

# **PROPOSTA DI REVISIONE DEL MODELLO DI OFFERTA DELLE PRESTAZIONI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NEI DISTRETTI DI ASUFC**

## **INDICE**

### **1. FOCUS SULL'ISTITUTO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

1.1 ACN – Art.44

1.2 DGR 1597 del 28/10/2021

### **2. ORGANIZZAZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN ALTO FRIULI**

### **3. CRITICITÀ ATTUALI**

### **4. ANALISI DEL PROBLEMA**

4.1 Caratteristiche del modello organizzativo attuale

4.2 Limiti del modello organizzativo attuale

### **5. DETERMINANTI DEL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO**

### **6. PROPOSTA DI NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO**

## **1. RIFERIMENTI NORMATIVI DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (SCA)**

### **1.1 Accordo collettivo nazionale (ACN) triennio 2016-2018 - Art. 44. ATTIVITÀ ASSISTENZIALE A PRESTAZIONE ORARIA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.**

1. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria fornisce prestazioni ambulatoriali e domiciliari al fine di contribuire alla continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata.

2. L'attività a tutta la popolazione di riferimento, inclusa quella in età pediatrica, è organizzata dalla Azienda sanitaria, in coerenza con la programmazione regionale, tenuto conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici di scelta e dell'offerta assistenziale in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche del territorio e all'offerta assistenziale. La scelta organizzativa deve supportare la presa in carico di assistiti affetti da gravi patologie o pazienti fragili ad alto rischio di ospedalizzazione o di accesso improprio al Pronto Soccorso, nonché straordinarie situazioni di maggior impegno assistenziale.

3. Con riferimento agli Accordi Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" e n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117", l'Azienda, in attuazione della programmazione regionale, realizza il proprio modello organizzativo avvalendosi delle seguenti opzioni:

a) attivazione della Centrale Unica per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti ovvero del Numero Unico Europeo 116117;

b) attivazione di ambulatorio di continuità assistenziale gestito da medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria integrati, ove necessario, con personale infermieristico, e ubicato, a seconda delle esigenze territoriali, presso una sede propria o in prossimità di un DEA di I o II livello (purché con percorso ben distinto e separato da quello dedicato all'emergenza);

c) attivazione del servizio di continuità assistenziale realizzato con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, organizzato per fasce orarie che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, disciplinato con protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.

4. Le previsioni di cui al comma precedente sono attuate nel rispetto delle necessità assistenziali fissate dalla programmazione regionale e, successivamente, con la definizione del rapporto ottimale nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali. Alla data di entrata in vigore del presente Accordo le Regioni garantiscono il rispetto del volume di ore già utilizzate e retribuite, senza determinare maggiori oneri per la finanza pubblica.

5. Le sedi di riferimento del servizio di continuità assistenziale sono individuate dalla Azienda in ambito distrettuale, anche con riferimento a più AFT, per garantire l'integrazione organizzativa e professionale dell'assistenza primaria e agevolare l'accesso dei cittadini.

77/153

6. In specifiche aree territoriali o in zone definite disagiate, la continuità dell'assistenza può essere garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta che ad attività oraria, con modalità di reperibilità domiciliare definite con Accordi regionali e prevedendo, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina.

7. Il medico che assicura la continuità assistenziale, in relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, effettua

tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali, comprese le eventuali prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6 ed attiva direttamente il servizio di emergenza urgenza - 118, qualora ne ravvisi la necessità.

8. Le chiamate degli utenti ed i relativi interventi devono essere registrati e rimanere agli atti, secondo le modalità definite dall'Azienda.

9. Gli Accordi regionali ed aziendali possono individuare ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del medico a rapporto orario alle attività previste nelle nuove forme organizzative.

