



## Delibera n° 1494

Estratto del processo verbale della seduta del  
**11 ottobre 2024**

**oggetto:**

ATTO DI PROGRAMMAZIONE SULL'ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE MONOPROFESSIONALI (AFT) E LE MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE DEI MEDICI ALLE FORME ORGANIZZATIVE MULTIPROFESSIONALI (UCCP) AI SENSI DEGLI ACCORDI COLLETTIVI NAZIONALI DELLA MEDICINA CONVENZIONATA TRIENNIO 2019 – 2021. APPROVAZIONE PRELIMINARE.

|                             |                 |          |
|-----------------------------|-----------------|----------|
| <b>Massimiliano FEDRIGA</b> | Presidente      | presente |
| <b>Mario ANZIL</b>          | Vice Presidente | presente |
| <b>Cristina AMIRANTE</b>    | Assessore       | assente  |
| <b>Sergio Emidio BINI</b>   | Assessore       | presente |
| <b>Sebastiano CALLARI</b>   | Assessore       | presente |
| <b>Riccardo RICCARDI</b>    | Assessore       | presente |
| <b>Pierpaolo ROBERTI</b>    | Assessore       | presente |
| <b>Alessia ROSOLEN</b>      | Assessore       | assente  |
| <b>Fabio SCOCCIMARRO</b>    | Assessore       | presente |
| <b>Stefano ZANNIER</b>      | Assessore       | presente |
| <b>Barbara ZILLI</b>        | Assessore       | presente |

**Gianni CORTIULA** Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

**Premesso** che, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, il rapporto tra il Servizio Sanitario Nazionale ed i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposita convenzione conforme all'Accordo Collettivo Nazionale stipulato ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale;

**Ricordato** che in data 04/04/2024 sono stati resi esecutivi il nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (Rep. Atti n. 51/CSR) ed il nuovo ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali (Rep. Atti n. 51/CSR) mentre in data 25.07.2024 è stato reso esecutivo l'ACN della Pediatria di libera scelta (Rep. Atti n. 132/CSR) tutti relativi al triennio 2019-2021;

**Rilevato** che i suddetti Accordi collettivi nazionali – di seguito AACCCN - allineano la disciplina negoziale di settore al progetto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale contenuto nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ed al DM 23 maggio 2022, n. 77, fornendo l'impulso strutturale all'implementazione del nuovo modello che la disciplina negoziale declina ora sul versante dei rapporti di lavoro;

**Visti**, in particolare, gli artt. 8 degli AACCCN dei medici di medicina generale (di seguito MMG) e dei pediatri di libera scelta (di seguito PLS) nonché l'art. 6 dell'ACN degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali (di seguito SAI) i quali prevedono che le Regioni definiscono 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;

**Richiamata** la DGR 1597/2022 che ha istituito nella Regione Friuli Venezia Giulia le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e definito le modalità di partecipazione dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) ai sensi degli AACCCN previgenti;

**Ritenuto**, pertanto, opportuno recepire e declinare a livello regionale le disposizioni introdotte dai nuovi accordi collettivi della medicina convenzionata, e conseguentemente aggiornare l'atto di programmazione adottato con la DGR 1597/2022;

**Visto** l'atto di programmazione allegato al presente provvedimento, predisposto dalla Direzione Centrale Salute politiche sociali e disabilità;

**Rilevato** che l'atto di programmazione di che trattasi:

- sostituisce il precedente atto di programmazione approvato con la DGR 1597/2022 richiamando ed applicando integralmente la disciplina ed i compiti relativi alle AFT ed alle UCCP;
- rappresenta coerente adempimento di quanto previsto dai nuovi AACCCN 2024 dei medici convenzionati;
- si inserisce necessariamente nel quadro generale della riforma della rete di assistenza sanitaria territoriale ai sensi del PNRR di cui costituirà parte integrante e sostanziale;
- tiene conto dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale previsti decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 che

verranno applicati compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali della Regione Friuli Venezia Giulia;

- prevede il superamento del precedente modello della continuità assistenziale basato fondamentalmente sulle sedi del servizio di continuità dell'assistenza (ex guardia medica) sulla base del nuovo ACN dei MMG il quale prevede espressamente la riorganizzazione della continuità dell'assistenza anche in orario diurno e con ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00) facendo riferimento agli Accordi stipulati 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, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, 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, sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";
- contempla che la piena attuazione degli AACCN dei medici convenzionati nonché dell'atto di programmazione verrà progressivamente raggiunta attraverso la sottoscrizione degli Accordi Integrativi Regionali (AIR) a modifica dei previgenti e degli Accordi Attuativi Aziendali (AAA) a specificazione dei progetti e delle attività dei medici convenzionati a livello locale che daranno concretezza alle interrelazioni professionali per la graduale transizione dalle attuali forme organizzative di tipo associativo (AFT, MGI) alle nuove forme organizzative AFT e UCCP;
- prevede che le AFT e le nuove Medicine di gruppo integrate esistenti intese quali forme associative costituite ed avviate su iniziativa dei medici convenzionati preesistenti cesseranno secondo le modalità che dovranno essere definite dal nuovo Accordo Integrativo Regionale in attuazione di quanto previsto dall'atto di programmazione stesso;
- stabilisce che linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale adottate ai sensi dell'articolo 47 della LR 22/2019 indicheranno le priorità che la Regione pone rispetto alle linee programmatiche e definiranno, per quanto di competenza di parte pubblica, con maggiore dettaglio le linee di azione e di organizzazione ed i programmi specifici a livello aziendale;

**Ritenuto** di approvare in via preliminare l'allegato Atto di programmazione sull'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) ai sensi degli Accordi Collettivi Nazionali della medicina convenzionata triennio 2019 – 2021;

**Ritenuto**, quindi, di acquisire preliminarmente il parere del Consiglio delle autonomie locali ai sensi dell'art. 2, comma 2-bis del D.lgs n. 502/1992 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e degli articoli 8 e 9 della L.R. 12/2015 (Disciplina del Consiglio delle autonomie locali del Friuli Venezia Giulia, modifiche e integrazioni alla legge regionale 26/2014 in materia di riordino del sistema Regione-Autonomie locali e altre norme urgenti in materia di autonomie locali);

**Su proposta** dell'Assessore regionale alla salute, politiche sociali e disabilità,

**La Giunta regionale**, all'unanimità,

## **DELIBERA**

1. Di approvare in via preliminare l'Atto di programmazione sull'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) ai sensi degli Accordi Collettivi Nazionali della medicina

convenzionata triennio 2019 – 2021, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

2. Di avviare l'iter per l'acquisizione del parere del Consiglio delle autonomie locali.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE



## ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1494 DELL'11 OTTOBRE 2024

ATTO DI PROGRAMMAZIONE SULL'ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE MONOPROFESSIONALI (AFT) E LE MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE DEI MEDICI ALLE FORME ORGANIZZATIVE MULTIPROFESSIONALI (UCCP) AI SENSI DEGLI ACCORDI COLLETTIVI NAZIONALI DELLA MEDICINA CONVENZIONATA TRIENNIO 2019 – 2021.

