

[Redazione](#) | [Pubblicità](#) | [Contatti](#)
quotidianosanità.it

Studi e Analisi

 Quotidiano on line
 di informazione sanitaria
 Venerdì 04 MARZO 2022

QS
[Home](#) | [Cronache](#) | [Governare e Parlamento](#) | [Regioni e Asl](#) | [Lavoro e Professioni](#) | [Scienza e Farmaci](#) | [Studi e Analisi](#) | [Archivio](#)

 segui **quotidianosanità.it**

[Tweet](#) | [Condividi](#) | [Condividi 0](#) | [Stampa](#)

La riforma “mancata” dell’assistenza primaria

di Ettore Jorio

L'analisi regione per regione dell'applicazione del decreto Balduzzi evidenzia che l'attuazione delle AFT e UCCP è ferma ai blocchi di partenza, fatta eccezione per alcune fattispecie promosse da alcune Regioni. La realtà emergente è quella di una mappa realizzativa così variopinta da necessitare un pronto rimedio finalizzato a coordinare ed efficientare quanto realizzato con quanto efficacemente realizzabile

18 OTT - Il riordino dell'assistenza primaria, così come ridisegnato dalla legge c.d. Balduzzi, fondato sulle AFT e UCCP ha registrato sino ad oggi un ritardo attuativo di circa sette anni, dimostrando ancora una volta i soliti due difetti che affliggono la regolazione della sanità.

Accade che le leggi si fanno spesso con notevole ritardo rispetto alle esigenze reali ovvero allorché ci si riesce si fa di tutto perché tutto diventi vecchio prima del fischio d'inizio.

Le cause che hanno determinato la mancata realizzazione ad oggi di AFT e UCCP sono da rinvenirsi nella solita inerzia della quasi totalità delle Regioni a rendersi protagonisti dei cambiamenti e della notevole lentezza registrata nel perfezionamento della contrattazione collettiva dei medici convenzionati, di fatto ferma al 2005 (quella del 2009-2010 si è occupata infatti del solo adeguamento salariale).

Praticamente, un nulla di fatto

Si è esaminato lo stato attuativo della anzidetta riorganizzazione dell'assistenza primaria in tutti i 21 sistemi sanitari (19 regionali e 2 provinciali autonomi), i cui risultati vengono qui di seguito riassunti in uno schema ragionato.

A ben vedere, si è costruito il solito «arlecchino» che nella sanità fa tanto male alla collettività nazionale affetta da una difformità assistenziale crescente, causata da una mobilità passiva che ha raggiunto la cifra di circa 5 miliardi sui 110 di disponibilità nazionale (FSN).

Con questo, si è avuto modo di constatare l'attuazione delle AFT e UCCP ferma ai blocchi di partenza, fatta eccezione per alcune fattispecie promosse da alcune Regioni, peraltro sotto diverse denominazioni e differente consistenza organizzativa, che hanno fatto sì che si venisse a formare ad oggi una mappa realizzativa così variopinta da necessitare un pronto rimedio finalizzato a coordinare ed efficientare quanto realizzato con quanto efficacemente realizzabile.

Quattro le considerazioni conclusive

1) Risulta non in uso un unico vocabolario identificativo delle configurazioni aggregative previste dalla c.d. legge Balduzzi, supponendo forse, erroneamente, che con il ricorso alla creatività nominalistica si riesce a fare meglio degli altri. Non è così. Proprio per questo occorrerebbe riportare il tutto ad unica sintesi organizzativa assistenziale tale da rendere il più possibile unitaria l'offerta salutare primaria alla collettività, sia in termini di riferimento nominalistico che di contenuti. Non farlo significa generare inutili confusioni e disorientamenti nonché difficoltà applicative ulteriori;

2) A sette anni dalla legge istitutiva del nuovo modello di assistenza primaria (AFT e UCCP), a tutt'oggi per molti versi abusata, il tutto è da venire! Ciò a dimostrazione dello scarso impegno dedicato alla generazione di quella buona assistenza territoriale che costituisce lo strumento reale per assicurare la tutela della salute, in termini soprattutto di prevenzione, vero freno verso l'eccessiva ospedalizzazione;

