieristici, punti di primo intervento), il coinvolgimento dei medici convenzionati (accordi integrativi regionali medici di assistenza primaria, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali interni), il coordinamento tra strutture territoriali e ospedaliere (dimissioni facilitate e protette).

Con D.A. 23 febbraio 2015 è stato approvato un documento di indirizzo per la attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), previste dal 13 settembre 2012, n. 158 (cd. Decreto Balduzzi), convertito in L.8 novembre 2012, n. 189.

Ciononostante, il percorso di realizzazione delle AFT e delle UCCP in Regione, al di là di atti formali, è ancora in fase iniziale, sebbene siano state avviate in quasi tutte le A.S.P. attività propedeutiche (ristrutturazione di locali, acquisto di apparecchiature, accordi locali con i medici convenzionati, collegamento in rete tra software dei MMG e distretto).

Una rilevante criticità è stata rappresentata dalla difficoltà di coinvolgere i Medici di assistenza primaria, anche per la mancata definizione, fino al maggio del 2022, dei nuovi accordi collettivi nazionali per la Medicina Generale, che avrebbero dovuto meglio ridefinire il nuovo ruolo (e rinegoziarne la parte economica) di tali professionisti all'interno di tali forme di erogazione dell'assistenza, solo abbozzate nel vecchio accordo del 2009.

A parte alcune eccezioni (Ragusa) molte AFT sono state attivate come rete di medici operanti singolarmente e comunque senza una sede unica ma condividendo obiettivi, linee guida e percorsi assistenziali (secondo una prima accezione del termine di "AFT" contenuta anche nel citato ACN).

Molti dei principali servizi previsti nelle nuove strutture territoriali introdotte dal DM 77/22 (es. Case della Comunità) risultano già attivati nei PTA istituiti in Regione in ottemperanza della Legge 5/2009 e del DA 723/2010: i Punti unici di accesso (PUA), gli ambulatori infermieristici, i servizi di specialistica ambulatoriale, i punti prelievo ed in particolare gli innovativi – per il 2010 - "Punti di Primo Intervento"<sup>1</sup> (PPI) - ove operano Medici di continuità assistenziale e che garantiscono un servizio medico H12 diurno in integrazione con i servizi di Continuità assistenziale per le piccole e medie urgenze, per non affollare le aree di emergenza - costituiscono gli "elementi standard" imprescindibili dei PTA. Come si dirà più

<sup>1</sup> La definizione di "Punti di primo intervento" per questi presidi di continuità assistenziale diurna (con medici di continuità assistenziale), adottata dalla Regione, può generare una certa confusione a livello nazionale dove la stessa denominazione è stata adottata per i presidi della rete di emergenza che in Sicilia prendono il nome di Presidi Territoriali di Emergenza (PTE) (con Medici di emergenza sanitaria territoriale) per la stabilizzazione e il trasporto dei pazienti critici.



avanti degli speciali PPI sono stati attivati in funzione di “Ambulatori per Codici Bianchi (ACB) a supporto delle aree di emergenza dei principali presidi ospedalieri della Regione.

Di seguito si propone una rappresentazione tabellare e grafica dei PTA attivati in Sicilia.

Azienda	Numero di PTA	Comune
<b>ASP Agrigento</b>	8	Agrigento
		Favara
		Bivona
		Canicatti
		Casteltermini
		Palma di Montechiaro
		Ribera
		Sciacca
<b>ASP Caltanissetta</b>	6	Caltanissetta
		Gela
		Mazzerino
		Niscemi
		Mussomeli
		San Cataldo
<b>ASP Catania</b>	9	Adrano
		Vizzini
		Acireale
		Bronte
		Catania S. Giorgio
		Catania Fleming
		Giarre
		Paternò
		Gravina di Catania
<b>ASP Enna</b>	4	Enna
		Leonforte
		Nicosia
		Piazza Armerina
<b>ASP Messina</b>	6	Lipari
		Messina
		Milazzo
		Barcellona Pozzo di Gotto
		Mistretta
		Sant'Agata di Militello
<b>ASP Palermo</b>	7	Petralia Sottana
		Palazzo Adriano
		Corleone



Azienda	Numero di PTA	Comune
		Palermo Albanese
		Palermo Biondo
		Palermo Centro
		Palermo Guadagna
ASP Ragusa	3	Comiso
		Ragusa
		Scicli
ASP Siracusa	6	Noto
		Pachino
		Augusta
		Siracusa
		Palazzolo Acreide
		Lentini
ASP Trapani	4	Trapani
		Pantelleria
		Salemi
		Alcamo
<b>TOTALE</b>		<b>53</b>

Tabella 2. Rete dei PTA attivati in Sicilia

Anche se le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) non si sono attivate in Regione e i MMG o i PLS hanno mantenuto fino ad ora una propria notevole autonomia all'interno dei servizi distrettuali, un'integrazione tra MMG e Specialisti all'interno del Distretto è rappresentata dagli **Ambulatori di Gestione Integrata (AGI)**, previsti negli accordi integrativi di Medicina Generale 2010 e di Specialistica Ambulatoriale del 2012, ove i Medici di assistenza primaria e gli specialisti cooperano su soggetti con patologie "target" (diabete e scompenso cardiaco) e che hanno dimostrato un notevole valore sia per una riqualificazione della gestione di tali patologie da parte dei Medici di assistenza primaria, sia per un approccio meno settoriale del Medico specialista a pazienti complessi.

Infine, si rappresenta che in Sicilia risultano attivi complessivamente oltre 400 presidi di **Continuità Assistenziale (CA)** e di **Guardia Medica Turistica**. La rete di presidi di CA è stata a lungo oggetto di provvedimenti di riorganizzazione, difatti il Piano di rientro sottoscritto in data 31 luglio 2007 dai Ministri dell'economia e della salute e dal Presidente della Regione siciliana, nella parte riguardante la razionalizzazione ed ottimizzazione del servizio di continuità assistenziale - obiettivo operativo B.4.4 - ha previsto, in una prima fase, la chiusura di n. 43 presidi su tutto il territorio regionale. Tale riorganizzazione non è stata portata a termine.