### Sommario

|  |    |
|--|----|
| Premessa .....   | 2  |
| 1) <b>Analisi del contesto</b> .....   | 2  |
| 2) <b>Il nuovo modello di assistenza territoriale regionale declinato in attuazione del DM 77/2022</b> ..... | 4  |
| 2.1 <b>Le case della Comunità nella regione FVG</b> .....  | 4  |
| 2.2 <b>La Centrale operativa 116117</b> .....  | 6  |
| 3) <b>Assetto delle forme organizzative dei medici convenzionati</b> .....                                   | 6  |
| 4) <b>Unità Complessa delle Cure Primarie - UCCP</b> .....   | 7  |
| 5) <b>Coordinatore di UCCP</b> .....   | 8  |
| 6) <b>Aggregazione Funzionale Territoriale - AFT</b> .....   | 8  |
| 6.1 <b>AFT dei medici del ruolo unico di assistenza primaria</b> .....                                       | 8  |
| 6.2 <b>AFT pediatriche</b> .....   | 9  |
| 6.3 <b>AFT specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie</b> .....                             | 9  |
| 7) <b>I referenti di AFT della medicina convenzionata</b> .....  | 9  |
| 8) <b>Articolazione territoriale delle forme organizzative dei MMG</b> .....                                 | 10 |
| 9) <b>Ruolo unico dell'assistenza primaria</b> .....   | 16 |
| 10) <b>Ruolo del Distretto</b> .....   | 17 |
| 11) <b>Programmazione delle attività di UCCP e di AFT</b> .....  | 17 |
| 12) <b>Criteri per la definizione degli obiettivi</b> .....  | 18 |
| 13) <b>Indirizzi per la stesura degli AIR</b> .....  | 18 |
| 14) <b>Indirizzi per la stesura degli AAA</b> .....  | 19 |
| 15) <b>Continuità dell'assistenza</b> .....  | 19 |
| 16) <b>Flussi informativi, sistemi informatici e informativi</b> .....                                       | 21 |
| 17) <b>Telemedicina</b> .....  | 22 |
| 18) <b>Disposizioni in materia di sicurezza delle cure</b> .....   | 23 |
| 19) <b>Formazione</b> .....  | 23 |
| 20) <b>Medicina di iniziativa</b> .....  | 24 |
| 21) <b>Cruscotto direzionale</b> .....   | 24 |
| 22) <b>Disposizioni transitorie e finali</b> .....   | 24 |
| 23) <b>Glossario</b> .....   | 25 |

## Premessa

In data 04.04.2024 sono stati resi esecutivi il nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ed il nuovo ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e in data 25.07.2024 l'ACN della Pediatria di libera scelta tutti relativi al triennio 2019-2021.

I recenti Accordi collettivi nazionali della medicina convenzionata allineano la disciplina negoziale di settore al progetto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale contenuto nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ed al DM 23 maggio 2022, n. 77, fornendo l'impulso strutturale all'implementazione del nuovo modello che la disciplina negoziale declina ora sul versante dei rapporti di lavoro.

In particolare, si rileva che il nuovo ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale relativo al triennio 2019 – 2021 sviluppa l'attuazione del Ruolo Unico dei medici di assistenza primaria prevedendo che i nuovi incarichi che verranno assegnati a partire dal 2025 comporteranno lo svolgimento di attività mista a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali, con progressiva riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti.

La modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito indicato:

- a) dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti, 38 ore;
- b) da 401 a 1.000 assistiti, 24 ore;
- c) da 1.001 a 1.200 assistiti, 12 ore;
- d) da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore.

Oltre i 1500 assistiti non è più dovuto lo svolgimento di attività oraria.

Il nuovo ACN prevede espressamente che l'attività oraria dei medici del ruolo unico di assistenza primaria venga coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale e che le sedi di svolgimento dell'attività oraria siano individuate dall'Azienda in ambito distrettuale, anche presso le Case della Comunità hub e spoke, per garantire l'integrazione organizzativa e professionale dell'assistenza primaria e agevolare l'accesso dei cittadini alle cure.

Fondamentale rilevare anche che il precedente modello della continuità assistenziale basato fondamentalmente sulle sedi del servizio di continuità dell'assistenza (ex guardia medica) viene ora superato dal nuovo ACN che prevede espressamente la riorganizzazione della continuità dell'assistenza anche in orario diurno e con ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00) facendo riferimento agli Accordi stipulati 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, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, 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, sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117".

Al fine di recepire e declinare a livello regionale le disposizioni introdotte dai nuovi accordi collettivi della medicina convenzionata, si rende pertanto necessario aggiornare con il presente documento l'atto di programmazione adottato con la DGR 1597/2022 che ha istituito nella Regione Friuli Venezia Giulia le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e definito le modalità di partecipazione dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP).

### 1) Analisi del contesto

Le forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP), dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sono state oggetto di previsione specifica già negli ACN 2009 di settore quale strumenti per sostenere nel modo più efficace il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati negli Accordi e sono state quindi formalmente introdotte nel nostro ordinamento dal Decreto Balduzzi citato nelle premesse.

In prima battuta, a livello locale le forme organizzative sono state disciplinate dalla Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 sul "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria." dall'art. 20 relativo all'organizzazione dell'assistenza medica primaria.

Con la Legge regionale n. 27 del 28.12.2018 è stato ridefinito l'"Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale" mediante l'istituzione delle nuove Aziende Sanitarie, nate dalla suddivisione e dall'accorpamento delle precedenti Aziende già esistenti, prevedendo che il Servizio sanitario regionale è attualmente composto, in particolare, per quanto quindi interesse, attinente all'erogazione dell'assistenza medica primaria, dai seguenti enti dotati di personalità giuridica di diritto pubblico:

- a) l'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS);
- b) l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (AS FO);
- c) l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI);
- d) l'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC)."

Con la L.R. n. 22 del 12 dicembre 2019 recante la Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria, l'art. 20 sull'organizzazione dell'assistenza medica primaria della L.R. 17/2014 è stato abrogato dall'art. 71, comma 2, a decorrere dall'1/1/2020, stabilendo al contempo, però, con l'art. 16 sulla stessa materia, che le forme organizzative comunque denominate in essere alla data di entrata in vigore della legge di riforma mantengono la loro operatività potendo confluire progressivamente nelle nuove forme organizzative nell'ambito delle risorse disponibili del Servizio sanitario regionale.

L'art. 16 della L.R. 22/2019 dispone inoltre che gli enti del Servizio sanitario regionale, per garantire un modello multiprofessionale e interdisciplinare, possono prevedere forme organizzative complesse, integrate e diffuse per l'erogazione delle cure primarie in relazione alle specifiche esigenze del territorio di competenza, sia con riferimento alla presa in carico, sia per sviluppare la medicina d'iniziativa, sia per il governo clinico delle situazioni di cronicità, fragilità, complessità che richiedono il coordinamento e l'integrazione di attività di tutte le figure professionali che insistono sui processi di cura e di assistenza.