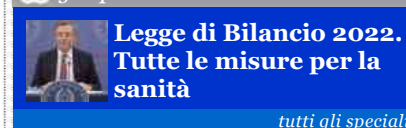
3) Quanto alle scelte che stanno differenziando l'identificazione contenutistica soprattutto delle AFT, è dato constatare il ricorrente ricorso alla definizione di una figura ibrida che, di fatto, sconvolge il presupposto che era alla base della ratio legislativa che tendeva, con le AFT, a mantenere l'assistenza primaria ordinariamente allargata - intendendo per tale quella già assicurata dai medici convenzionati per sei ore al giorno per cinque giorni alla settimana - di ulteriori sei ore giornaliere da garantire, qui, in sede unica. Nel senso opposto appaiono invece alcune scelte effettuate tendenti a strutturalizzare in sede unica il titolare esercizio delle AFT a tal punto da farle divenire una sorta di mini UCCP;

4) Relativamente a queste ultime, non idoneamente programmate come unica per ogni distretto sanitario,

XDigitalMed: la nuova piattaforma di telemedicina gestita dal medico


QSnewsletter
[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.


QS gli speciali


tutti gli speciali

i Più Letti [7 giorni] [30 giorni]

- Decreto Covid. Approvato definitivamente anche al Senato il provvedimento che introduce l'obbligo vaccinale per gli over 50
- Case Comunità aperte h24 e collegate a studi dei medici di famiglia. Numero unico per ricevere assistenza, farmacia sempre più integrata nel Ssn e forte presenza di infermieri. Ecco il "DM 71" con i nuovi standard per le cure territoriali

occorrerebbe che venissero, al fine di rendere strutturalmente più vicino al cittadino una assistenza potenziata H24, individuate a prescindere dal quorum demografico in presenza di condizioni viarie e orografiche difficili, per non dire impossibili, e soprattutto in assenza di un efficiente trasporto pubblico locale.

Insomma, occorre utilizzare l'occasione (l'ultima) della riorganizzazione della assistenza primaria per conseguire due obiettivi enunciati da sempre ma mai portati a concretezza: tesorizzare il più possibile la presenza dei quasi 46 mila medici convenzionati, da dovere comunque stimolare e incentivare ai massimi livelli possibili; assicurare alla collettività, sempre più anziana, due ineludibili bersagli: l'assistenza primaria prossima ai domicili e l'esenzione, quanto più possibile, dai traumi conseguenti dal ricovero, spesso inappropriato.

Ma ecco la situazione Regione per Regione:

REGIONE	Modelli	AFT - UCCP già operative	AFT UCCP DA REALIZZARE
ABRUZZO	SI	NO	Programmate
BASILICATA	SI	NO	NO
CALABRIA	SI	Solo 2 UCCP sperimentali a Catanzaro	Programmate in via di realizzazione
CAMPANIA	SI	NO	Programmate
EMILIA ROMAGNA	SI	NO n. 72 Case della salute	Programmate nella Case salute
FRIULI V.G.	SI	Istituite 48 Aft, attivi solo i Cap	In via di realizzazione
LAZIO	SI	Istituite 712 "ibridi" denominate UCP	Programmate - in realizzazione
LIGURIA	SI	Previste 20 Aft a Genova	In via di realizzazione
LOMBARDIA	SI	NO	NO
MARCHE	SI	NO	Programmate
MOLISE	SI	NO - solo Case della salute	Programmate
PIEMONTE	SI	Sperimentazione Case della Salute	NO
PUGLIA	SI	NO seppure in fase di realizzazione	Programmate
SARDEGNA	SI	NO	Programmate
SICILIA	SI	NO	AIR firmato solo nel 2018
TOSCANA	SI	100 AFT - 20 UCCP	In via di riorganizzazione
TRENTINO	SI	NO	25 AFT Trento 20 a Bolzano
UMBRIA	SI	38 AFT	In via di definizione
VALLE D'AOSTA	SI	NO	NO
VENETO	SI	NO - UTAP - 58 Medicine di Gruppo	Programmate

Abruzzo. La situazione di commissariamento ad acta della sanità abruzzese non ha prodotto granché in materia di riorganizzazione dell'assistenza primaria, secondo i principi e i criteri fissati dalla c.d. legge Balduzzi. Gli unici provvedimenti adottati si sono limitati a riportare, pedissequamente, il dettato normativo degli atti di programmazione nazionale conseguenti. Si è così generata una sorta di disorganica differenziazione dell'assistenza garantita dai medici convenzionati diversamente assicurata dalle quattro Asl di riferimento geografico coincidente con le quattro province abruzzesi.

Nel particolare: si sono tradotte solo nominalisticamente le due UTAP pescarese in altrettante UCCP; nell'aquilano si sono inaugurati «due ospedali di comunità» e un presidio territoriale di assistenza (PTA), quale nuovo modello di diagnosi e cura di raccordo tra l'attività distrettuale e i presidi ospedalieri; nella provincia di Chieti si sono inaugurati «due ospedali di comunità»; nel teramano si esperiscono autonomi tentativi di apertura di UCCP ma, di fatto, si potenziano le vecchie medicine di gruppo.

