

LE AFT

AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI NEL CONTESTO DELLA ASL 2 DELLA GALLURA



INDICE

Premessa

Programmazione di nuove forme organizzative – AFT e UCCP

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Il Referente di AFT

Il modello AFT nel contesto del territorio dell'ASL GALLURA

Distretti individuati

Compiti delle AFT

Il Referente di AFT

Compiti del Referente AFT

Premessa

Il nuovo paradigma della medicina di iniziativa e la cronicità hanno concorso negli ultimi anni ad una necessaria revisione e riorganizzazione dei percorsi assistenziali di presa in carico dei bisogni di salute della persona secondo un nuovo modello di gestione integrata interdisciplinare e multiprofessionale.

Il DM 77/2022 definisce una nuova organizzazione del territorio istituendo le Case di Comunità, strutture sanitarie radicate nei territori che costituiscono articolazioni dei Distretti Sanitari. Il Decreto specifica quali risorse, quali competenze, quali professionisti e quali attività devono essere ricollocate all'interno delle Case di Comunità.

L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art.8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e s.m.i., triennio 2019-2021 rimette profondamente in discussione il contesto organizzativo della medicina generale nel territorio ed il descrivono nuove forme organizzative dell'assistenza primaria e del ruolo del medico di medicina generale in rapporto di convenzione con le Aziende Sanitarie, che vi opera obbligatoriamente.

Programmazione di nuove forme organizzative – AFT e UCCP

I nuovi modelli di presa in carico della cronicità prevedono una responsabilizzazione dei soggetti a cui sono rivolti e degli operatori sanitari e non che vi prendono parte, ed un importante impegno di risorse insieme ad una forte integrazione socio-sanitaria dei servizi.

La cronicità non può e non deve essere affrontata secondo il modello usuale dell'assistenza sanitaria - l'effettuazione e rendicontazione di prestazioni sanitarie - come avviene nella patologia acuta o in situazioni di emergenza-urgenza, ma si basa sul concetto di ***presa in carico (accountability)*** che è una modalità diversa che ingloba all'interno le prestazioni sanitarie. Prendere in carico vuol dire misurare e definire i *bisogni* del malato e definire un ***progetto assistenziale individuale e personalizzato***, che prevede un calendario di prestazioni sanitarie, terapeutiche e diagnostiche unite a processi assistenziali a carico di personale medico ed infermieristico, sia ambulatoriale che domiciliare.

Si tratta di un progetto ambizioso e necessario, da aggiornare, integrare e modificare nel tempo in base alle criticità che man mano potranno presentarsi. Deve garantire equità di accesso, capillarità dell'assistenza multidimensionale ed interdisciplinare, personalizzazione dell'assistenza e migliore uso delle risorse assegnate. Deve portare al miglioramento della qualità della vita dell'utente affetto da cronicità attraverso una gestione integrata monitorata mediante indicatori opportunamente individuati, senza dimenticare la rete sociale (famiglia/caregiver) all'interno della quale si pone.

Per tale ragione nasce l'esigenza di un'ulteriore riorganizzazione dell'assistenza territoriale, in virtù di un contesto socio-economico-demografico già in parte mutato ed ancora in corso di cambiamento, che ha bisogno di strutturare un dialogo più continuo tra professionisti della salute, anche avvalendosi del supporto di strumenti informatici e telematici adeguati ai bisogni emergenti.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), come sancito nell'A.C.N., sono forme organizzative monoprofessionali con specifici obiettivi e condivisione di strumenti operativi e percorsi, di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

Attraverso un apposito regolamento aziendale è codificato il funzionamento interno delle AFT, che hanno il fine di assicurare:

- L'erogazione dei LEA sul territorio di propria competenza;
- La realizzazione di percorsi integrati ospedale-territorio secondo il paradigma della medicina di iniziativa e di PDTA;
- La promozione di corretti stili di vita, equità di accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nell'ottica della diffusione di appropriatezza clinico-organizzativa, buone pratiche cliniche;
- Il buon uso delle risorse nell'ottica della sostenibilità economica.

L'operatività di tali modelli organizzativi è stata individuata all'interno delle Case della Comunità, oppure presso altre sedi aziendali opportunamente individuate, incluse le sedi dei Distretti o presso i Presidi Ospedalieri, mantenendo comunque una popolazione di riferimento fino ad un massimo di 30.000 abitanti, a seconda delle caratteristiche del territorio di riferimento.

Gli specialisti ambulatoriali sono parte integrante dell'organizzazione delle UCCP, al fine di offrire ulteriori percorsi semplificati di accesso all'assistenza specialistica.