Sulla disciplina prevista dalla L.R. 17/2014 è stato adottato l'Accordo Integrativo Regionale per i medici di medicina generale (AIR 2016 – 2018) approvato con DGR 2249/2016 che ha previsto la progressiva adesione obbligatoria all'AFT da parte dei MMG, ha disciplinato le finalità della medicina di gruppo integrata e gli obblighi derivanti nell'adesione all'AFT da parte dei medici di medicina generale nonché l'istituzione delle Unità di cure complesse primarie (UCCP), identificate in regione come Centri di assistenza primaria (CAP).

Il c.d. "AIR ponte 2019" approvato con la DGR n. 1381 del 09.08.2019 in attesa della stipula dei nuovi accordi collettivi nazionali, ha successivamente stabilito che la forma organizzativa "nuova medicina di gruppo integrata" realizza nel SSR le funzioni di UCCP di cui alla L. 189/2012 prevedendo il progressivo coinvolgimento al loro interno di altre figure professionali quali, ad esempio, i collaboratori di studio e gli infermieri dei MMG, gli infermieri distrettuali e di AFT, nonché gli specialisti ambulatoriali interni ed odontoiatri, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie di riferimento dello specifico territorio per la presa in carico della cronicità, al fine di rispondere maggiormente ed ancor più efficacemente al bisogno di salute dei cittadini e di accesso ai servizi, con particolare riguardo alle caratteristiche di diffusione della popolazione in una regione caratterizzata per lo più da comuni di piccole dimensioni.

A seguito dell'entrata in vigore dei nuovi accordi collettivi nazionali della medicina convenzionata relativi al triennio 2016 - 2018, è stato adottato il già citato atto di programmazione che ha istituito nella Regione Friuli Venezia Giulia le nuove forme organizzative della medicina convenzionata approvato con la DGR 1597/2022 la cui attuazione sarebbe stata determinata dagli Accordi Integrativi Regionali.

Nel corso dello svolgimento delle trattative con le rappresentanze sindacali dei tre comparti della medicina convenzionata intercorse per l'approvazione dei nuovi Accordi Integrativi Regionali applicativi dei previgenti AACCN sono entrati in vigore i nuovi AACCN 2024 che hanno comportato la sospensione delle trattative al fine di aggiornare l'atto di programmazione adottato con la DGR 1597/2022 secondo le novità introdotte dai nuovi accordi nazionali.

Nelle more dell'adozione del presente atto, quindi, in regione sono ancora in vigore i modelli organizzativi delle AFT dei MMG, PLS e specialisti ambulatoriali nonché le Medicine di gruppo integrate dei MMG costituite ed avviate ad iniziativa dei medici convenzionati sulla base della previgente normativa e cesseranno a seguito della definizione dei nuovi Accordi Integrativi Regionali in attuazione di quanto previsto dal presente atto di programmazione.

## **2) Il nuovo modello di assistenza territoriale regionale declinato in attuazione del DM 77/2022**

La missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), identifica nello sviluppo delle reti di prossimità la risposta più efficace ai nuovi contesti epidemiologici, caratterizzati da una popolazione anziana multipatologica con gradi diversi di accessibilità ai servizi di base e gli interventi previsti intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Nell'ambito della missione 6 è prevista la Riforma sulle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima che è stata attuata mediante l'adozione del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale di cui al decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77.

Il nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale stabilito col DM 77/2022 stabilisce standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture ad essa deputate, al fine di perseguire una nuova strategia sanitaria volta a potenziare i servizi assistenziali territoriali a garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

Il contratto istituzionale di sviluppo (CIS) con l'allegato Piano operativo regionale (POR), come da ultimo aggiornato con DGR 1850 del 23.11.2023, ricomprende l'aggregato di tutte le iniziative progettuali per cui la Regione è chiamata all'attuazione, comprensivo degli "Action Plan", dei cronoprogrammi di attuazione, dei riferimenti finanziari e quindi dello scadenziario Milestone & Target da traguardare per l'ottenimento del finanziamento previsto dal PNRR.

Con la DGR 2042 del 29.12.2022 è stato approvato in via definitiva il documento "Programma regionale dell'assistenza territoriale" che ha implementato a livello regionale la riforma dell'assistenza territoriale definendo standard e processi sul territorio regionale in attuazione dell'articolo 1, comma 2, del citato decreto del Ministero della Salute n. 77/2022.

Scopo principale del presente documento è quello di integrare il nuovo modello dell'assistenza territoriale disciplinato dal DM 77/2022 ed implementato in regione dalla DGR 2042 del 29.12.2022 con le forme organizzative della medicina convenzionata secondo i criteri previsti dai nuovi accordi collettivi nazionali della medicina convenzionata e, in particolare, programmare l'utilizzo medici per lo svolgimento dell'attività oraria presso le sedi delle AFT, UCCP, Case della Comunità hub e spoke.

### **2.1 Le case della Comunità nella regione FVG**

Ai fini della programmazione inerente l'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici convenzionati alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) secondo i criteri generali stabiliti dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali di settore, assume particolare interesse il modello organizzativo e di servizio relativo alla Casa di Comunità (CdC) che traduce il principio dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento e permette che i professionisti lavorino insieme attraverso la continuità dei luoghi di lavoro, l'integrazione delle autonomie professionali e dei processi operativi al fine di rispondere ai bisogni della popolazione secondo il modello del *chronic care model*.

La CdC, intesa come forma organizzativa dell'assistenza territoriale e presidio sanitario di un territorio, costituisce quindi il riferimento naturale dell'Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP) prevista dagli Accordi collettivi

nazionali della medicina convenzionata, la quale, a sua volta, deve essere funzionalmente collegata con le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta.

Secondo gli standard definiti dal DM 77/2022, le Casa della Comunità Hub & Spoke sono così caratterizzate:

- a) Casa della Comunità "Hub"- bacino di utenza di 40.000-50.000 abitanti, con erogazione dei seguenti servizi: Équipe multiprofessionali, Presenza medica h 24 - 7 giorni su 7, Presenza infermieristica h 12 - 7 giorni su 7, Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario, Punto prelievi, Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.), Servizi ambulatoriali specialistici, Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, Attività di Profilassi Vaccinale, Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale, Servizio di assistenza domiciliare di base, Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione attraverso le associazioni di cittadini e volontariato, integrazione con i servizi sociali.
- b) Casa della Comunità "Spoke" - è istituita tenendo conto delle caratteristiche del territorio per garantire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Eroga i seguenti servizi: Équipe multiprofessionali, Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato), Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario, Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.), Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, Programmi di screening, Collegamento con la Casa della Comunità hub, Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Il target del Piano Operativo Regionale (POR) allegato al CIS aggiornato alla DGR 1850 del 23.11.2023 prevede il numero complessivo di 23 CdC di cui 19 HUB + 4 SPOKE finanziate dal PNRR che sono così suddivise fra le aziende sanitarie regionali:

ASUFC 10 HUB + 1 SPOKE

ASUGI 5 HUB + 2 SPOKE

ASFO 4 HUB + 1 SPOKE

alle quali si aggiungono 9 CdC di cui 3 HUB + 6 SPOKE finanziate con fondi regionali extra PNRR

ASUFC 3 SPOKE

ASUGI 3 SPOKE

ASFO 2 HUB

con le seguenti geolocalizzazioni:

| Ente Servizio Sanitario Regionale | Sede                    | Tipo  | Finanziamento PNRR (Se No copertura da altre fonti regionali/nazionali) |
|-----------------------------------|-------------------------|-------|---|
| ASFO                              | Azzano Decimo           | Hub   | No  |
|                                   | Cordenons               | Spoke | Si  |
|                                   | Maniago                 | Hub   | Si  |
|                                   | Pordenone               | Hub   | No  |
|                                   | Sacile                  | Hub   | Si  |
|                                   | San Vito al Tagliamento | Hub   | Si  |
|                                   | Spilimbergo             | Hub   | Si  |
| ASUFC                             | Cervignano del Friuli   | Spoke | Si  |
|                                   | Cividale del Friuli     | Hub   | Si  |
|                                   | Codroipo                | Hub   | Si  |
|                                   | Gemona del Friuli       | Hub   | Si  |
|                                   | Latisana                | Hub   | Si  |

|                      |                        |         |       |
|----------------------|------------------------|---------|-------|
|                      | Manzano                | Spoke   | No    |
|                      | Palmanova              | Hub     | Si    |
|                      | San Daniele del Friuli | Hub     | Si    |
|                      | Tarcento               | Hub     | Si    |
|                      | Tarvisio               | Hub     | Si    |
|                      | Tavagnacco             | Spoke   | No    |
|                      | Tolmezzo               | Hub     | Si    |
|                      | Udine                  | Hub     | Si    |
|                      | Zugliano               | Spoke   | No    |
|                      | ASUGI                  | Cormons | Spoke |
| Duino Aurisina       |                        | Spoke   | No    |
| Gorizia              |                        | Hub     | Si    |
| Gradisca d'Isonzo    |                        | Spoke   | No    |
| Grado distretto      |                        | Spoke   | Si    |
| Monfalcone           |                        | Hub     | Si    |
| Muggia               |                        | Hub     | No    |
| Trieste via Sai      |                        | Hub     | Si    |
| Trieste via Valmaura |                        | Hub     | Si    |
| Trieste via Pietà    |                        | Hub     | Si    |
| Trieste via Stock    |                        | Spoke   | No    |

## 2.2 La Centrale operativa 116117

Il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 è stato individuato dalla Decisione della Commissione Europea numero 116 del 15 febbraio 2007, che ha riservato l'arco di numerazione nazionale con inizio «116» ai numeri destinati a servizi armonizzati a valenza sociale, e dalla Decisione n. 884 del 30 novembre 2009, che ha riservato tale numero per il servizio di Continuità Assistenziale per le cure non urgenti. A livello nazionale con l'Accordo Stato-Regioni del 7/02/2013 e successivamente con l'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 sono state individuate le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117".

Il numero unico europeo armonizzato 116117 è il numero per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura. È uno strumento di comunicazione rivolto a tutti i cittadini ma non è un numero di emergenza sanitaria. Il numero garantisce a tutti i cittadini nelle 24 ore la possibilità di ricevere, senza soluzione di continuità, risposte a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti. Funziona, inoltre, da raccordo con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza.

Tra i servizi erogati dalla CO 116117, definiti "servizi erogabili obbligatori" rientrano:

- la centralizzazione delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale;
- l'utilizzo di una piattaforma informativa sui servizi sanitari localmente disponibili e i loro meccanismi di accesso (modalità di accesso di MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento; accesso alla Guardia Turistica);
- il trasferimento della chiamata al Servizio Emergenza Territoriale 118, come da protocolli condivisi.

L'attivazione della centrale operativa 116117 rappresenta sia uno degli standard indicati dal DM 77/2022 per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale sia uno degli strumenti previsti dall'art. 44 dell'ACN dei medici di medicina generale per la revisione del modello organizzativo sulla continuità dell'assistenza.

## 3) Assetto delle forme organizzative dei medici convenzionati

Con il presente atto, visti i nuovi criteri generali previsti dall'ACN 2024 dei medici di medicina generale, degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, e dei pediatri di libera scelta, viene aggiornato l'atto di programmazione che ha istituito nella Regione Friuli Venezia Giulia le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e definite le modalità di

partecipazione dei medici convenzionati alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) adottato con la DGR 1597/2022.

Secondo le previsioni degli Accordi Nazionali, i medici convenzionati svolgono la propria attività individualmente e in integrazione della propria AFT e partecipano inoltre alle attività della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento coordinandosi con gli altri professionisti del sistema territoriale e integrando le attività anche per mezzo delle costituende Centrali operative territoriali (COT), strumento di gestione delle transizioni tra setting assistenziali e di cura al servizio del Distretto e della rete di cure territoriali.

La rete rappresentata dagli studi singoli dei MMG e dei PLS in coordinamento all'interno di ogni AFT continua a costituire il fondamentale presidio di prossimità, in particolare modo nei piccoli comuni, nelle aree interne e montane, nelle piccole isole e nelle periferie urbane. Il rapporto funzionale con la AFT e con la UCCP di riferimento assicura un lavoro coordinato ed il superamento di qualsiasi forma di separazione o sconnessione con il Distretto. I medici convenzionati sono tenuti ad operare all'interno del nuovo assetto definito dal presente Atto e aderiscono al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) della Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione con l'Azienda. Pertanto l'iscrizione all'AFT è effettuata d'ufficio a livello aziendale, prescindendo dalla formale adesione dei singoli medici.

#### **4) Unità Complessa delle Cure Primarie - UCCP**

Le Unità Complessa delle Cure Primarie – UCCP della medicina convenzionata perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria, secondo il modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN definito dalla Regione con il presente atto. L'UCCP opera, inoltre, in sinergia con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi della popolazione di riferimento.

Il carattere multiprofessionale di tale forma organizzativa viene garantito attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Le UCCP trovano collocazione fisica prioritariamente nelle Case di Comunità HUB che vengono realizzate secondo il cronoprogramma compreso nel Piano operativo regionale in attuazione del PNRR.

Le AFT dei Medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sono collegate con la CdC/UCCP di riferimento, anche attraverso la condivisione di strumenti e sistemi applicativi informatici, che permettono interscambio di informazioni allo scopo di diagnosi e cura.