Basilicata. Non sono state attivate né le AFT né tampoco le UCCP.

Calabria. Sono stati avviati, con due decreti (nn. 65 e 161) adottati dal Commissario ad acta nel 2018 i percorsi istitutivi delle AFT e delle UCCP. Derogando alla definizione recata dalla legge quadro (e non si sa fino a quando ciò sia conforme ai principi fondamentali fissati dal legislatore nazionale!): a) le AFT sono divenute aggregazioni monoprofessionali che, diversamente dalle previsioni della legge Balduzzi, hanno una sede unica quindi, sotto certi aspetti, sono state anche esse strutturalizzate, ovvero organizzate in rete. Con la loro novellata configurazione, invero non propriamente conforme alla ratio legislativa che è intesa a rendere un'assistenza diffusa sul territorio (da qui l'appellativo di funzionale), dovranno assicurare un'apertura H12, per un bacino d'utenza sino a 30.000 abitanti; b) le UCCP, funzionanti h 24 una per ogni distretto, avranno una popolazione assistibile sino a 60.000 abitanti.

Ad oggi, in Calabria sono attivate, da tempo, e in via sperimentale, solo due UCCP a Catanzaro; mentre a Cosenza sono stati chiusi i Nuclei di Cure Primarie, una forma sperimentale di assistenza, cui sarà comunque riconosciuta la priorità di apertura delle corrispondenti sopravvenute AFT.

Campania. E' stato trasmesso alle Asl campane il decreto dirigenziale n. 53 del 5 marzo 2018, attuativo dei decreti commissariali nn. 134 e 188 del 2016, con il quale sono stati fissati e impartiti gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale in assistenza primaria indicati dal Piano sanitario nazionale riguardanti l'assistenza primaria. Con tale provvedimento regionale è stato approvato il progetto regionale per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e sono stati individuati i presupposti giuridici e i requisiti organizzativi per la realizzazione delle nuove forme aggregative, già da tempo attese, che saranno lo strumento operativo per la realizzazione di una nuova assistenza territoriale integrata, multidisciplinare, potenziata e "di iniziativa". Si stima la realizzazione di n. 165 AFT. Allo stato, restano operative le sole associazioni previste dall'ACN del 2005.

Emilia Romagna. Nonostante le previsioni del legislatore nazionale, l'Emilia-Romagna ha optato, nell'ottica di pervenire al potenziamento della continuità assistenziale, per l'investimento organizzativo sulle case della salute, molto diffuse nel territorio tanto da avere raggiunto la cifra di 72 strutture funzionanti. In tal senso è stato recentemente siglato il nuovo accordo integrativo con specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie inteso a riorganizzare l'assistenza territoriale, da perfezionare attraverso l'individuazione, quantomeno nominale, delle previste AFT e UCCP da istituire all'interno delle attuali Case della Salute.

Una scelta da condividersi solo parzialmente ovvero sia per la opzione riferibile alle UCCP, quantomeno per

- 3 Salute mentale. Psichiatri in commissione Salute: "Scongiorare diagnosi da parte degli psicologi"
- 4 Da ospedaliero a medico di famiglia e non mi pento
- 5 Quarantena e autosorveglianza per asintomatici che hanno avuto un contatto stretto. Le nuove regole in vigore da oggi. La circolare del Ministero spiega cosa cambia
- 6 Osteopati, e ora si rispettino le nuove scadenze
- 7 Bonus psicologico un regalo ai privati? Non diciamo sciocchezze
- 8 Ecco il nuovo Consiglio superiore di sanità: 13 new entry. Confermati Locatelli, Di Giulio e Vineis, presidente e vicepresidenti uscenti
- 9 Tecnici della Prevenzione alla Fno Tsrp: "Non può bastere una laurea triennale di qualsiasi tipo"
- 10 Contratto del comparto a impronta medicocentrica?

quella area della regione che gode di un facile percorso viario e di un curato trasporto pubblico locale. Diversamente, non appare confacente con il buon senso e lo spirito legislativo di revisione dell'assistenza primaria la volontà di insediare e quindi strutturalizzare le AFT nelle Case della salute, concettualmente produttive del centripetismo assistenziale e non già strumento di favore all'allargamento massimizzato dell'assistenza di prima istanza. Ciò in quanto verrebbe sottratto alle AFT il suo requisito della funzionalità garante - da qui l'insediamento dell'aggettivo «funzionale» (e non già strutturale) nel suo acronimo - della diffusione capillare e continuativa dell'assistenza sul territorio, vera alternativa all'ospedalizzazione.