Come detto sopra, in Regione l'**assistenza sanitaria specialistica territoriale** (cioè a pazienti non ricoverati) è erogata dalle Aziende sanitarie pubbliche (nove Aziende Sanitarie provinciali, tre Aziende Ospedaliere, due ARNAS, tre Policlinici), IRCCS, Ospedali classificati, Fondazioni, nonché dalle oltre 1.000 strutture private, di ricovero e territoriali.

Nel **2019** (anno di riferimento in quanto precedente alla pandemia), l'assistenza specialistica ambulatoriale - a livello regionale ma con differenze evidenti tra le diverse provincie - è stata erogata per



poco più del 40% dalle **strutture pubbliche** (flusso “C”) e per poco meno del 60% dal **privato accreditato e contrattualizzato** con le Aziende Sanitarie provinciali (flusso “M”).

### PERSONALE CONVENZIONATO SSR

Si rappresenta di seguito una vista di sintesi del personale della Regione Siciliana che opera nei distretti sanitari. In atto i **MMG** in Sicilia sono circa 4.200 e comportano una spesa complessiva annua di circa 365 milioni di euro. L’adesione agli istituti qualificanti quali associazionismo, collaboratore di studio o infermiere risente del tetto previsto nel precedente ACN, innalzato in sede di contrattazione negli AIR, ma non concesso a tutti i MMG. Appena l’1,2% dei medici accede al contributo per l’infermiere.

ASP	MMG	Assistiti	Media Assistiti	% Ass. di gruppo	% Ass. in rete	% Ass. semplice	% Coll. studio
ASP Agrigento	362	359.710	994	7,46%	34,81%	8,29%	31,77%
ASP Caltanissetta	217	219.540	1.012	24,88%	39,17%	6,45%	40,09%
ASP Catania	908	942.542	1.038	10,24%	28,41%	7,27%	26,32%
ASP Enna	140	138.474	989	5,71%	34,29%	4,29%	35,71%
ASP Messina	576	514.196	893	14,06%	35,59%	1,04%	30,56%
ASP Palermo	1.029	1.080.018	1.050	6,03%	30,22%	2,62%	26,43%
ASP Ragusa	262	263.484	1.006	3,44%	17,56%	11,45%	25,95%
ASP Siracusa	328	340.182	1.037	12,50%	35,37%	4,88%	32,32%
ASP Trapani	374	364.961	976	12,83%	30,75%	3,74%	39,04%
<b>TOTALE</b>	<b>4.196</b>	<b>4.223.107</b>	<b>1.006</b>	<b>10%</b>	<b>31,22%</b>	<b>4,98%</b>	<b>30,00%</b>

Tabella 3. Distribuzione dei Medici di Medicina Generale per Provincia

I MMG hanno partecipato, a seguito della sottoscrizione dell’AIR del 2010 ed in coerenza con il Piano sanitario regionale, alla gestione del **paziente cronico**, attraverso la trasmissione al Distretto dei dati relativi a soggetti con Diabete Mellito e con scompenso cardiaco, per l’alimentazione del registro distrettuale dei pazienti cronici e la loro presa in carico. Inoltre, la sperimentazione degli ambulatori di gestione integrata per questi due target di pazienti, come sopra già riportato, ha costituito una esperienza affatto peculiare di integrazione MMG-specialista, sebbene di limitata portata.

Le criticità maggiori sono state di fatto rappresentate dalla mancanza di reti informativo-informatica aziendali a fronte di un tasso di informatizzazione dell’assistenza primaria pari quasi al 100%, nonché ad una mancata integrazione tra i sistemi del territorio e degli ospedali. Inoltre, l’organizzazione per case management pur delineata non si è sviluppata per la mancanza di figure professionali nel territorio, ben individuate dal DL 34/2020 e dal DM 77/2022 negli infermieri di famiglia e di comunità (IFC).

Per quanto riguarda i **PLS**, risultano attivi in Sicilia circa **650 PLS** per una spesa complessiva annua di circa 90 milioni di euro.

Il grado di associazionismo di gruppo è modestissimo (1,5%), così come la percentuale dei pediatri con collaboratore infermieristico (0,5%). Anche i PLS, ai sensi dell’ACN del 2022, devono partecipare alle AFT e UCCP quale condizione necessaria per l’accesso e il mantenimento della convenzione, svolgendo la propria attività in coerenza con la programmazione regionale e aziendale, sia nei propri studi che nelle Case della Comunità del territorio, favorendo la condivisione, tra i pediatri, dei percorsi assistenziali per la gestione delle patologie acute e croniche.





ASP	PLS	Assistiti	Media Assistiti per PLS	Associazionismo semplice	Collaboratore di studio
ASP Agrigento	47	37.898	806	59,57%	39,06%
ASP Caltanissetta	29	23.608	814	72,41%	31,91%
ASP Catania	144	114.098	792	61,81%	62,07%
ASP Enna	22	13.948	634	36,36%	36,81%
ASP Messina	93	56.718	610	56,99%	36,36%
ASP Palermo	168	135.258	805	67,26%	30,11%
ASP Ragusa	34	31.907	938	64,71%	41,67%
ASP Siracusa	52	38.691	744	80,77%	44,12%
ASP Trapani	51	39.180	768	80,39%	38,46%
<b>TOTALE</b>	<b>640</b>	<b>491.306</b>	<b>768</b>	<b>65,16%</b>	<b>45,10%</b>

Tabella 4. Distribuzione dei Pediatri di Libera Scelta per Provincia

Infine, si riporta di seguito un quadro di sintesi relativo **ad altro personale convenzionato del SSR**, categoria tra cui rientrano le seguenti tipologie di personale: medico della continuità assistenziale medico dell'emergenza sanitaria territoriale, medico della medicina dei servizi territoriali, medico specialista ambulatoriale interno, medico veterinario e altre professionalità sanitarie ambulatoriali.