L'attività deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), Assistenti Sociali e altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi ambulatoriali interni e dipendenti, Biologi ambulatoriali interni e dipendenti, Ostetrica/o e Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica. Queste figure, operando all'interno del modello organizzativo della CdC hub con modalità integrate, provvedono a garantire l'assistenza territoriale attraverso un approccio di sanità di iniziativa e contribuiscono alla presa in carico della Comunità di riferimento, con i servizi h12 e h24 presenti nel territorio. Le comunicazioni tra tutti i professionisti dei servizi ed organizzazioni presenti sul territorio avvengono attraverso il supporto dei sistemi informatici e le banche dati disponibili (COT, servizi territoriali, ambulatoriali, specialistica, ecc.). Al fine di facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, favorire la sicurezza delle cure e accedere alle informazioni in tempi rapidi, vengono attivate modalità di cooperazione applicativa tra i software in uso nei diversi setting assistenziali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nel rispetto degli standard di interoperabilità definiti dalle linee guida nazionali, per una comunicazione condivisa orientata al supporto nella gestione della documentazione sociosanitaria degli assistiti, allo scambio di informazioni aggiornate e al confronto professionale facilitato (teleconsulenza e teleconsulto) all'interno dell'équipe territoriale e nel rispetto del diritto alla privacy del paziente.

Nelle more dell'attivazione delle Case di Comunità, le aziende individuano le sedi delle UCCP in strutture idonee e autorizzate secondo la normativa vigente tenendo conto dell'attività svolta dai Centri di Assistenza Primaria (CAP) istituiti a partire dal 2016 sulla base della L.R.16.10.2014, n. 17.

Tutte le UCCP realizzano i propri compiti attraverso:

- a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
- b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
- c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo i referenti di AFT dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e della specialistica ambulatoriale.

## 5) Coordinatore di UCCP

Le Aziende individuano il coordinatore della UCCP tra le figure professionali operanti nell'ambito della stessa che abbiano maturato esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale, dell'organizzazione e della gestione dei processi di cura.

Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra uno i medici convenzionati si seguono le regole dettate dall'ACN per la procedura di designazione e per l'espletamento dei compiti ivi indicati così come indicati dall'art. 10 dei rispettivi AACNN.

Al coordinatore di UCCP è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti.

Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore", il cui onere è finanziato secondo quanto previsto in merito dall'ACN di riferimento.

## 6) Aggregazione Funzionale Territoriale - AFT

### 6.1 AFT dei medici del ruolo unico di assistenza primaria

Le AFT dei medici del ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) operanti a ciclo di scelta e/o su base oraria sono forme organizzative monoprofessionali aziendali prive di personalità giuridica le cui caratteristiche generali sono quelle definite dall'art. 29 dell'ACN e sono attivate con provvedimento aziendale sulla base del modello organizzativo come di seguito definito dalla Regione.

Le nuove AFT dei medici RUAP garantiscono 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.

Per ogni AFT viene individuata la forma organizzativa multiprofessionale – UCCP di riferimento alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano anche funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività

Con il provvedimento di attivazione delle AFT, le Aziende ridefiniscono anche gli ambiti territoriali di iscrizione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria facendoli coincidere, di norma, con il bacino di utenza delle nuove AFT le quali costituiscono l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale. Nella riorganizzazione degli ambiti le Aziende tengono comunque conto delle caratteristiche demografiche, anche con riferimento a territori a bassa densità abitativa, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale.

In linea generale, i compiti della AFT sono quelli di affidare ai medici afferenti, secondo obiettivi definiti e concordati con l'Azienda Sanitaria, la tutela della salute della popolazione di riferimento, omogeneizzando i percorsi, sviluppando l'assistenza sul paziente affetto da cronicità e favorendo la consapevolezza di sé e il controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni, dei propri assistiti e, in generale:

- 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;
- 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.

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale.

## **6.2 AFT pediatriche**

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei pediatri di libera scelta, secondo quanto disposto dall'art. 28 dell'ACN, 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 definito dal presente atto. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

La AFT pediatrica, a differenza di quelle dei MMG, rappresenta un modello organizzativo che non eroga direttamente assistenza sanitaria, ma realizza le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei pediatri che ne fanno parte e per garantire nel territorio del Distretto l'assistenza pediatrica nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20 alla popolazione 0-14 anni, ivi compresa la consulenza telefonica dei pediatri limitatamente ad alcune ore della giornata.

Il coordinamento degli orari giornalieri di apertura degli studi al fine di garantire l'assistenza pediatrica dal lunedì al venerdì, nella fascia 8,00-20,00, sono concordati dai pediatri con il referente in seno all'AFT di appartenenza.

Le prestazioni richieste e prestate nelle fasce orarie notturne, il sabato ed i festivi possono essere erogate dai PLS nei confronti dei propri assistiti sotto forma di attività libero professionale, secondo quanto disposto in merito dall'art. 27 dell'ACN, dandone comunicazione all'Azienda e idonea informazione agli assistiti.

La continuità dell'assistenza nei confronti alla popolazione 0-14 anni nelle fasce orarie notturne, il sabato ed i festivi viene garantita dall'azienda presso le case di Comunità hub e spoke

Le Aziende definiscono gli ambiti territoriali delle AFT pediatriche preferibilmente per ogni Distretto riferiti alla popolazione 0-14 anni, in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio.

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale.

## **6.3 AFT specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie**

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali della specialistica ambulatoriale sono forme organizzative di medici appartenenti a diverse branche, che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo il modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN definito dal presente atto.

L'AFT degli specialisti ambulatoriali, di norma, ha riferimento territoriale nel Distretto Sanitario e riferimento funzionale alla popolazione ivi assistita. Le Aziende hanno facoltà di determinare il proprio modello organizzativo su dimensione aziendale o polidistrettuale in considerazione di esigenze locali peculiari di numero di specialisti operanti, di densità di popolazione, di dislocazione di presidi o di conformazione del territorio.

La AFT contribuisce a garantire l'assistenza attraverso la collaborazione con le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP del Distretto e i suoi componenti operano presso le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le UCCP, le sedi delle AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta o altre sedi indicate dall'Azienda.

Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale.

## **7) I referenti di AFT della medicina convenzionata**

In ciascuna AFT viene individuato il referente secondo le disposizioni previste dall'ACN di riferimento.

Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato, con le modalità previste dal regolamento aziendale per il funzionamento delle AFT definito nel Comitato aziendale, il rappresentante componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) previsto dall'art. 3-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/1992.

## 8) Articolazione territoriale delle forme organizzative dei MMG

Considerando il bacino di utenza massimo della CdC hub pari a 50.000 abitanti, i Medici del ruolo unico di assistenza primaria appartenenti alle rispettive AFT fanno riferimento alle UCCP collocate nelle CdC previste dalla programmazione regionale della CdC secondo le articolazioni aziendali previste nelle tabelle che seguono.

Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

| Azienda | Distretto         | Case di comunità/sede Uccp | AFT             | n. medici per AFT | Comuni di afferenza   | Residenti al 1 genn 2024 fonte Istat | Casa di comunità Spoke | Altre sedi erogative UCCP |
|---------|-------------------|----------------------------|-----------------|-------------------|---|--------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| ASFO    | Dolomiti Friulane | Spilimbergo                | 2 Spilimbergo   | 15                | Spilimbergo, Castelnuovo del Friuli, Pinzano al Tagliamento, Vito d'Asio, Clauzetto, Sequals, Travesio Spilimbergo, Castelnuovo del Friuli, Pinzano al Tagliamento, Vito d'Asio, Clauzetto, Sequals, Travesio | 19.259                               |                        |                           |
|         |                   | Maniago                    | 1 Maniago       | 19                | Maniago, Arba, Andreis, Barcis, Cavasso Nuovo, Cimolais, Claut, Erto e Casso, Fanna, Frisanco-Vajont, Meduno, Montereale, Vivaro, Tramonti di Sopra, Tramonti di Sotto  | 27.682                               |                        |                           |
|         | Noncello          | Pordenone                  | 3 Cordenons     | 23                | Cordenons, Zoppola, Roveredo in Piano, San Quirino  | 36.294                               | Cordenons              |                           |
|         |                   |                            | 4 Porcia        | 11                | Porcia  | 14.945                               |                        |                           |
|         |                   |                            | 5 Pordenone     | 37                | Pordenone   | 52.344                               |                        |                           |
|         | Livenza           | Sacile                     | 6 Sacile        | 30                | Sacile, Brugnera, Caneva  | 35.553                               |                        |                           |
|         |                   |                            | 7 Fontanafredda | 12                | Aviano, Budoia, Fontanafredda, Polcenigo  | 27.522                               |                        |                           |

|  |             |                         |                           |    |  |        |  |  |
|--|-------------|-------------------------|---------------------------|----|--|--------|--|--|
|  | Tagliamento | San Vito al Tagliamento | 8 Casarsa della Delizia   | 12 | Casarsa della Delizia, San Giorgio della Richinvelda, San Martino al Tagliamento, Valvasone-Arzene | 18.280 |  |  |
|  |             |                         | 9 San Vito al Tagliamento | 19 | San Vito al Tagliamento, Cordovado, Morsano al Tagliamento, Sesto al Reghena;                      | 26.959 |  |  |
|  | Sile        | Azzano Decimo           | 10 Azzano Decimo          | 12 | Azzano, Pravisdomini   | 19.232 |  |  |
|  |             |                         | 11 Pasiano di Pordenone   | 12 | Pasiano di Pordenone, Prata di Pordenone   | 16.195 |  |  |
|  |             |                         | 12 Fiume Veneto           | 11 | Fiume Veneto, Chions   | 16.884 |  |  |

#### Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

| Azienda   | Distretto | Case di comunità Hub/sede Uccp        | AFT      | n. medici per AFT | Comuni di afferenza  | Residenti al 1 genn 2024 fonte Istat | Casa di comunità Spoke | Altre sedi erogative UCCP |
|-----------|-----------|---------------------------------------|----------|-------------------|--|--------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| A S U F C | Torre     | Tarcento, via Coianiz                 | Tarcento | 25                | Attimis<br>Cassacco<br>Faedis<br>Lusevera<br>Magnano in Riviera<br>Nimis<br>Povoletto<br>Reana del Rojale<br>Taipana<br>Tarcento<br>Tricesimo                            | 39.712                               |                        |                           |
|           | Natisone  | Cividale del Friuli, via Carraria, 27 | Cividale | 17                | Cividale del Friuli<br>Torreano<br>Drenchia<br>Grimacco<br>Moimacco<br>Prepotto<br>Pulfero<br>Remanzacco<br>San Leonardo<br>San Pietro al Natisone<br>Savogna<br>Stregna | 23.335                               |                        |                           |

|                    |  |                |    |   |                                       |                       |  |
|--------------------|--|----------------|----|---|---------------------------------------|-----------------------|--|
|                    |  | Manzano        | 15 | Buttrio<br>Premariacco<br>Corno di<br>Rosazzo<br>Manzano<br>S. Giovanni al Nat.               | 26.095                                | Manzano<br>via Drusin |  |
| Friuli<br>centrale | Udine, via San<br>Valentino, 18              | Udine Centro 4 | 27 | Udine   | 38354*<br>*assistiti al<br>03/07/2024 |                       |  |
|                    |  | Udine Centro 2 | 16 | Udine   | 21531*<br>*assistiti al<br>03/07/2024 |                       |  |
|                    |  | Udine Nord 1-3 | 29 | Martignacco<br>Pagnacco<br>Tavagnacco<br>Udine  | 39270*<br>*assistiti al<br>03/07/2024 | Tavagnacco            |  |
|                    |  | Udine Ovest 5  | 14 | Campoformido<br>Pasian di Prato<br>Pozzuolo del<br>Friuli<br>Udine                            | 19500*<br>*assistiti al<br>03/07/2024 | Zugliano              |  |
|                    |  | Udine Sud 6    | 16 | Pavia di Udine<br>Pradamano<br>Udine  | 21654*<br>*assistiti al<br>03/07/2024 | Zugliano              |  |
| Medio<br>Friuli    | Codroipo, viale<br>Duodo, 82                 | Codroipo       | 16 | Bertiolo<br>Camino al<br>Tagliamento<br>Codroipo<br>Mereto di<br>Tomba<br>Sedegliano<br>Varmo | 28.635                                |                       |  |
|                    |  | Mortegliano    | 14 | Basiliano<br>Castions di<br>Strada<br>Lestizza<br>Mortegliano<br>Talmassons                   | 21.050                                |                       |  |
| Collinare          | San Daniele<br>del Friuli, via<br>Carducci 5 | Buia           | 16 | Buja<br>Colloredo di<br>Montalbano<br>Fagagna<br>Majano<br>Moruzzo<br>Treppo Grande           | 24.375                                |                       |  |

|  |  |  |            |    |   |        |  |                             |
|--|--|--|------------|----|---|--------|--|-----------------------------|
|  |  |  | S. Daniele | 14 | Coseano<br>Dignano<br>Flaibano<br>Forgaria del<br>Friuli<br>Ragogna<br>San Daniele del<br>Friuli<br>Rive d'Arcano<br>San Vito di<br>Fagagna   | 21.800 |  |                             |
| Carnia   | Tolmezzo, via<br>Carnia Libera<br>1944, 29   |  | Tolmezzo   | 20 | Amaro<br>Ampezzo<br>Arta Terme<br>Cavazzo Carnico<br>Cercivento<br>Comeglians<br>Enemonzo<br>Forni Avoltri<br>Forni di Sopra<br>Forni di Sotto<br>Lauco<br>Ovaro<br>Paluzza<br>Paularo<br>Prato Carnico<br>Preone<br>Ravaschetto<br>Raveo<br>Rigolato<br>Sappada<br>Sauris<br>Socchieve<br>Sutrio<br>Tolmezzo<br>Treppo Ligosullo<br>Verzegnis<br>Villa Santina<br>Zuglio | 35.999 |  | Ampezzo<br>Paluzza<br>Ovaro |
| Gemonese<br>Val canale<br>e canal del<br>ferro | Gemona del<br>Friuli Piazzale<br>Rodolone, 2 |  | Gemona     | 18 | Artegna<br>Bordano<br>Gemona del<br>Friuli<br>Moggio Udinese<br>Montenars<br>Osoppo<br>Trasaghis<br>Venzone   | 21.371 |  |                             |
|  | Tarvisio, via<br>Ludmilla<br>Tarman, 9       |  | Tarvisio   | 6  | Chiusaforte<br>Dogna<br>Malborghetto-<br>Valbruna<br>Pontebba<br>Resia<br>Resiutta<br>Tarvisio  | 9.659  |  |                             |