Friuli Venezia Giulia. La vigente medicina di gruppo integrata, funzionale a perfezionare i percorsi riorganizzativi dell'assistenza primaria, è stata designata con l'AIR 2016-2018, allegato alla delibera della G.R. n. 2249 del 24 novembre 2016, prevedendo le configurazioni: delle AFT, della medicina di gruppo integrata (MGI) e dei centri di assistenza primaria (CAP). Allo stato sono state individuate n. 48 AFT, con attività H 12, ma attivati solo i Cap.

Lazio. Nell'ambito dei servizi territoriali di assistenza primaria, con l'accordo del 3 ottobre 2014, recepito con decreto del commissario ad acta n. 376/2014, si è proceduto ad una riorganizzazione delle forme associative della medicina generale attraverso la costituzione di un'unica forma organizzativa territoriale, denominata Unità di Cure primarie (UCP).

In forza di tale accordo e in parziale coerenza con la disciplina vigente delle AFT e UCCP, le forme associative di Unità di Cure Primarie sono passate da 712, di cui 321 con sede di riferimento e 394 a sede unica con un totale di 3.486 medici, a 597 a sede unica, sempre con uguale quantità totale di medici partecipanti.

L'UCP è definita come una forma associativa dei medici di medicina generale appartenenti al medesimo distretto sociosanitario. Sul piano della concretezza, sono forme organizzative mono-professionali che condividono, in forma strutturata, obiettivi di medicina generale, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale nonché linee guida d'ambito al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini.

Ogni UCP dovrà essere a sede unica e composta da un minimo di 3 ad un max. di 16 medici.

Liguria. Con la delibera della G.R. n. 534 del 27 marzo 2015, che ha fatto proprio anche l'accordo integrativo regionale per lo sviluppo della medicina di iniziativa nell'ambito delle forme aggregative per la medicina primaria, si sono costruite le basi per le attivazioni delle AFT, previste nella misura di venti nella città di Genova, che sono però al momento tutte da realizzare.

Lombardia. La Lombardia, regione campione per disponibilità di IRCCS (ne conta ben 18, di cui 4 pubblici e 14 privati, la gran parte di notevole spessore scientifico), della esigibilità qualitativa dei Lea ospedalieri e dell'attrazione della mobilità attiva, non ha assicurato all'assistenza territoriale, in particolare modo a quella primaria, la stessa attenzione garantita alla ospedalità. Allo stato risultano, infatti, attivati i PDTA e il PAI, ancorché non realizzata alcuna AFT così come nessuna UCCP.

Marche. Nulla di concreto in materia di realizzazione di AFT e UCCP. Ad oggi si registra solo una mera attività progettuale, di conseguenza restano operative le vecchie associazioni professionali.

Molise. Nel 2017 è stato concepito un piano di riorganizzazione territoriale. Previste le riconversioni degli ospedali dismessi in Case della salute. Le AFT e le UCCP rimangono solo sulla carta e, questo, l'assistenza primaria.

Piemonte. Nonostante l'attenzione alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale annunciata dalla giunta Chiamparino sin dal 2015, da dovere concretizzare soprattutto con la costituzione di «gruppi di cure primarie», allo stato è stata avviata e resa funzionante una fase meramente sperimentale, ancorché interessante per contenuti e obiettivi, imperniata sulle Case della salute.

Puglia. La riorganizzazione dell'assistenza primaria, intendendo per tale la rivisitazione delle attività erogate dal distretto sociosanitario, ha costituito in Puglia un importante obiettivo da conseguire, cui hanno fatto riferimento, nel tempo, diverse delibere adottate dalla G.R. In tale ottica, per come rappresentato da un interessante recente documento sulla "Riorganizzazione delle cure primarie", andrebbero implementati sia la legge regionale n. 25/2006 che il suo regolamento attuativo n. 6/2011 indispensabili per assicurare una maggiore cura del territorio anche in relazione alle previsioni legislative dettate dalla c.d. legge Balduzzi.

Allo stato sono state previste le istituzioni delle AFT, quali aggregazioni funzionali, e le UCCP in sede unica nelle aree metropolitane, attualmente in fase di concreta realizzazione.

Sardegna. La riorganizzazione della rete territoriale in AFT e UCCP ha assunto un importante obiettivo. Nello strumento di programmazione sanitaria del 2018, la Regione ha previsto, per meglio organizzare l'esigibilità delle cure primarie, di attivare almeno un progetto per le aziende sociosanitarie locali di presa in carico secondo il modello del cronich care model promuovendo in tal senso le aggregazioni funzionali di professionisti.