I **Medici di Continuità Assistenziale (MCA)** garantiscono il servizio di Continuità Assistenziale, ovvero l'assistenza medica di base gratuita a tutte le persone, anche in età pediatrica, residenti nella regione, per condizioni di salute che rivestono carattere di non differibilità. I MCA sono, pertanto, responsabili di una copertura assistenziale nell'ambito del sistema dell'emergenza-urgenza e quindi strettamente legati ad un concetto assistenziale di guardia medica.

A livello territoriale si registra un elevato grado di copertura, sia per quanto riguarda la densità dei punti di continuità assistenziale mostrati precedentemente, sia per quanto concerne il numero dei medici attivi al 31 dicembre 2021, riportati nella tabella di seguito.

ASP	Titolari a tempo indeterminato	Titolari a tempo determinato	Sostituti	Totale
ASP Agrigento	110	226	30	366
ASP Caltanissetta	70	1	127	198
ASP Catania	236	-	749	985
ASP Enna	16	1	130	147
ASP Messina	395	-	659	1.054
ASP Palermo	353	-	1.071	1.424
ASP Ragusa	74	96	11	181
ASP Siracusa	85	-	224	309
ASP Trapani	128	7	344	479
<b>TOTALE</b>	<b>1.467</b>	<b>331</b>	<b>3.345</b>	<b>5.143</b>

Tabella 5. MCA attivi in Sicilia – anno 2021

I medici **Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)** garantiscono la cura delle patologie di interesse specialistico, operando in sede ambulatoriale presso gli ambulatori, i consultori e gli istituti penitenziari, in assistenza programmata a soggetti nel domicilio personale, in assistenza nelle residenze protette, in



assistenza domiciliare integrata e negli ambulatori dei MMG e PLS. I SAI attivi in Sicilia risultano pari a 1.220, con una distribuzione diversificata tra le nove province, come mostrato nella tabella di seguito.

ASP	Titolari a tempo indeterminato	Titolari a tempo determinato	Sostituti	Totale
ASP Agrigento	85	13	2	100
ASP Caltanissetta	76	2	15	93
ASP Catania	185	2	70	257
ASP Enna	20	-	13	33
ASP Messina	103	1	84	188
ASP Palermo	208	7	56	271
ASP Ragusa	43	1	13	57
ASP Siracusa	77	-	29	106
ASP Trapani	97	6	12	115
<b>TOTALE</b>	<b>894</b>	<b>32</b>	<b>294</b>	<b>1.220</b>

Tabella 6. SAI attivi in Sicilia – anno 2021

Infine, sul territorio operano, tra le altre categorie di personale convenzionato, 584 medici dell'emergenza sanitaria territoriale (EST), 67 medici dei servizi, 293 medici veterinari, 11 chimici, 29 biologi, 52 psicologi.



## 2. MODELLI ORGANIZZATIVI PER MMG E PLS

### 2.1 Forme organizzative monoprofessionali delle cure primarie

In base agli AA.CC.NN. 2022 di Medicina Generale e di Pediatria di Libera Scelta: *“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 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 [...]”*.

In merito agli **ambiti territoriali** l’ACN di Medicina generale fornisce indicazioni precise in merito al rapporto AFT/n. di abitanti: *“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”*. È evidente l’intento di “affidare” la comunità di cittadini alla AFT, evolvendo il concetto di MMG, che in modo differenziato (a ciclo di scelta ed a attività oraria) si prende carico sia del singolo e della famiglia (con un rapporto di tipo fiduciario) sia delle comunità intere di assistiti a carico anche di altri MMG della AFT, nell’ambito anche di spazi distrettuali appositamente dedicati a tali attività.

Per la Pediatria di Libera Scelta l’ACN 2022 delinea parametri meno netti e demanda alle Aziende sanitarie gli ambiti per AFT, pur garantendo *“la diffusione capillare degli studi dei PLS nell’ambito dei modelli organizzativi regionali”*. Il numero di PLS è molto inferiore a quello dei MMG nel loro insieme (MMG e MCA), pertanto volendo garantire la possibilità di aggregazioni funzionali efficaci nel permettere assistenza continuativa, sembra logico mantenere ambiti di AFT abbastanza ampi, corrispondenti (ad eccezione delle aree metropolitane) a quelli dei distretti sanitari.

Entrambi gli accordi collettivi nazionali definiscono i **“compiti”** e le **“funzioni”** essenziali delle AFT, che al di là delle specificità sotto riportate in nota<sup>2</sup>, sono fondamentalmente quelli di garantire i livelli essenziali di assistenza, nell’arco delle 12 (PLS) o 24 ore (MMG), alla popolazione di riferimento, attraverso un

<sup>2</sup> Per la Medicina Generale l’ACN prevede infatti, in accordo all’art.29 c.6 e 7:

- 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.

Per la Pediatria di Libera Scelta le funzioni essenziali della AFT delineati dall’ACN (art. 28) 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. La Regione determina le modalità per garantire il servizio tramite il coordinamento dell’apertura degli studi, ivi compresa la consulenza 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 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, 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.



coordinamento tra i componenti le AFT e un'integrazione con le altre professionalità sanitarie del distretto operanti come team multiprofessionali (UCCP), utilizzando anche i sistemi di integrazione informatici in atto in via di pieno sviluppo (in particolare il fascicolo sanitario elettronico – FSE).

Inoltre, viene sottolineata l'importanza di realizzare una **medicina di iniziativa**, per garantire una "effettiva presa in carico degli assistiti" a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi e contribuire all'**integrazione socio-sanitaria**.