**1.2 DGR 1597 del 28/10/2021 "Atto di programmazione volto a istituire le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici della medicina convenzionata alle forme organizzative multiprofessionali. Adozione"- Art. 16. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.**

Le Aziende realizzano il proprio modello organizzativo attraverso l'attivazione:

a) della Centrale Unica per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti ovvero del Numero Unico Europeo 116117;

b) di ambulatori di continuità assistenziale gestiti da medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria integrati, ove necessario, con personale infermieristico, e ubicato, a seconda delle esigenze territoriali, presso una sede propria o in prossimità di un DEA di I o II livello (purché con percorso ben distinto e separato da quello dedicato all'emergenza);

c) del servizio di continuità assistenziale realizzato con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, organizzato per fasce orarie che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, disciplinato con protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.

Nelle more dell'attivazione del Numero Unico Europeo 116117, al fine di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti, le aziende istituiscono un numero unico per il contatto del servizio di CA e definiscono la modalità di accesso alle prestazioni mediante la chiamata al numero unico anche per l'attivazione della disponibilità domiciliare prestata dai medici delle AFT.

Il servizio di continuità assistenziale è assicurato dalle Aziende di norma nelle sedi delle UCCP primarie e secondarie.

In presenza di criticità collegate a particolari situazioni orogeografiche, sanitarie, sociali, abitative, stagionali ed in relazione alla densità della popolazione, al fine di garantire comunque il servizio e l'equità nell'accesso alle prestazioni su tutto il territorio, le aziende possono individuare le sedi del servizio di continuità assistenziale tenendo conto del rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività oraria individuato ai sensi dell'ACN e della possibilità di garantire complessivamente la copertura oraria a favore di tutta la popolazione di riferimento a favore di più AFT/UCCP.

In specifiche aree territoriali o in zone definite disagiate, la continuità dell'assistenza può essere garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta che ad attività oraria, con modalità di reperibilità domiciliare definite con Accordo regionale e prevedendo, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina.

La continuità dell'assistenza estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana può essere altresì garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta operanti nelle AFT nei confronti di tutti gli assistiti della stessa AFT, mediante copertura del servizio sotto forma di disponibilità domiciliare.

## 2. ORGANIZZAZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN ALTO FRIULI

Nel territorio di ASUFC le sedi di continuità assistenziale sono così organizzate:

Distretto		D1 Collinare (DCOL)	D4 Medio Friuli (DMF)	D2 Torre (DT)	D3 Natisone (DN)
Sede CA		San Daniele del Friuli	Codroipo	Tarcento	Cividale del Friuli
Volume attività		6.055 assistiti		6.353 assistiti	
ASSETTO ATTUALE	Sedi di MCA ATTUALE	Buja San Daniele del Friuli	Codroipo Mortegliano	Povoletto Tarcento	Cividale del Friuli Manzano
	N° medici per turno ATTUALE	1 Buja 1 San Daniele del Friuli	1-2 Codroipo 1 Mortegliano	1 Povoletto 1 Tarcento	2 Cividale del Friuli 1 Manzano

Distretto		D5 Friuli Centrale (DFC)	D6 Agro-Aquileiese (DAA)	D7 Riviera e Bassa Friulana (DRBF)	D8 Carnia (DCAR)	D9 Gemonese, Canal del Ferro e Val Canale (DGCV)
Sede CA		Udine	Palmanova	Latisana	Tolmezzo	Gemona del Friuli
Volume attività		8.709 assistiti	6.592 assistiti		5.910 assistiti	
ASSETTO ATTUALE	Sedi di MCA ATTUALE	Tavagnacco Udine	Cervignano del Friuli Palmanova	Latisana San Giorgio di Nogaro	Ampezzo Forni di Sopra Ovaro Paluzza Paularo Tolmezzo	Gemona del Friuli Moggio Udinese Pontebba Tarvisio
	N° medici per turno ATTUALE	2 Tavagnacco 4 Udine	1 Cervignano del Friuli 2 Palmanova	2 Latisana 1 San Giorgio di Nogaro	1 Ampezzo 1 Forni di Sopra 1 Ovaro 1 Paluzza 1 Paularo 1 Tolmezzo	1 Gemona del Friuli 1 Moggio Udinese 1 Pontebba 1 Tarvisio