|                        |                             |            |    |  |        |   |  |
|------------------------|-----------------------------|------------|----|--|--------|---|--|
| Riviera Bassa Friulana | Latisana via Sabbionera, 45 | Latisana   | 19 | Latisana<br>Lignano<br>Sabbadoro<br>Palazzolo dello Stella<br>Precenicco<br>Rivignano-Teor<br>Ronchis  | 32.474 |   |  |
|                        |                             | S. Giorgio | 11 | San Giorgio di Nogaro<br>Carlino<br>Marano<br>Lagunare<br>Muzzana del Turgnano<br>Pocenia<br>Porpetto  | 16.421 |   |  |
| Agro Aquileiese        | Palmanova Via Natisone, 1   | Palmanova  | 11 | Palmanova<br>Bagnaria Arsa<br>Bicinicco<br>Gonars<br>Trivignano<br>Udinese Visco<br>Chiopris<br>Viscone  | 18.185 |   |  |
|                        |                             | Cervignano | 19 | Cervignano del Friuli<br>Torviscosa<br>Aiello del Friuli<br>Ruda<br>Terzo d'Aquileia<br>Aquileia<br>Fiemicello-Villa<br>Vicentina<br>Campolongo al Torre-<br>Tapogliano<br>San Vito al Torre | 35.648 | Cervignano del Friuli,<br>Via Trieste, 75 |  |

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

| Azienda               | Distretto      | Case di comunità/sede Uccp | AFT                 | n. medici per AFT | Comuni di afferenza   | Residenti al 1 genn 2024 fonte Istat | Casa di comunità Spoke | Altre sedi erogative UCCP |
|-----------------------|----------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---|--------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| A<br>S<br>U<br>G<br>I | Alto Isontino  | Gorizia                    | Gorizia             | 18                | Gorizia, Mossa, S. Floriano del Collio, Savogna d'Isonzo, San Lorenzo, Farra d'Isonzo, Gradisca d'Isonzo e Villesse         | 37.455                               |                        |                           |
|                       |                |                            | Cormons<br>Gradisca | 11                | Capriva del Friuli, Cormons, Dolegna del Collio, Medea, Moraro, Romans d'Isonzo, Mariano del Friuli                         | 26.940                               | Cormons<br>Gradisca    |                           |
|                       | Basso Isontino | Monfalcone, via Galvani 1  | Monfalcone          | 20                | Monfalcone Staranzano   | 36.715                               |                        |                           |
|                       |                |                            | Doberdò Ronchi      | 16                | Doberdò del Lago<br>Fogliano-Redipuglia<br>Ronchi<br>San Canzian<br>D'Isonzo<br>San Pier<br>D'Isonzo<br>Sagrado<br>Turriaco | 28.967                               |                        |                           |
|                       |                |                            | Grado               | 4                 | Grado   | 7.663                                | Grado                  |                           |
|                       | Trieste 1      | Trieste, via Sai, 5        | AFT 7 ROZZOL        | 13                | Trieste   | 20.000                               |                        |                           |

|  |           |                              |                          |    |   |        |                |                |
|--|-----------|------------------------------|--------------------------|----|---|--------|----------------|----------------|
|  |           |                              | AFT 8<br>SAN<br>GIOVANNI | 16 | Trieste   | 25.850 |                |                |
|  |           | Trieste,<br>via Pietà 2/1    | AFT 3<br>CITTA'<br>NUOVA | 15 | Trieste   | 24.304 |                |                |
|  |           |                              | AFT 4<br>SAN<br>GIACOMO  | 21 | Trieste   | 35.369 |                |                |
|  |           | Trieste<br>Via Stock, 2/0    | AFT 2<br>ROIANO          | 22 | Trieste   | 37.540 | Via Stock, 2/0 |                |
|  | Trieste 2 | Trieste,<br>Via Valmaura 59  | AFT 5<br>DOMIO           | 19 | Trieste   | 33.058 |                |                |
|  |           | Muggia,<br>Via C. Battisti 6 | AFT 6<br>MUGGIA          | 9  | Muggia  | 18.413 |                |                |
|  |           |                              | AFT 1<br>ALTOPIANO       | 12 | S. Dorligo della<br>Valle<br>Monrupino<br>Sgonico<br>Duino Aurisina | 23.787 | Duino Aurisina | Duino Aurisina |

## 9) Ruolo unico dell'assistenza primaria

Il nuovo ACN dei MMG realizza l'attivazione del Ruolo Unico dei medici di assistenza primaria previsto dal DL 158/2012, facendo confluire in un'unica figura i medici di assistenza primaria (AP), che ora assumono la denominazione di medici del ruolo unico dell'assistenza primaria a "ciclo di scelta" ed i medici di continuità assistenziale (CA) ora medici del ruolo unico dell'assistenza primaria ad attività oraria prevedendo che:

- i medici del ruolo unico di assistenza primaria svolgono la loro attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP);
- ai medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti a rapporto orario a tempo indeterminato nelle AFT è consentita l'iscrizione negli elenchi di scelta e, a loro volta, ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (ex medici di base) operanti a tempo indeterminato nelle AFT è consentita l'attribuzione di incarico orario;

La creazione del ruolo unico apre la possibilità di individuare soluzioni organizzative che aumentino la capacità assistenziale della medicina generale sia in termini qualitativi che quantitativi e che siano in grado di annullare la discontinuità dell'assistenza, di razionalizzare la duplicazione dell'offerta assistenziale tra servizio di continuità assistenziale e 118 nelle ore successive alla mezzanotte ed evitare l'accesso improprio al PS, riuscendo nel contempo ad evitare che rimangano scoperte le fasce orarie delle ore diurne durante le quali si realizza il numero maggiore di richieste di assistenza non urgente.

L'utilizzo dei medici del ruolo unico che operano in modo coordinato in seno all'AFT, condividendo tutte le informazioni, programmando le attività verso i pazienti cronici, aumentando gli accessi domiciliari verso i pazienti fragili, condividendo le scelte necessarie a garantire cure appropriate ai cittadini che presentano un bisogno di

assistenza, è finalizzato allo sviluppo delle attività programmate diurne tale da ridurre al minimo la necessità di cure urgenti notturne, mediante il monitoraggio costante di situazioni croniche note.

## 10) Ruolo del Distretto

Nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. l'Azienda definisce gli interventi per la promozione e lo sviluppo della medicina di base, in coerenza con il proprio modello organizzativo e secondo quanto previsto dagli ACN, individuando:

- a) gli obiettivi di salute da perseguire, con particolare riferimento all'assistenza nei confronti delle persone affette da malattie croniche;
- b) le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera a).

Per lo svolgimento delle sue funzioni, il Direttore di Distretto si avvale dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), composto da un rappresentante per ciascuna delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale Ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto.