È logico che la realizzazione di una presa in carico dell'AFT su pazienti di un determinato territorio, da attuarsi in modo coordinato e continuativo, non può prescindere dalla possibilità di un fluido scambio di informazione tra i professionisti. Relativamente alle AFT entrambi i contratti prevedono tale necessità, sottolineando come sia indispensabile che i professionisti siano *"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**"*.

Il grado di informatizzazione della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta in Sicilia è prossimo al 100% e pertanto non vi sono difficoltà particolari nella realizzazione di sistemi comuni che integrino software anche differenti (in ogni caso il numero di software house è piuttosto esiguo) nella piena fruizione delle informazioni tra medici della stessa aggregazione. Inoltre, lo sviluppo del FSE è ampiamente supportato e in via di realizzazione. La difficoltà maggiore risiede invece nell'integrazione tra tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza territoriale e quindi nel grado di sviluppo di sistemi aziendali, in particolare distrettuali, ancora troppo disomogeneo, e nei collegamenti tra rete ospedaliera e territoriale, criticità che ha limitato anche la messa a regime dei flussi di attività dei MMG e dei PLS verso i distretti, previsti da più di dieci anni dai contratti nazionali e regionali. Obiettivo prioritario della Regione, nell'ambito della digitalizzazione dei sistemi sanitari, è quindi lo sviluppo dei sistemi informatici distrettuali.

Gli accordi nazionali demandano agli Accordi integrativi regionali l'individuazione di **ulteriori compiti e funzioni da attribuire alle AFT, nonché la definizione degli obiettivi** - parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto - da assegnare ai componenti delle AFT e degli indicatori utili al monitoraggio. Il raggiungimento degli obiettivi costituisce *"la base"* (PLS) o comunque *"un elemento"* (MMG) *"per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT"*. In atto gli AIR sono entrambi in via di definizione. Come sarà meglio specificato in seguito, la corretta definizione degli obiettivi sarà cruciale per il raggiungimento dei risultati di salute attesi ed è essenziale una visione di sistema che permetta di far convergere le azioni dei diversi attori del sistema verso obiettivi comuni e di valenza regionale.

Per quel che concerne il funzionamento interno della AFT, questo è disciplinato da un apposito **regolamento** delineato a livello regionale in seno al comitato regionale e quindi contestualizzato dai comitati aziendali provinciali.

## **2.2 Revisione e integrazione del modello di AFT per la Medicina Generale in coerenza del nuovo ruolo unico di medico di assistenza primaria nella nuova rete assistenziale**

Tutti i MMG partecipano alle AFT e il "ruolo unico" previsto dal ACN assegna al MMG una duplice funzione, sia come medico "a ciclo di scelta" con rapporto di tipo fiduciario con i propri assistiti, sia come



medico ad attività “oraria” a servizio degli assistiti della AFT (e anche di più AFT nelle aree urbane). I medici delle AFT, per la gestione dei casi più complessi, operano inoltre in integrazione con gli altri professionisti dei team multidisciplinari (UCCP).

La partecipazione alle AFT non comporta necessariamente un’aggregazione fisica dei medici nella stessa sede, e questo per consentire nei diversi contesti territoriali il mantenimento di una medicina di prossimità, che neanche il pieno sviluppo della telemedicina – quando ciò avverrà - può rendere superato. Inoltre la partecipazione alle AFT non comporta un’attività oraria identica per tutti i componenti (sebbene sia da garantire da parte della AFT nel suo complesso): il passaggio a ruolo unico consentirà di graduare la quota oraria da svolgere in modo inversamente proporzionale al numero di assistiti in carico come MMG a ciclo di scelta, considerando la prima quindi – in linea generale – attività residuale per un Medico che abbia raggiunto il massimale, a meno di non operare una rimodulazione del proprio numero di assistiti in carico o di individuare soluzioni alternative nell’ambito della contrattazione decentrata.

I Medici, quindi, operano:

- “a ciclo di scelta” nel loro studio in forma singola o nelle sedi associative con altri MMG;
- come “attività oraria” nelle sedi delle Case della Comunità e nei presidi di continuità assistenziale all’esterno delle CdC (a favore anche di cittadini non residenti nei cosiddetti “presidi di guardia medica turistica”).

## 2.3 Indirizzi programmatici per il coinvolgimento delle AFT nella nuova rete di assistenza sanitaria territoriale ai sensi del Decreto 3 maggio 2022, n. 77 (CdC, OdC, UCA) – Presa in carico della popolazione

La partecipazione dei MMG e dei PLS alle AFT è la chiave di volta per la realizzazione della presa in carico della popolazione attraverso:

- la condivisione di percorsi assistenziali;
- il pieno accesso ai dati sanitari;
- la possibilità di avvalersi di altri professionisti per approfondimenti diagnostici e assistenziali nell’ambito dei team multiprofessionali o attraverso sistemi di telemedicina;
- la condivisione tra i medici delle AFT e degli altri professionisti operanti nel distretto (convenzionati e dipendenti) degli obiettivi di salute da raggiungere per i propri assistiti. Gli obiettivi devono riguardare sia l’ambito della prevenzione che quello dell’assistenza distrettuale.

È necessario realizzare una reale **presa in carico** dei cittadini, sin dalle prime fasce di età e dai livelli più bassi (e con maggiore numerosità) della piramide di “Population Health Management”. Alla base del processo deve quindi realizzarsi una **stratificazione** della popolazione, così come indicato nel DM77, che tenga conto sia di determinanti sociali che di salute. La Regione Sicilia, con la propria Banca Dati Assistibili (BDA) ha nel tempo sviluppato degli algoritmi di conoscenza del profilo epidemiologico della propria popolazione, “incrociando” dati derivati dai flussi informativi.