### **3. CRITICITÀ ATTUALI**

#### **3.1 Difficoltà a garantire il servizio sul territorio**

Negli ultimi mesi è stata registrata una maggior frequenza di turni di continuità assistenziale per i quali non è stato possibile individuare un medico disponibile. Tale difficoltà, peraltro, è stata registrata in maniera diffusa in tutti gli ambiti di ASUFC e delle altre Aziende Sanitarie.

ASUFC, a scopo palliativo, ha adottato un provvedimento d'emergenza per garantire la presenza medica a scavalco tra 2 ambiti di continuità assistenziale. Tale provvedimento d'emergenza, non riconosciuto da una parte sindacale, non è, però, risolutivo, dal momento che, a distanza di mesi, la condizione di difficoltà non rappresenta più un'urgenza ma rappresenta la condizione organizzativa ordinaria.

#### **3.2 Ridotta disponibilità di medici**

I medici impegnati nella continuità assistenziale, generalmente, sono:

- medici neo laureati in attesa di ingresso in scuola di specialità;
- medici iscritti alle Scuole di Specialità;
- medici iscritti al corso Cefomed;
- medici di medicina generale con meno di 650 assistiti;
- medici liberi professionisti.

#### **3.3 Elevato turn over dei medici disponibili**

Generalmente, per ciascuna sede di continuità assistenziale erano incaricati 4 o 5 professionisti che garantivano da 8 a 12 turni a testa, come da ACN.

Attualmente il numero di medici incaricati per ciascuna sede è nettamente inferiore rispetto a quanto necessario per coprire i turni mensili. Ciò ha causato, nel tempo, un aumento del numero di medici definiti "jolly" che garantiscono turni a spot nelle diverse sedi di continuità assistenziale.

Tali medici spesso non conoscono la realtà locale, in cui garantiscono il servizio, e non conoscono eventuali collegamenti con gli altri servizi territoriali.

### **3.4 Difficoltà a garantire la continuità assistenziale**

Come conseguenza del punto precedente, spesso l'attività del medico di continuità assistenziale si orienta prevalentemente sulla gestione dei casi di urgenza differibile, tralasciando, invece, la funzione più propria della continuità assistenziale durante le ore in cui non è operativo il MMG/PLS.

Per tale funzione è indispensabile il collegamento informativo dei MCA con le AFT, con il Punto Unico di Accesso, con il Servizio Infermieristico Distrettuale, con il palliativista, con il Servizio Sociale e, a tendere, con la Centrale Operativa Territoriale.

E' evidente che ciò può essere garantito soltanto se il servizio è assicurato da MCA fidelizzati e coinvolti nell'organizzazione del servizio distrettuale.

## **4. ANALISI DEL PROBLEMA**

### **4.1 Caratteristiche del modello organizzativo attuale**

Attualmente in ASUFC il servizio è garantito attraverso la presenza di MCA inseriti in diverse sedi distribuite sul territorio (come indicato nella tabella in alto), ciascuna delle quali organizza il servizio solo per i Comuni appartenenti all'ambito.

Presso ciascuna sede sono garantite tre tipologie di prestazioni:

- risposta telefonica;
- visita ambulatoriale;
- visita domiciliare.