Al momento, sono attive però su tutto il territorio regionale le sole associazioni previste dall'Acn del 2005.

Toscana. La riorganizzazione dei sistemi territoriali è intervenuta nella quasi immediatezza della pubblicazione della c.d. legge Balduzzi. Più precisamente, con la delibera della G.R. n. 1231 del 28 dicembre 2012 vennero poste le basi per la riorganizzazione del sistema sanitario che, in ossequio alle previsioni della legge c.d. Balduzzi, prevedeva la realizzazione di AFT e UCCP.

Le AFT operanti sono circa n. 100, con bacino d'utenza di 30.000 abitanti cadauna, delle quali alcune organizzate in sede unica per una assistenza H16 (continuità assistenziale 8-24), con conseguente abolizione della guardia medica notte e festivi.

Le n. 20 UCCP sono state insediate nelle Case della Salute.

Trentino Alto-Adige

Provincia autonoma Trento: la realizzazione delle previste 25 AFT è attesa dal 2013, nel frattempo si ricorre all'adesione volontaria dei medici;

Provincia autonoma Bolzano: è stato siglato un apposito accordo nel febbraio 2018 con la previsione di 20 AFT, delle quali al momento nessuna è stata realizzata.

Umbria. Realizzate 20 AFT nella USL 1 e 18 nella USL 2. Le AFT possono avere una sede unica erogativa dell'assistenza primaria. Ciò sarebbe, nell'ipotesi favorevole, incoerente con la definizione delle AFT ma soprattutto in relazione alla loro mission specifica. Alle stesse, infatti, è stata assegnata dal legislatore la

caratteristica della funzionalità da ritenere nettamente distinta dalla strutturalità perché finalizzata a garantire un'assistenza massimamente diffusa nelle ore ordinariamente di competenza esclusiva dei singoli medici convenzionati destinatari della libera scelta degli assistiti che, nell'ipotesi di unicizzazione della sede, verrebbe disattesa.

Valle D'Aosta. Al momento sono presenti solo le associazioni in gruppo, in rete e quelle semplici.

Veneto. In attesa della concreta riorganizzazione della assistenza primaria in AFT e UCCP, rispettivamente programmate nella misura di 198 e di 24 (ancorché sotto la denominazione di UTAP funzionali ad assicurare la continuità assistenziale sette giorni su sette), il relativo compito viene sostanzialmente svolto dalle medicine di gruppo integrate (MGI).

prof. avv. Ettore Jorio
 Università della Calabria

18 ottobre 2018

© Riproduzione riservata

Allegati:

 [Tabella](#)

Altri articoli in Studi e Analisi



Covid. Oggi 41.500 nuovi casi e 185 decessi. Sempre giù i ricoveri ma tasso positività risale al 9,6%



Covid. Gimbe: "Il 63,8% degli ucraini non è vaccinato. Prevedere piano immunizzazione per l'accoglienza, soprattutto per anziani e fragili"



La navigazione a vista del Ministro Grillo



Alcol. In Italia 435mila morti in 10 anni. Ecco l'identikit dei bevitori, delle motivazioni e degli effetti in una ricerca Eurispes-Enpam



Povertà assoluta: in Italia oltre 5 milioni di poveri. Tra il 2016 e il 2017, 382mila "nuovi" poveri. Il Rapporto della Caritas



La Grecia è vicina

Quotidianosanità.it
 Quotidiano online
 d'informazione sanitaria.
QS Edizioni srl
 P.I. 12298601001

Via Boncompagni, 16
 00187 - Roma

Direttore responsabile
 Cesare Fassari

Direttore editoriale
 Francesco Maria Avitto

Presidente e AD
 Ernesto Rodriguez

Redazione
 Tel (+39) 06.59.44.62.23
 Tel (+39) 06.59.44.62.26
 Fax (+39) 06.59.44.62.28
redazione@qsedizioni.it

Pubblicità
 Tel. (+39) 06.89.27.28.41
commerciale@qsedizioni.it

Copyright 2013 © QS Edizioni srl.
 Tutti i diritti sono riservati
 - P.I. 12298601001
 - iscrizione al ROC n. 23387
 - iscrizione Tribunale di Roma n. 115/3013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata.

Chi sceglie di proseguire nella navigazione su questo sito oppure di chiudere questo banner, esprime il consenso all'uso dei cookie.

[Privacy Policy](#)

Prosegui