La BDA contiene informazioni sulla residenza e sulla posizione in ambito di assistenza sanitaria, derivate dalla Nuova Anagrafe Regionale (NAR), dall’anagrafe SOGEI (Anagrafe tributaria), e dal Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM), nonché informazioni relative alle prestazioni effettuate, derivate da diverse fonti informative (Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), flusso di prestazioni specialistiche e farmaceutiche, Day Service ecc.). Il vantaggio di questo strumento consiste, tra l’altro, nella possibilità di analizzare in modo integrato diversi flussi informativi in modo da disporre di un quadro



più completo dell'assistito, sia in termini di spesa per le diverse prestazioni sanitarie, che per quanto attiene all'analisi della prevalenza di patologie, derivate attraverso l'utilizzo integrato delle diverse fonti informative.

Un punto critico è costituito dalla necessità di ottenere dati squisitamente sociali per una corretta stratificazione dei pazienti e quindi dal rapporto tra le Aziende sanitarie provinciali e gli enti locali, così come tra l'Assessorato della Salute e l'Assessorato al lavoro, famiglia e politiche sociali, ai fini di una programmazione regionale e aziendale per gli interventi socio-sanitari. Per realizzare la stratificazione dei pazienti in base a quanto previsto nel DL 34/2020 e ripreso nel DM77/2022, si potrà aderire al sistema nazionale: la stratificazione della popolazione sarà effettuata a livello centrale, giacché il Ministero della Salute raccoglie tutti i flussi informativi ed ha l'autorizzazione a trattare tali dati sensibili, superando così le difficoltà legate al rispetto della privacy imposte dall'autorità garante e permettendo di inserire tempestivamente i dati relativi alla mobilità passiva.

D'altra parte, gli algoritmi sviluppati nell'ambito del progetto BDA potranno essere utilizzati dalle aziende sanitarie, titolari del dato sanitario, per una programmazione locale, in collaborazione con i comuni per i dati relativi ai determinanti sociali. Questo è stato già sperimentato nell'Azienda provinciale di Palermo per i soggetti con scompenso cardiaco.

La presa in carico deve essere necessariamente realizzata attraverso il coordinamento delle funzioni, operata dal distretto - a sua volta in coordinamento con l'assistenza ospedaliera - tra tutti gli attori, dipendenti e convenzionati, pubblici e privati, così come è necessaria l'integrazione con i servizi sociali degli enti locali e con i servizi offerti dalla rete civica (co-progettazione e co-produzione).

Il coordinamento di tale attività è distrettuale, secondo un modello di medicina proattiva e di case management in cui l'infermiere di famiglia e di comunità (IFC) giuoca un ruolo chiave. La presa in carico viene guidata dal progetto di salute definito per ogni singolo paziente dagli specialisti e condiviso con il MMG. Nei casi di multimorbidità il progetto di salute deve essere adattato in modo dinamico, condiviso tra più specialisti e con il MMG.

Inoltre, è 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, sia come assistenza svolta in forma individuale dal MMG/PLS, sia in forma "aggregata", monoprofessionale, sia infine come forma "integrata" con le altre professioni sanitarie (team multiprofessionali).

Pertanto, volendo delineare il ruolo dei medici in questo "nuovo" assetto dell'assistenza territoriale per una programmazione delle attività, anche come traccia di confronto per la definizione degli accordi integrativi, possiamo schematicamente distinguere le attività come sottorappresentato:

Per la Medicina Generale:

- i medici operano nei propri studi, singolarmente o in associazione, garantendo la prossimità, in base agli orari previsti dall'ACN e dagli AIR come attività "a ciclo di scelta" (FUNZIONI "SINGOLE, INDIVIDUALI"). È la funzione più "usuale", che tesse la relazione con l'assistito e la sua famiglia, ma anche la più "prossima" al cittadino più fragile.
- nelle Case della Comunità svolgono la loro funzione "ad attività oraria" diurna ("FUNZIONI AGGREGATE"):
  - nell'ambito della gestione proattiva della cronicità, in base ad una programmazione basata sulla stratificazione e guidata dai PDTA e coadiuvati estemporaneamente da altre figure professionali (infermieri, specialisti, altre professionalità di cui si doteranno le CdC



quali psicologi, infermieri, farmacisti) in base alla complessità (come AFT o come UCCP, evoluzione dell'attività in AGI prevista dall'AIR 2010).

L'attività svolta nell'ambito dei percorsi assistenziali su soggetti già identificati come affetti da patologia cronica nelle AFT viene riservata ai pazienti di bassa complessità ma per i quali è necessario un follow up attivo, mirato al controllo della patologia e a rallentare l'evoluzione limitando le complicanze, in continuità funzionale con l'UCCP che si occupa di follow up specialistici più intensivi.

La AFT svolge in questo contesto anche una funzione di medicina d'iniziativa nei confronti di target usualmente critici: il target dei "soggetti a rischio" (ad es., soggetti a rischio cardiovascolare per la Medicina Generale, soggetti a rischio di obesità, etc.) ed il target relativo alla "diagnosi precoce" dei pazienti cronici (case finding), che rappresentano, eccetto rare eccezioni, componenti della popolazione attualmente prese in carico con difficoltà e non sistematicamente. La sistematica ricerca "pro-attiva" di tale popolazione, raccordandosi l'AFT con il potenziale organizzativo del Distretto, potrà generare "risultati di sistema" altamente significativi in termini di "salute prodotta" e di "economicità" nel medio-lungo periodo.

- per le urgenze di basso livello assistenziale a favore degli assistiti della propria AFT, in evoluzione dell'attività prevista dall'AIR del 2010 come Punti di Primo intervento (PPI) o, nei centri urbani, anche di più AFT, anche a supporto dell'ambulatorio infermieristici. In Sicilia l'attività dei PPI, già sopra citata, è stata avviata a seguito degli accordi integrativi della continuità assistenziale del 2010. Pur avendo mostrato un'efficacia nel ridurre gli accessi al pronto soccorso, garantendo in oltre 70 presidi sull'isola un'assistenza diurna h12 embricata con i servizi di continuità assistenziale, ha certamente mostrato limiti dovuti all'assenza di integrazione con gli altri servizi distrettuali e con la Medicina Generale e anche alla scarsa conoscenza del servizio offerto tra la popolazione, nonostante una iniziale campagna informativa.