### **4.2 Limiti del modello organizzativo attuale**

Il modello operativo attuale, al netto della carenza di medici (vedi punto 3.2), presenta principalmente i seguenti limiti:

<b>LIMITE</b>	<b>CONSEGUENZA</b>
Ciascuna sede di CA risponde ad un diverso numero di telefono	In caso di assenza di un medico non è garantita la risposta telefonica
Ciascuna sede di CA funziona in autonomia rispetto alle sedi limitrofe	Nel momento in cui un MCA ha bisogno di un aiuto, non è prevista collaborazione tra le sedi di MCA
Ciascuna sede di MCA definisce un proprio standard operativo, prediligendo una determinata tipologia di prestazioni rispetto alle altre	Esistono diverse modalità di accesso alle sedi di MCA
Non esiste una modalità informativa uniforme per la garanzia della continuità assistenziale per i pazienti complessi a domicilio	Spesso risulta difficile garantire la continuità assistenziale dei pazienti complessi a domicilio nelle ore in cui è presente il MCA

## **5. DETERMINANTI DEL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO**

A fronte dei limiti-conseguenze sopra descritti, il nuovo modello operativo deve prevedere i seguenti elementi determinanti:

1. definizione di un numero unico per il contatto del servizio di CA;
2. definizione di una équipe unica di lavoro per tutti i MCA presenti in turno, distribuiti sul territorio;
3. definizione di una modalità unica di accesso ai servizi costituita dalla chiamata al numero unico a cui seguirà eventuale visita;
4. definizione di un'operatività unica per tutto il territorio;
5. definizione di strumenti condivisi con i servizi territoriali per garantire la CA per i pazienti complessi a domicilio.

## 6. PROPOSTA DI NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

Tenendo conto di:

- distanze chilometriche tra le aree più marginali e le sedi di offerta,
- frequenza delle diverse tipologie di prestazione oggi garantite nelle sedi di CA,
- necessità di garantire equità nell'accesso alle prestazioni su tutto il territorio di ASUFC,

si propone il seguente modello organizzativo delle sedi/risorse per garantire la continuità assistenziale:

Distretto		D1 Collinare (DCOL)	D4 Medio Friuli (DMF)	D2 Torre (DT)	D3 Natisone (DN)
Sedi di Direzione		San Daniele del Friuli	Codroipo	Tarcento	Cividale del Friuli
Volume attività		6.055 assistiti		6.353 assistiti	
NUOVO ASSETTO	Sedi di MCA NUOVO ASSETTO	Buja San Daniele del Friuli	Codroipo	Povoletto Tarcento	Cividale del Friuli Manzano
	N° medici per turno NUOVO ASSETTO	1 Buja 1 San Daniele del Friuli	3 Codroipo	1 Povoletto 1 Tarcento	2 Cividale del Friuli 1 Manzano
	Sedi potenziali per visite ambulatoriali	Buja San Daniele del Friuli	Codroipo Mortegliano	Povoletto Tarcento	Cividale del Friuli Manzano
	Centrale di CA	<b>San Daniele</b>	<b>Codroipo</b>	<b>Tarcento</b>	<b>Cividale</b>

Distretto		D5 Friuli Centrale (DFC)	D6 Agro-Aquileiese (DAA)	D7 Riviera e Bassa Friulana (DRBF)	D8 Carnia (DCAR)	D9 Gemonese, Canal del Ferro e Val Canale (DGCV)
Sedi di Direzione		Udine	Palmanova	Latisana	Tolmezzo	Gemona del Friuli
Volume attività		8.709 assistiti	6.592 assistiti		5.910 assistiti	
NUOVO ASSETTO	Sedi di MCA NUOVO ASSETTO	Tavagnacco Udine	Cervignano del Friuli Palmanova	Latisana San Giorgio di Nogaro	Forni di Sopra Paularo Ovaro Tolmezzo	Gemona del Friuli Moggio Udinese Tarvisio
	N° medici per turno NUOVO ASSETTO	1 Tavagnacco 5 Udine	1 Cervignano 2 Palmanova	1 Latisana 1 San Giorgio di Nogaro	1 Forni di Sopra 1 Paularo 1 Ovaro 2 Tolmezzo	1 Gemona del Friuli 1 Moggio Udinese 1 Tarvisio
	Sedi potenziali per visite ambulatoriali	Tavagnacco Udine	Cervignano del Friuli Palmanova	Latisana San Giorgio di Nogaro	Ampezzo Forni di Sopra Ovaro Paluzza Paularo Tolmezzo	Gemona del Friuli Moggio Udinese Pontebba Tarvisio
	Centrale di CA	<b>Udine</b>	<b>Palmanova</b>	<b>Latisana</b>	<b>Tolmezzo</b>	<b>Gemona</b>