È previsto un referente per ogni AFT. Il rapporto medio tra MMG e assistiti è definito in 1/1200. Le AFT si rapportano all'interno delle Case di Comunità e possono comprenderne anche più di una fino ad un massimo di 30.000 assistiti. Ad esempio la CdC di Olbia a cui afferisce una popolazione di 65.000 abitanti

In Gallura sono previste 9 Case di Comunità, 2 di tipo HUB e 7 di tipologia SPOKE:

- Olbia
- Tempio Pausania
- Santa Teresa di Gallura*
- La Maddalena
- Arzachena*
- San Teodoro
- Berchidda
- Buddusò
- Trinità d'Agultu



A regime sarà attivata una AFT per ogni Casa di Comunità, o in accorpamento, dove la dimensione della popolazione all'interno della casa di Comunità, non permette l'operatività della stessa, come ad esempio nella CdC di Buddusò o di Santa Teresa di Gallura o di Trinità d'Agultu. Nelle fasi iniziali le AFT potranno essere accorpate anche e soprattutto per permettere il progressivo inserimento dei MMG.

Verranno inizialmente costituite le seguenti AFT:

- Olbia Nord, su circa 30.000 residenti;
- Olbia Sud, su circa 30.000 residenti;
- Olbia Centro, quando andranno a regime le altre 2 AFT che operano su Olbia;
- San Teodoro per circa 15.000 abitanti;
- Berchidda-Buddusò, per circa 15.000 abitanti;
- Tempio-Trinità d'Agultu per circa 30.000 abitanti (a regime saranno separate);
- Arzachena- Santa Teresa di Gallura, che copre la fascia del Nord della Gallura, con circa 25.000 abitanti;
- La Maddalena, con circa 10.000 abitanti, che nelle fasi di avvio potrà operare in condivisione con la AFT del Nord della Gallura.

Il Referente di AFT

Come disciplinato dall'ACN per i rapporti con i medici di MG, il referente di AFT, individuato dal Direttore Generale, ha la funzione di coordinatore organizzativo e di integrazione professionale dei componenti dell'AFT in riferimento a governo clinico, processi assistenziali e percorsi integrati con AFT Specialistica Ambulatoriale, AFT Pediatria di Libera Scelta e UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). Concorre inoltre al coordinamento e organizzazione dell'attività ambulatoriale esterna, dell'attività in strutture residenziali e semiresidenziali, nelle strutture di ricovero non dedicate ai malati in fase acuta e negli istituti penitenziari.

Il modello AFT nel contesto del territorio dell'Azienda SSL n.2 della Gallura

In linea con quanto espresso in premessa e in riferimento ai citati documenti di programmazione regionale, la ASSL della Gallura ha valutato l'opportunità di realizzare il nuovo modello organizzativo tenendo conto di elementi quali:

- popolazione residente all'interno di ciascuna delle tre aree distrettuali in cui il territorio di competenza risulta suddiviso;
- numero di Medici di Medicina Generale a regime di scelta e di PLS operanti in ogni Distretto;
- numero di medici a regime orario operanti per Casa di Comunità;
- numero di Sedi di Guardia Medica attive all'interno delle Case di Comunità;
- carenza di copertura delle GM;

- carenza nella copertura delle sedi di MMG e PLS;
- monte ore quali-quantitativo di specialistica ambulatoriale aziendale convenzionata e ripartita all'interno di ciascun distretto;
- numero di stabilimenti ospedalieri attivi all'interno delle aree distrettuali;
- Case della Comunità già attive ed in corso di attivazione, al centro di modelli di implementazione delle attività assistenziali.

I Distretti, insieme al Dipartimento di Prevenzione – One Health ed al Dipartimento di Salute Mentale sono i garanti della realizzazione dell'assistenza di base sul territorio, intra ed interdistrettuale, in linea con la *mission* aziendale e le indicazioni regionali.

Negli ultimi due anni è stato dato forte impulso all'implementazione delle progettualità sviluppate all'interno ed in raccordo con le Case della Comunità e gli Ospedali di riferimento per il Dipartimento di Bassa Intensità Assistenziale – Cronicità (Paolo Dettori di tempio Pausania e Paolo Merlo di La Maddalena), sedi degli Ospedali di Comunità per 30 posti letto totali, insieme ai percorsi di presa in carico all'ingresso e alla dimissione dall'ospedale, rispettivamente da e verso il territorio, in collaborazione con gli Enti Locali ed il Terzo Settore.

Le AFT e la relativa mission si inseriscono nel contesto della nuova organizzazione del territorio della Gallura, articolata secondo direttrici trasversali che coprono tutta la provincia gallurese. La strutturazione della rete provinciale di cure palliative e dell'assistenza odontoiatrica, lo sviluppo della rete di assistenza farmaceutica per l'implementazione di percorsi di distribuzione dei farmaci già nei luoghi di erogazione dell'assistenza territoriale, ma anche l'attivazione di nuove figure professionali come lo Psicologo di Comunità, il Fisioterapista di Comunità, l'Ostetrica di Comunità all'interno del Progetto DO.MINO. per la presa in carico delle donne e del bambino.