Un'attività meglio coordinata, gestita da medici a doppio ruolo, coadiuvata sistematicamente da infermieri e specialisti e registrata (e quindi disponibile) su un sistema informativo, potrà meglio essere valorizzata ed efficace, nell'ambito delle Case di Comunità. I PPI attivati in funzione di Ambulatori di Codici Bianchi (ACB) a supporto delle aree di emergenza, manterranno invece la loro ubicazione e funzione.

- in programmi di prevenzione primaria e secondaria per il raggiungimento dei target attesi per la popolazione (vaccinazione, screening, educazione su fattori di rischio). È opportuno che le funzioni integrate siano intese anche come funzioni finalizzate alla condivisione ed all'applicazione di "buone pratiche", perché altrimenti verrebbe a perdersi il valore potenziale dell'aggregazione in termini di miglioramento dell'assistenza (nuovi obiettivi di salute comunitaria) ed in termini di "risultati di sistema".
- I medici garantiscono l'assistenza nei prefestivi, festivi e nelle ore notturne (operando ad attività oraria) nei presidi di continuità assistenziale (all'interno o all'esterno delle Case della Comunità). È importante sottolineare come l'ACN, introducendo il ruolo unico di assistenza primaria, di fatto inserisce anche l'attività della Continuità assistenziale tra quelle delle AFT e dei team multiprofessionali. Questo aspetto è particolarmente rilevante in quanto coinvolge un'attività che storicamente è stata "sganciata" dalla presa in carico dei pazienti da parte delle cure primarie nel



raggiungimento degli obiettivi comuni alle altre componenti delle AFT e quindi gli obiettivi di salute del Distretto. Il cittadino che accede alla rete di continuità assistenziale può beneficiare della condivisione di modalità operative e della conoscenza di dati clinici: l'eventuale urgenza può pertanto essere gestita da medici che hanno già in carico il paziente, ne conoscono i dati clinici generali e condividono anche le modalità stesse per gestirne le eventuali fasi di scompenso gestibili in ambito extraospedaliero.

- I MMG operano in seno alle UCCP, componenti strutturali del Distretto, rivolte a target di pazienti con fabbisogni assistenziali complessi e che, quindi, necessitano di una presa in carico "multiprofessionale" (FUNZIONI INTEGRATE).

### I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS)

Anche i PLS partecipano ad una presa in carico che garantisca una continuità dell'assistenza nell'arco delle 12 ore diurne tra i medici delle AFT, sia in risposta alle piccole urgenze che per la presa in carico dei pazienti. Il numero più limitato di PLS sul territorio rispetto ai MMG prevede la possibilità di un'assistenza erogata anche con reperibilità telefonica. Questi aspetti andranno regolamentati dagli accordi integrativi regionali.

Oltre all'attività prestata nei propri studi in singolo o in associazione, particolare importanza per la Pediatria riveste l'attività di prevenzione a garanzia di quanto previsto nel PRP, in merito a vaccinazioni, stili di vita, promozione dell'allattamento al seno nonché nella gestione dei pazienti con problematiche particolari (patologie croniche, DSA, disabilità). Questo tipo di attività può essere erogata all'interno delle Case di comunità e già sono presenti in regione funzioni erogate presso i distretti: i PLS, infatti, in Sicilia garantiscono attività festiva e prefestiva (per 10 ore, dalle 10 alle 20) nei Punti di primo intervento pediatrici (PPI-P) per ridurre gli accessi inappropriati in PS nei giorni in cui l'assistenza sul territorio da parte dei PLS è assente. Anche questa modalità di assistenza ha avuto efficacia disomogenea, ma è stata molto apprezzata dalla popolazione anche per la ridotta numerosità di aree di emergenza con assistenza pediatrica continuativa. Gli accordi integrativi regionali regolamenteranno l'eventuale ampliamento delle fasce orarie di disponibilità.

La sede distrettuale è inoltre adatta anche alla realizzazione di quelle attività "funzionali" proprie della AFT, come la formazione, condivisione di buone prassi, audit, etc.

### PARTECIPAZIONE DEI MMG ALLE UCA

Il DM 77/2022 sancisce l'importanza del servizio di continuità assistenziale garantito dalle USCA durante il periodo pandemico e nella sua rimodulazione in "Unità di Continuità Assistenziali" (UCA) – superata la fase acuta della pandemia - lo affianca a quelli erogati dagli altri professionisti, in "condizioni clinico assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico". Le condizioni previste dal DM 77 sono le seguenti:

- dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;





- presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- gestione di programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti “fragili” (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- gestione di programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, etc.

Quindi ferma restando la “specificità originaria” legata alla gestione dei focolai epidemici o di altri eventi eccezionali, si tratta di servizi in grado di inserirsi in “gap assistenziali” delle cronicità e delle fragilità usualmente gestiti in modo difficoltoso, soprattutto perché spazi di confine tra setting e livelli assistenziali diversi e per i quali una chiara responsabilità non è spesso ben definita o rispettata.

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o di comunità. L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale. L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità.

Il profilo contrattuale dei Medici facenti parte delle UCA è in discussione. Attualmente tale compito è svolto dai MMG come attività oraria (protocollo di intesa tra Assessorato e OO.SS trasmesso con nota prot.18992 del 23.03.2023) ma è possibile che le aziende, in base alle indicazioni della SISAC, inseriscano specifico personale dipendente nelle piante organiche, anche se è da chiarire anche quale specializzazione dovrebbe possedere il medico dipendente.

## 2.4 Forme organizzative multiprofessionali (UCCP)

Gli AACCN di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta definiscono l'UCCP come forma organizzativa multiprofessionale (team) *“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 che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità”*.