Tale modello prevede le seguenti caratteristiche:

### **A) SEDE UNICA DI RICEZIONE DELLE CHIAMATE (SUR) ALLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

La SUR ha sede nei locali di ciascuna Casa della Comunità Hub e ha la funzione di:

1. centrale telefonica di accesso ai servizi della continuità assistenziale:
  - riceve tutte le chiamate telefoniche;
  - gestisce le risposte telefoniche;
2. regia:
  - trasferisce al medico presente nelle sedi territoriali le richieste che possono necessitare di una valutazione clinica;
  - comunica al medico presente nelle sedi territoriali eventuali prestazioni di continuità assistenziale da effettuare a domicilio a favore di pazienti cronici in carico ai servizi distrettuali.

### **B) SEDI TERRITORIALI**

Le sedi territoriali sono costituite da tutte le sedi di offerta attuale.

Per gli utenti, non è possibile accedere direttamente alle sedi territoriali, ma è necessario contattare la SUR che, in caso, provvede a trasferire la chiamata ad uno dei MCA distribuiti sul territorio per la successiva valutazione del caso.

Il medico non è sempre presente nelle sedi territoriali, ma vi si reca in occasione di una visita programmata.

La dislocazione dei medici nelle sedi territoriali è definita sulla base delle distanze chilometriche di eventuali zone marginali rispetto alla prima postazione utile.

### **C) MODALITÀ OPERATIVA**

1. Il medico presente presso la SUR si occupa della risposta alle chiamate telefoniche. Sulla base dell'analisi della frequenza delle chiamate nell'unità di tempo, saranno dedicati a tale funzione uno o più medici, in relazione alla tipologia di turno (notturno, diurno, festivo, ecc), alla fascia oraria e alla disponibilità di operatori.

Il medico che risponde alla chiamata telefonica può dare seguito a:

- risoluzione del problema e chiusura della chiamata;

- risoluzione del problema e programmazione di un follow up telefonico;
- trasferire la chiamata ad uno dei MCA distribuiti sul territorio per la successiva valutazione del caso e, qualora ritenuta necessaria, la programmazione di un accesso da parte dell'utente in una delle sedi territoriali entro 30 - 60 minuti;
- trasferire la chiamata ad uno dei MCA distribuiti sul territorio per la successiva valutazione del caso e, qualora ritenuta necessaria, la programmazione di una visita domiciliare entro 30 - 60 minuti;
- invio dell'utente al Pronto Soccorso;
- contatto del 112 per invio mezzo di soccorso;
- organizzazione servizio dovuto (constatazione decesso, ecc).

Il medico presente nella SUR è anche responsabile dell'organizzazione sul territorio della continuità assistenziale da effettuare a domicilio a favore di pazienti cronici in carico ai servizi distrettuali, sulla base di informazioni concordate con i servizi stessi (per questo aspetto si rimanda ad apposita organizzazione).

2. Il medico presente nelle sedi territoriali:

- valuta il caso e, qualora necessario, effettua le visite ambulatoriali entro 30 - 60 minuti;
- valuta il caso e, qualora necessario, effettua le visite domiciliari entro 30 - 60 minuti;
- programma un follow up telefonico;
- invia l'utente al Pronto Soccorso;
- contatta il 112 per invio mezzo di soccorso;organizzazione servizio dovuto (constatazione decesso, ecc).

#### **D) RISORSE UMAME**

La distribuzione dei medici disponibili durante il turno avviene secondo la seguente tabella di assegnazione: