DEFINIZIONE DEL MODELLO REGIONALE DI AFT.

Premessa sul contesto e breve cenno sugli elementi innovativi degli Accordi Collettivi Nazionali

Con gli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale sottoscritti nel 2022 (triennio 2016-2018) e nel 2024 (triennio 2019-2021), sono state introdotte rilevanti innovazioni, come il Ruolo Unico e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali 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.

L'istituzione del Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria introduce una nuova figura professionale che svolge attività sia a *ciclo di scelta* (ex medico di assistenza primaria) che *attività oraria* (ex medico di continuità assistenziale). I Medici di Medicina Generale del Ruolo unico, infatti, a partire dall'anno 2025, sono contrattualizzati a 38 ore settimanali con obbligo di apertura dello studio e con una strutturazione del rapporto che prevede l'acquisizione progressiva delle scelte modulata (in modo inversamente proporzionale) alla attività oraria, con il mantenimento di un equilibrio tra le due attività, definito dall'ACN, per cui il numero delle ore varierà in base al numero di scelte che progressivamente andranno ad aumentare o a diminuire, garantendo al professionista comunque la medesima retribuzione delle 38 ore iniziali.

L'ACN prevede che il Medico del Ruolo Unico svolga la propria attività in forma associativa "di rete" monoprofessionale, denominata Aggregazione Funzionale Territoriale – AFT, a cui i medici partecipano obbligatoriamente, pena la perdita della convenzione. In tale forma associativa i MMG, oltre a condividere percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit, condividono le informazioni degli assistiti di "scelta" per una presa in carico da parte di tutta la AFT, sia nell'attività di studio che in quella oraria, svolta nelle sedi individuate dall'azienda sanitaria.

Nell'ACN viene specificato che la AFT *"...garantisce anche 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"* (art. 29 co. 3) e inoltre *"garantisce la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nell'ambito dei modelli organizzativi regionali e può disporre di una sede di riferimento individuata dall'Azienda o dai medici componenti"* (art. 29 co. 4).

Il gruppo dei Medici della AFT prende in carico una porzione di popolazione, perseguendo quindi gli obiettivi di salute stabiliti per la stessa dalla programmazione regionale e ne condivide i dati sanitari, in modo tale che l'assistito avrà come punto di riferimento il proprio medico (nello studio) e l'intero gruppo di medici che opera nei singoli studi e nelle sedi di riferimento delle AFT, aperte - almeno in una sede - H24 e 7 giorni su 7, organizzato secondo il modello regionale definito nel presente documento, dove lo stesso medico o collega associato, svolge l'attività oraria.

Un'innovazione di tale portata comporta una gestione attenta *della fase transitoria* che accompagni il passaggio dallo *status quo ante* la "nuova" assistenza primaria.

Risulta necessario fare un excursus sull'evoluzione del Ruolo Unico ed evidenziare che, già con la sottoscrizione dell'ACN 2016-2018, tutti i medici titolari di incarico di Assistenza Primaria (MMG) e di Continuità Assistenziale (C.A.) hanno assunto la denominazione di Medici del ruolo unico di assistenza primaria (art. 31 ACN 2016-2018 punto 1) prevedendo la loro operatività all'interno delle AFT.

L'effettivo passaggio al Ruolo Unico (con contestuale attività a scelta e a ciclo orario) è però di fatto regolamentato nell'ACN 2019-2021 sottoscritto nel 2024 che, all'art 31 co 3 recita: *"Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria già operanti a tempo indeterminato di cui al comma precedente, l'Azienda propone il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale di cui all'articolo 38 del presente Accordo, al fine della riconduzione ad una unica AFT dei rapporti convenzionali finora possibili fra diverse Aziende, anche di altre Regioni.... Il completamento è offerto ai medici con maggiore anzianità di incarico operanti in AFT e successivamente in Azienda... L'accettazione del completamento comporta il conferimento dell'incarico del ruolo unico di assistenza primaria di cui al presente Accordo."* e all'art 32 co 8 ribadisce

che, prima di procedere con i bandi ex art. 33 (Assegnazione di incarichi e instaurazione del rapporto convenzionale a 38 ore settimanali e contemporanea apertura dello studio) per coprire le zone carenti, sia l'Azienda a proporre "...ai medici, già titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta all'entrata in vigore dell'ACN, il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario. Ai medici già titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario (24 ore), l'Azienda propone il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente ricompreso nella AFT di riferimento, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'articolo 38, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale".

Risulta evidente che l'ingresso nel Ruolo Unico, se può risultare di facile approccio per i nuovi assunti, ha bisogno di un accompagnamento esplicativo per i professionisti che già operano nel sistema e per i quali, essendo cambiate le regole di ingaggio, si trovano a dovere ampliare e cambiare la loro visione del mondo professionale in cui hanno operato fino adesso.

E' importante sottolineare che mentre per i medici di nuova convenzione il passaggio a ruolo unico è obbligatorio e rappresenta l'unica modalità per esercitare la medicina generale, per i medici di medicina generale già attualmente convenzionati con il SSR, sia di assistenza primaria che di continuità assistenziale - mentre è obbligatorio fin da adesso far parte di una AFT (e quindi condividere con gli altri medici gli obiettivi di salute per una stessa popolazione) - tale passaggio, sebbene certamente auspicabile, è opzionale: pertanto un medico potrà, pur facendo parte obbligatoriamente di una AFT, lavorare solo con modalità a scelta nel proprio studio o al contrario solo in attività oraria nelle sedi aziendali.

Prima di contrattualizzare nuovi professionisti a 38 ore con contemporanea apertura dello studio, l'ACN dà priorità nella scelta del ruolo unico ai Medici già convenzionati a tempo indeterminato (a scelta e ad attività oraria) proprio per permettere il completamento dell'incarico fino alle 38 ore. Pertanto le Aziende, in esito ad apposita ricognizione, potranno comunicare le carenze all'Assessorato della Salute per la assegnazione della titolarità secondo el modalità indicate nel citato ACN.

Le funzioni di programmazione della Regione

Oltre alle novità sopra riportate, altro elemento da sottolineare è il ruolo svolto dalla Regione a cui l'ACN demanda la programmazione e definizione di un modello tipo di assetto organizzativo delle AFT (art. 2 co. 2) e all'art. 8 stabilisce che "...le Regioni definiscono ai sensi della normativa vigente gli atti di programmazione inerenti alle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, osservando i seguenti criteri generali:

- ✓ istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
- ✓ 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;
- ✓ realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi".

Lo stesso art. 8 al co.3 riporta al tavolo di contrattazione (Accordi Integrativi Regionali) le modalità attuative del modello regionale da definire in accordo con le OO.SS. di categoria.

Con questo Decreto Assessoriale si intende definire il modello organizzativo dell'AFT e la sua istituzione su tutto il territorio regionale.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE AFT NELLA REGIONE SICILIANA

Il Decreto di istituzione delle AFT, nell'allegato "A" esplicita l'allocazione territoriale delle stesse AFT quali ambiti su cui calcolare le carenze assistenziali a modifica del precedente D.A. D.A. 26 ottobre 2006; in questo allegato "B" si definisce il modello organizzativo delle AFT come segue:

- ⊘ ogni AFT deve avere *almeno* una sede aziendale di accesso ("sede unica di AFT") facilmente riconoscibile dalla popolazione che garantisca l'accessibilità h24;
- ⊘ una AFT può avere più sedi di accesso (una principale e altre secondarie) secondo le esigenze del contesto rilevate dall'Azienda, in base all'estensione del territorio su cui insiste la stessa AFT, la viabilità, la densità della popolazione e ogni altro elemento che renda necessaria una maggiore prossimità dell'aggregazione di assistenza primaria. Tali sedi "secondarie" possono garantire l'accessibilità h24 o h12 sempre secondo le esigenze del contesto rilevate dalle Aziende nell'ambito della loro autonomia gestionale;
- ⊘ ogni AFT potrà anche garantire un'assistenza primaria notturna h4 (20-24) in un'altra sede (o più sedi) in base alle necessità del territorio definite dalle Aziende nell'ambito della loro autonomia gestionale (tale aspetto potrà oggetto di approfondimento in AIR per adattarlo alle realtà territoriali);
- ⊘ in ogni Casa della Comunità (CdC) Hub e Spoke (attualmente sono state avviate in fase sperimentale una casa di comunità in ogni provincia, ma saranno tutte attivate e completate, in linea con il CIS, entro il 2026) deve esserci almeno una sede della AFT che ne garantisca l'accessibilità h24; nel caso in cui la CdC insista in un territorio che ricomprende più AFT, ognuna di esse dovrà avere un punto di accesso nella CdC, per garantire a tutta la popolazione presa in carico eguale livello assistenziale;
- ⊘ le AFT sono collegate informaticamente con le COT, gli OdC, il 116117 ed ogni altro livello assistenziale secondo le Linee Guida CdC regionali pubblicate e i documenti di Agenas.
- ⊘ per ogni AFT in CdC l'Azienda assegnerà un Infermiere della CdC per ogni turno; nelle sedi di AFT fuori dalle CdC ma in sedi Aziendali, l'Infermiere sarà presente solo nelle ore diurne;
- ⊘ le Aziende potranno avvalersi dei professionisti delle AFT per organizzare l'assistenza medica negli Ospedali di Comunità (OdC), programmando i turni (secondo le indicazioni inserite in AIR) e utilizzando in egual misura le risorse di tutte le AFT che insistono nel territorio dell'OdC.

La AFT come nuova formula associativa

"Ai sensi della normativa vigente i medici di medicina generale operano all'interno del nuovo assetto definito dell'articolo 2, comma 3 del presente Accordo e aderiscono, secondo quanto previsto dal precedente articolo 6, 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." (art. 8 co. 3).

L'ACN pone, quindi, come condizione irrinunciabile del rapporto convenzionale la partecipazione al sistema informativo regionale e nazionale dei MMG delle AFT che operano nel loro studio (a ciclo di scelta) e nelle sedi aziendali (ad attività oraria) e all'art. 29 co. 9 prevede che: *"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"*, segnando, così, il superamento del concetto di medicina di gruppo delineata dai precedenti ACN (fino a quello siglato nel 2009 - quadriennio normativo 2006-2009).

La AFT, pertanto, diviene la nuova formula associativa della medicina generale, che, come sopra già detto, persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.

Le funzioni dell'AFT

Secondo quanto previsto nell'ACN (art. 29 co. 6) *"...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."*

L'istituzione delle AFT ai sensi del ACN 2024 innova profondamente il ruolo del MMG e costituisce un supporto normativo tra i più importanti per un cambiamento radicale dell'assetto della medicina territoriale.

A. I MMG di una AFT garantiscono il primo livello di presa in carico della popolazione ad essa affidata nell'intero arco delle 24 ore:

1) Il MMG che esercita a ciclo di scelta (che abbia aderito o meno al ruolo unico),

a) svolge la sua attività "a ciclo di scelta" nel proprio studio, mantenendo o costruendo un rapporto diretto con il paziente come medico "di fiducia" ed eventualmente "di famiglia" e ne costituisce il punto di riferimento per la gestione della salute, in senso globale. Esercita tale attività per le ore previste dall'ACN ed eventualmente meglio specificate nell'AIR e preferibilmente per appuntamento. L'orario dell'attività nel proprio studio è comunicato all'ASP e pubblicizzato nel sito della AFT.

b) fornisce una risposta nell'arco delle ore diurne anche a favore dei pazienti che hanno scelto un altro medico della stessa AFT. Tale risposta è resa possibile anche dalla condivisione delle informazioni sul paziente necessaria tra i medici delle AFT e può essere fornita nel proprio studio o – limitatamente ai medici a ruolo unico - presso la sede della AFT. Tale scelta organizzativa, da definire preventivamente anche in merito alle prestazioni da erogare (non differibili), deve essere indicata nel regolamento della specifica AFT, nell'ambito di scelte operate in seno alle AFT da concordare con la direzione del distretto (secondo le indicazioni inserite in AIR) e può anche derivare da particolari condizioni orogeografiche. L'orario e le modalità previste per tale attività sono pubblicizzate nel sito della AFT.

2) Il MMG che esercita ad attività oraria (che abbia aderito o meno al ruolo unico),

a) garantisce una continuità assistenziale nei festivi e nelle ore notturne, a favore di tutti gli assistiti della propria AFT nella sede unica e nelle altre sedi definite dalla programmazione regionale per tale attività. L'accesso da parte dei cittadini sarà coordinato principalmente dal servizio 116117 e prevede di garantire una copertura oraria più ampia almeno nella sede unica della AFT (e quindi nelle Case di Comunità) e una copertura più ridotta (ad esempio dalle 20 alle 24), in base alla programmazione regionale, in sedi diverse, a seguito di una rimodulazione della attuale rete dei presidi di continuità assistenziale. Almeno fino alla completa attivazione del servizio 116117 sarà consentito un accesso diretto. Inoltre la continuità assistenziale viene garantita per le prestazioni indifferibili anche nelle ore diurne presso la sede della AFT. Tale funzione è offerta *erga omnes*, anche agli eventuali utenti non assistiti dalla AFT, secondo modalità definite nel regolamento e con l'eventuale pagamento per la prestazione da parte di cittadini non residenti in regione, previsto dal ACN vigente. L'esperienza dei Punti di Primo Intervento ha dimostrato una funzione di assistenza apprezzata dai cittadini ed in grado di ridurre l'accesso improprio alle aree di emergenza, anche grazie alla possibilità di avvalersi del

supporto della specialistica ambulatoriale presente nei PTA e che sarà presente nelle Case della Comunità in cui avranno sede le Sedi uniche della AFT.