L'end-point che si vuole raggiungere è duplice: il miglioramento della qualità di vita del paziente, offrendo una risposta ai bisogni di salute manifestati dallo stesso senza dimenticare di offrire assistenza alla famiglia/caregiver di riferimento.

CONTESTO TERRITORIALE

Tab. 1. Le Case di Comunità della Gallura e la popolazione residente nei Comuni.

Sono indicate le sedi coperte e quelle ancora carenti di Medicina Generale.

MEDICI DI MEDICINA GENERALE distribuiti per Casa di Comunità di riferimento													
DISTRETTO	CDC	COMUNE	Popolazione	SEDI	Attuali			rapporto 1/1200 art 32 ACN					
				SEDE	COPERTE	CARENTI	pop > 14 a	PREVISTE	Corrette +1/5000	TOTALI	ATTIVATE	CARENTI	
OLBIA	OLBIA	OLBIA	61032	65637	61	44	17	58515	49	11	60	43	17
		G. ARANCI	2376		2	1	1						
		TEITI	2229		2	1	1						
	ARZACHENA	ARZACHENA	13348	14786	8	8	0	12491	12	2	14	10	4
		S. ANTONIO DI G.	1438		1	1	0	1284					
	S. TERESA DI G.	S. TERESA DI G	5254	9327	3	1	2	5254	8	1	9	2	7
		PALAU	4073		3	1	2	3803					
	BERCHIDDA	BERCHIDDA	2597	7953	1	1	0	2366	6	1	7	1	6
		OSCHIRI	3028		2	0	2	2752					
		MONTI	2328		2	0	2	2080					
	BUDDUSO'	BUDDUSO'	3614	5385	5	3	2	3187	4	1	5	3	2
		ALA' DEI SARDI	1771					1567					
	S. TEODORO	S. TEODORO	4648	15835	6	4	2	4648	12	2	14	7	7
		BUDONI	5419					4944					
LOIRI P.S.P.		3702	3281										
PADRU		2066	1878										
tot	7	17	118923	101	68	33	108050	92	18	110	66	44	
LMD	1	LA MADDALENA	10604	9	3	6	9679	8	2	10	3	7	
TEMPIO	TEMPIO	TEMPIO PAUSANIA	13244	22061	10	9	1	12115	17	4	21	14	7
		BORTIGIADAS	718		1	1	0	635					
		LURAS	2429		3	1,5	1,5	2174					
		CALANGIANUS	3853		3	1,5	1,5	3467					
		LUOGOSANTO	1817		1	1	0	1631					
	TRINITA'	AGLIENTU	1170	5622	2	1	1	1102	5	1	6	6	0
		AGGIUS	1411		3	1	2	1297					
		TRINITA'	2217		2	2	0	2217					
		BADESI	1824		2	2	0	1665					
tot	2	9	28683	27	20	7	26303	22	5	27	20	7	
TOT	10	26	158210	137	91	46	144032	122	25	147	89	58	

La ASL della Gallura è suddivisa in tre Distretti sanitari:

- Distretto di Olbia, con circa 125.000 residenti;
- Distretto di Tempio Pausania con circa 30.000 residenti
- Distretto insulare di La Maddalena con circa 10.000 residenti.

I tre Distretti sono disomogenei e assolutamente non allineati con le disposizioni contenute nel DM 77/2022 e negli altri documenti di programmazione nazionale che prevedono una dimensione intorno ai 50.000 abitanti. Oltretutto i territori soffrono di una densità di popolazione variabile con punte di 14 abitanti/kmq, (Distretto di Tempio) ben lontano dai 199/kmq del dato nazionale e di un sistema di infrastrutture viarie assolutamente inadeguate che condizionano pesantemente l'operatività nei territori, soprattutto quella sanitaria.

Per questo motivo le Case di Comunità costituiscono un nuovo modello in grado di affrontare i problemi sanitari di specifici territori in maniera più aderente e presente, e su questo modello occorre rimodulare l'offerta sanitaria, integrandola dei contenuti/servizi indicati nel DM 77/2022.

Con la delibera di attivazione delle AFT, la ASL potrà rimodulare i servizi offerti dai MMG a ruolo Unico (ruolo unico a ciclo orario ovvero ruolo unico a ciclo di scelta) come stabilito dall'ACN vigente a cui si rimanda per la parte normativa e organizzativa di base, da integrare con il prossimo AIR.

I MMG del ruolo unico potranno accedere direttamente alle Strutture della ASL e attivare in loco il proprio ambulatorio, utilizzando le risorse disponibili nelle Case di Comunità, come ausili diagnostici di laboratorio - POCT e di radiologia come gli ecografi *multipurpose*. Quanto sopra, unitamente alla possibilità di attivare percorsi diagnostici assistenziali con le figure professionali operanti nelle Case di Comunità, permetterà una più proficua presa in carico dei pazienti cronici e la stessa gestione dei pazienti acuti e di tutti quelli che necessitano di assistenza domiciliare.