Le UCCP sono caratterizzate dalla multiprofessionalità per rispondere *“ai bisogni di salute complessi”* e comprendono, oltre ai MMG e PLS, altri medici dipendenti, gli specialisti ambulatoriali interni, gli infermieri, nonché potenzialmente altri professionisti.

Le UCCP, per la loro composizione e per le loro finalità, sono quindi chiamate a prendere in carico i target di pazienti **a maggiore complessità assistenziale**, ed in particolare i pazienti cronici. La tipologia di accesso alle UCCP è differenziata in percorsi assistenziali programmati in base alla complessità, che seguono, all'interno del Servizio, vie diverse.

La capacità di stadiazione dei pazienti in questione, effettuata a seguito della stratificazione secondo quanto precedentemente descritto, potrà essere facilitata dall'esistenza di un Registro dei Pazienti Cronici, allocato e gestito presso lo Sportello dei Pazienti Cronici, cioè uno “Sportello dedicato” alimentato dai MMG/PLS operanti nelle AFT, ma anche grazie ai pazienti segnalati dai presidi ospedalieri attraverso lo strumento delle dimissioni assistite o “facilitate”, (ogni paziente cronico che abbia avuto un transito dall'ospedale, con o senza ricovero, è da considerare un paziente a rischio, e quindi da prendere in carico



e valutare il più tempestivamente possibile da parte del proprio MMG/PLS e dell'AFT del Distretto, a seguito di segnalazione della dimissione, sia dalle Unità Operative di Degenza, sia dalle Aree di Emergenza).

Oltre a tale circuito, l'invio dei pazienti secondo una scala di priorità di presa in carico potrà avvenire anche grazie alla selezione dei pazienti, nelle attività routinarie di assistenza svolte dal MMG/PLS ai propri assistiti ("Funzioni individuali" svolte negli Studi di MMG/PLS).

I pazienti cronici suddivisi in base alla loro complessità seguiranno percorsi differenziati nella struttura UCCP, ed in particolare:

- i sub-target a maggiore complessità) necessiteranno di una gestione integrata con follow up specialistico intensivo coordinato dal case manager e, ove necessario, essi potranno essere gestiti attraverso un'integrazione nel percorso anche della specialistica ospedaliera;
- per i sub-target a medio/bassa complessità, la gestione integrata verrà garantita con formule di presa in carico specialistica meno intensive, caratterizzate, quindi da un follow up specialistico meno frequente. È ovvio che il Piano di Cura di tali pazienti prevedrà comunque un follow up attivo da parte dei MMG/PLS componenti dell'AFT, integrato con l'Ambulatorio Infermieristico e con lo Sportello dedicato, che ne monitorerà il percorso;
- per tutti i sub-target di cui sopra va sempre utilizzato l'approccio pro-attivo, con piani di cura programmati annualmente, gestiti attivamente e monitorati, che prevedano specifici alert nel caso di rischio di scompenso di malattia ed il recall nel caso di drop out;
- è molto importante un ulteriore collegamento UCCP-AFT-Distretto (Ambulatorio Infermieristico, Uffici per l'Educazione alla salute, etc.) per l'attuazione di programmi strutturati di educazione del paziente e dei caregiver all'autocura.

Uno strumento essenziale per la pianificazione dell'attività delle UCCP è lo sviluppo del "**day service territoriale**" in cui definire pacchetti di prestazioni che consentano un'efficacia della presa in carico con un minore disagio del paziente e una semplificazione amministrativa.

L'UCCP potrà, inoltre, prendere in carico altri target complessi di pazienti e sviluppare programmi speciali. In particolare, sarebbe importante, ove possibile, lo sviluppo di programmi specifici relativi alle Cure Palliative di base, in raccordo con le AFT, che potrebbero costituire la piattaforma, previa adeguata formazione delle figure coinvolte, per mobilitare risorse economiche specifiche, spesso esternalizzate, da re-investire nell'ambito delle Cure Primarie.

Ulteriori programmi speciali, presi in carico dal Distretto in accordo con le AFT e le UCCP possono essere quelli legati all'appropriatezza dell'uso di farmaci a impatto critico o altri programmi di appropriatezza e di governo clinico, quali l'articolazione di specifici PDTA rivolti a target di pazienti con patologia mentale, verso i quali in atto, con le dovute eccezioni dei contesti più avanzati, difficilmente vi è una regolare presa in carico da parte del MMG/PLS e degli stessi operatori del Distretto

### **2.5 Indirizzi e indicatori per la strutturazione di un sistema di monitoraggio delle attività delle AFT e delle UCCP**

Le attività delle AFT e delle UCCP devono mirare alla presa in carico della popolazione affidata al distretto. Come sopra già specificato, gli accordi nazionali demandano agli Accordi Integrativi regionali la definizione degli obiettivi - parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto - da assegnare ai componenti delle AFT e delle UCCP, nonché degli indicatori utili al monitoraggio. Il



raggiungimento degli obiettivi costituisce elemento fondamentale per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT e della UCCP.

Al di là di indicatori strutturali (n. di AFT e di UCCP, n. medici coinvolti...) e di attività (apertura al pubblico, numero di pazienti presi in carico, adesione ai PDTA) è fondamentale che vengano strutturati indicatori di esito, in coerenza con quelli indicati dal Nuovo Sistema di Garanzia<sup>3</sup> (NSG), sia nell'ambito della prevenzione che nell'ambito dell'assistenza distrettuale. Ad esempio, devono essere condivisi gli obiettivi inerenti alla copertura vaccinale dei minori e degli adulti; l'adesione ai programmi di screening; i tassi di ospedalizzazioni i pazienti con patologie croniche; gli accessi al P.S. per problematiche di basso livello; i tassi di consumo di alcuni farmaci "traccianti".