b) garantisce una attività di medicina proattiva all'interno delle sede unica della AFT. L'attività viene svolta nelle ore diurne dei giorni feriali, con la remunerazione aggiuntiva prevista dall'ACN. Si tratta di una attività incardinata in un processo di presa in carico dei pazienti affidati alla AFT in forte integrazione con il Distretto sanitario, che prevede, sulla base dell'individuazione di pazienti target precedentemente effettuata a seguito di elaborazione e analisi dei dati (soggetti a rischio; soggetti con patologia cronica non aderenti ai PDTA; soggetti con compenso non mantenuto evidenziato dall'analisi dei dati clinici condivisi; non-responders alle campagne vaccinali; non-responders alle campagne di screening; ...) il richiamo attivo dei soggetti individuati e l'intervento individuale o su gruppi omogenei, da parte dei MMG.

Tale intervento deve essere pianificato – in relazione alle diverse fattispecie - avvalendosi delle professionalità amministrative e sanitarie interne al distretto. Per le attività di primo livello, oggetto di questo paragrafo, i MMG saranno supportati almeno da amministrativi e personale infermieristico. Tutta l'attività è monitorata e i risultati contribuiscono alla valorizzazione della parte variabile del compenso economico. Tale attività valorizzerà la parte variabile di tutti gli attori del team multiprofessionale che intervengono nel processo/percorso di presa in carico: specialistica (convenzionata e dipendente), infermieri, altre professionalità.

B. Le AFT garantiscono il secondo livello di presa in carico di ciascun territorio di competenza in integrazione con la specialistica ambulatoriale e le altre professionalità presenti nel distretto, nell'ambito dei **team multiprofessionali** (definiti come tali dal DM 77/2022 e che costituiscono l'evoluzione delle Unità Complesse di Cure Primarie – UCCP previste fin dal ACN 2009 e dalla L.189/2012 "Balduzzi")

Ogni AFT ha un team multiprofessionale di riferimento, con cui si relaziona per la gestione della popolazione in carico, sia per le prestazioni utili ad occasionali approfondimenti, di livello territoriale (ad esempio quesiti diagnostici o terapeutici, che non comportano lo sviluppo di ulteriori percorsi), sia per la presa in carico nell'ambito di una patologia cronica. In questo caso, di gran lunga più rilevante sotto il profilo gestionale, la relazione sarà pianificata all'interno di un piano assistenziale individualizzato, definito alla luce di uno o più PDTA, il cui rispetto è garantito affidandone la gestione ad un *case manager*, individuato generalmente nella figura dell'infermiere territoriale del distretto (Infermiere di comunità).

Il ruolo del MMG della AFT nel team multiprofessionale è essenziale per la corretta individuazione delle priorità e dell'inquadramento del paziente, che viene "presentato" al Team in base ad una stratificazione condivisa nell'ambito dei PDTA e con le necessarie informazioni per una corretta e sicura presa in carico. Il MMG inoltre può prendere in carico pazienti che entrano nei percorsi attraverso l'inserimento da parte di specialisti o a seguito di dimissioni "protette" o "facilitate" dai presidi ospedalieri. Infine il MMG è una figura chiave per vigilare sulla corretta esecuzione di quanto previsto nel piano di salute (avendo la maggior frequenza nei contatti con il paziente e con il suo caregiver), nonché nel garantire, attraverso l'attività oraria di medicina proattiva, la minimizzazione del fenomeno della "perdita al follow up" dei pazienti cronici che non rispettano quanto previsto nei piani di cura o che risultano non a *target* in base agli indicatori condivisi.

Anche il Team Multiprofessionale di cui la AFT fa parte ha in carico una porzione di popolazione, che sebbene non sia stata definita negli AACNN, è logico che debba corrispondere ad una o più AFT in modo che comunque una AFT abbia a riferimento un unico Team Multiprofessionale. Il referente della AFT dovrà quindi raccordarsi con i referenti dei Team. I Team Multiprofessionali devono essere

organizzati per percorsi in modo che si possa effettuare una corretta programmazione dell'offerta all'interno delle Case della Comunità, sia HUB (con una maggiore offerta specialistica) che spoke.

I Medici delle AFT hanno un ruolo determinante nel pianificare i percorsi assistenziali e governarne la corretta esecuzione da parte di tutti gli attori dell'assistenza e per sviluppare l'empowerment del paziente, rendendolo consapevole e esperto nella gestione della propria patologia cronica.