A tal fine è necessario strutturare un sistema di obiettivi e indicatori comuni o comunque sinergici tra personale convenzionato e dipendente delle aziende sanitarie territoriali e, per i percorsi più complessi, del personale ospedaliero.

L'AFT si organizzerà al proprio interno nel rispetto delle specifiche dei singoli componenti: ciò permetterà anche di conseguire un miglior governo del sistema in questa delicata fase di passaggio dall'attività "usuale" a quella prevista dal nuovo ruolo unico a ciclo di scelta e ad attività orari.

---

<sup>3</sup> Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA e aggiorna il Sistema di Garanzia avviato nel 2000. Il NSG è stato introdotto con il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, ed è operativo dal 1° gennaio 2020.

Gli indicatori individuati dal DM 12 marzo 2019 (allegato I) sono 88, distribuiti per macro-aree:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica
- 33 per l'assistenza distrettuale
- 24 per l'assistenza ospedaliera
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario
- 1 indicatore di equità sociale
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali - PDTA (BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore mammella nella donna, tumore colon e tumore retto).



### 3. INDIRIZZI PROGRAMMATICI

#### 3.1 Indirizzi per l'attuazione del D.A. 29 luglio 2022 – Tecnologie Diagnostiche

Il Decreto 29 luglio 2022 - "Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie, di supporto ai MMG e PLS" che fa seguito a quanto previsto dall'art. 1, comma 449, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, assegna alle Regioni specifiche risorse «per far fronte al fabbisogno di apparecchiature sanitarie finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei MMG nonché dei PLS, al fine di migliorare il processo di presa in cura dei pazienti nonché di ridurre il fenomeno delle liste di attesa»

Tale intervento, previsto prima della emanazione del DM77, aveva già visto realizzare in Regione uno specifico accordo sia con i Medici di Assistenza primaria (DA 1101/2020) che con i PLS (DA1100/2020), a seguito di una ricognizione del fabbisogno realizzato con le OO.SS..

Il nuovo assetto definito dal DM77 ha comportato un riadattamento del piano, e le apparecchiature di diagnostica di primo livello, in coerenza con la riorganizzazione della rete territoriale del Servizio sanitario nazionale prevista dalla Component 1 della Missione 6 del PNRR e dal regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, di cui all'art. 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 verranno assegnate prioritariamente:

- alle Case della Comunità hub;
- alle Case della Comunità spoke;
- agli spoke rappresentati dagli studi dei MMG e PLS;
- alle aggregazioni di medicina di gruppo tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne, rurali, piccole isole e periferie urbane, nel pieno rispetto del principio di prossimità.

#### 3.2 Obblighi informativi – Alimentazione del FSE

I medici dell'assistenza primaria a ciclo di scelta curano la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata dei propri assistiti e la condividono con gli altri medici della AFT nell'ambito del sistema informativo regionale ad utilità dell'assistito e del S.S.N., nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure.

Il FSE rappresenta uno strumento indispensabile nella condivisione dei dati ed in Sicilia vi è stata ampia partecipazione della Medicina Generale nell'alimentazione del fascicolo. È necessario che tutti gli attori che emettono documenti sanitari li riversino nel fascicolo, permettendone una reale valorizzazione. I medici di assistenza primaria alimentano il fascicolo con il "Patient summary" (PS) o "profilo sanitario sintetico" sebbene l'aggiornamento non sia regolarmente garantito. Il nuovo ACN prevede tra i compiti l'aggiornamento del PS. I sistemi LIS e RIS delle strutture regionali pubbliche e private hanno iniziato ad alimentare il fascicolo. La ricetta dematerializzata in Sicilia è già pienamente avviata da parte degli MMG e meno da parte degli specialisti ospedalieri e accreditati.

Fondamentale è la possibilità di accedere al fascicolo per la consultazione e per l'alimentazione da parte del MMG operante nei presidi di continuità assistenziale.



Le aziende garantiscono lo sviluppo e l'adeguamento dei sistemi informatici distrettuali a supporto della gestione degli assistiti ed in particolare i soggetti con patologia a lungo termine e la piena integrazione con i software utilizzati dai MMG e i PLS.

### 3.3 Formazione continua: indicazioni per la programmazione

Sia per le AFT che per le UCCP non va considerata soltanto l'integrazione per la produzione (l'erogazione dell'assistenza), ma anche l'integrazione per l'apprendimento e la conoscenza (la formazione congiunta e la condivisione di "buone pratiche" evidence-based, l'analisi dei dati e delle performance, ...): le logiche di governo clinico, per potersi affermare, devono essere "sistemiche", devono, cioè, coinvolgere tutti gli attori assistenziali del territorio. Pertanto, momenti di formazione "monoprofessionale" (in seno alle AFT) e "multiprofessionale" (in seno alle UCCP o integrati AFT/UCCP), gli audit su tematiche e su casi specifici devono costituire una prassi regolare della vita delle AFT e delle UCCP.

A livello regionale, sono stati strutturati e in via di approvazione tre programmi specifici a supporto della applicazione del DM77, gestiti dal Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario (CEFPAS):

- un corso sul DM 77 rivolto a figure chiave (team guida) delle aziende sanitarie territoriali (anche se in una fase successiva è previsto il coinvolgimento delle aziende ospedaliere e universitarie).
- delle aziende
- un corso specifico sull'Infermiere di famiglia e di comunità, rivolto a tali "nuove" figure, ove si prevede un coinvolgimento di 800 IFC;
- un corso specifico sui direttori di distretto.



## INDICE TABELLE

N.	DESCRIZIONE TABELLA
1	Quadro di sintesi delle strutture di erogazione
2	Rete dei PTA attivati in Sicilia
3	Distribuzione dei Medici di Medicina Generale per Provincia
4	Distribuzione dei Pediatri di Libera Scelta per Provincia
5	MCA attivi in Sicilia – anno 2021
6	SAI attivi in Sicilia – anno 2021