L'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è in staff al Direttore di Distretto e svolge, in particolare, funzioni consultive e propositive in tema di:

- rapporti interprofessionali, comprese le modalità di integrazione/interrelazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e su base oraria, PLS, e specialisti ambulatoriali interni con gli operatori assegnati al Distretto, al fine di garantire uniformità di comportamento operativo nelle attività ed interventi delle diverse articolazioni organizzative;
- bisogni e percorsi formativi delle diverse professionalità su tematiche di carattere generale (es. miglioramento continuo della qualità, sistema informativo, management, etc.);
- definizione del Programma delle Attività Territoriali;
- promozione di strategie operative condivise fra i fattori produttivi territoriali finalizzata a soddisfare il reale bisogno di salute, con l'individuazione delle modalità di raccordo fra la rete produttiva territoriale, i servizi socio-assistenziali, i MMG e i PLS, nonché di procedure e di modalità condivise di offerta dei servizi;
- qualsiasi altra materia il Direttore di Distretto ritenga opportuno sottoporre;
- applicazione di quanto previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali in materia di appropriatezza delle cure e uso delle risorse.

I referenti di AFT dei MMG, PLS e specialisti ambulatoriali componenti di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali coadiuvano il Direttore del Distretto per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali in caso di comportamenti prescrittivi ritenuti non conformi alle disposizioni di legge, secondo quanto previsto dai rispettivi AACCN.

Le modalità di funzionamento dell'UCAD sono determinate con regolamento Aziendale.

A seguito della definizione degli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 8, comma 3, dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG attuativi del presente atto di programmazione, sono soppressi gli Uffici Distrettuali per la Medicina Generale con le modalità previste dagli accordi stessi.

## 11) Programmazione delle attività di UCCP e di AFT

Gli obiettivi ed i livelli di performance della forma organizzativa multiprofessionale sono parte integrante del programma delle attività territoriali (PAT)

Tra gli obiettivi deve essere incluso anche il grado di integrazione tra i componenti.

La valutazione dei risultati raggiunti dai medici convenzionati operanti all'interno della UCCP costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi medici.

Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera forma organizzativa multiprofessionale, come previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera b-ter del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 modificato dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.

Le Aziende adottano metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare i risultati di performance delle forme organizzative secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse degli assistiti destinatari dei servizi e degli interventi.

## 12) Criteri per la definizione degli obiettivi

La Regione Friuli Venezia Giulia persegue la finalità di assicurare elevati standard qualitativi di assistenza sanitaria ed individua, quale strumento utile per il perseguimento di questo scopo, la valorizzazione dei risultati di salute.

La valorizzazione dei risultati di salute deve tendere al rafforzamento dei sistemi di monitoraggio e controllo da parte delle aziende sull'assistenza erogata e sulla qualità dei servizi resi e, a tal fine, gli obiettivi regionali e aziendali devono essere:

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale ed internazionale, nonché da comparazioni con aziende sanitarie omologhe;
- f) confrontabili con i risultati di salute con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Non è consentita la distribuzione dei fondi relativi al trattamento economico di parte variabile non collegata ad obiettivi e che non rispettano le suddette caratteristiche.

Sono escluse dalla contrattazione aziendale le materie attinenti l'articolazione territoriale che viene attuata dalle Aziende sulla base degli atti di programmazione regionale.

## 13) Indirizzi per la stesura degli AIR

Il livello di negoziazione regionale definisce mediante Accordo Integrativo Regionale (AIR) obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale.

Gli AAIRR sono finalizzati a soddisfare le esigenze assistenziali del territorio regionale, anche attraverso la definizione di indicatori di performance, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini.

Gli AAIRR definiscono gli obiettivi generali in coerenza con gli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari indicati dagli ACN declinati nelle seguenti lettere:

- a) PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.).
- b) PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2017-2019
- c) ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO.
- d) GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA.

Le integrazioni del compenso già stabilite con Accordi Integrativi Regionali sono negoziate a livello regionale nel rispetto delle finalità previste dal sopra citato articolo 4 dell'ACN.

Gli AAIRR perseguono, in particolare, i seguenti obiettivi di salute:

- incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio consentendo di raggiungere almeno il valore soglia del 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni;
- garantire a tutta la popolazione lo stesso livello assistenziale e qualità delle cure erogate migliorando l'efficienza organizzativa anche in contesti geograficamente svantaggiati;
- fornire al paziente un'assistenza che comprenda risposte a bisogni clinico-assistenziali, e psicologici anche per ridurre l'impatto negativo del vissuto di malattia del paziente;
- ridurre gli accessi al pronto soccorso, l'ospedalizzazione e l'esposizione ai rischi legati ad essa, nonché il ricorso all'istituzionalizzazione;

- permettere una dimissione protetta dalle strutture di ricovero potendo assicurare a domicilio la continuità di assistenza e cure di pari efficacia;
- ridurre gli accessi in day hospital sviluppando risposte alternative a domicilio;
- ridurre gli accessi, da parte degli assistiti, in luoghi di cura non appropriati per la patologia;
- prendere in carico il paziente a domicilio, coordinandone la gestione e assicurando il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche;
- fornire alla famiglia educazione terapeutica nel proprio contesto di vita, migliorando l'uso di risorse e di servizi, favorendo le attività di sorveglianza in ambito sanitario;
- accrescere l'utilizzo appropriato dei servizi a distanza finalizzato ad una più efficace risposta ai bisogni assistenziali;
- migliorare la qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei caregiver;
- migliorare le transizioni tra setting grazie all'informatizzazione e all'interoperabilità dei sistemi e favorire la continuità informativa nelle transizioni tra setting;
- sviluppare la rete locale di cure palliative al fine di migliorare la presa in carico precoce delle persone eleggibili

## 14) Indirizzi per la stesura degli AAA

Gli Accordi Attuativi Aziendali (AAA), specificano i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale.

Le Aziende definiscono gli interventi per la promozione e lo sviluppo della medicina generale nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., in coerenza con il proprio modello organizzativo e tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati dall'articolo 4 dell'ACN, individuando:

- a) gli obiettivi di salute che si intendono perseguire, con particolare riferimento all'assistenza nei confronti delle persone affette da malattie croniche, anche in considerazione di quanto previsto all'Allegato 1 dell'ACN 2024 dei MMG relativo alla medicina di iniziativa;
- b) le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera a).

Gli AAA definiscono i progetti in attuazione degli obiettivi strategici regionali indicando obiettivi specifici e misurabili in termini concreti e chiari nonché i loro indicatori di processo e/o di risultato utilizzando, ove possibile, gli indicatori LEA-CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) introdotti con il DM 12 marzo 2019.

## 15) Continuità dell'assistenza

La continuità dell'assistenza nei confronti di tutta la popolazione di riferimento, inclusa quella in età pediatrica per le prestazioni richieste nelle fasce orarie notturne, il sabato ed i festivi, è organizzata dalla Azienda sanitaria secondo quanto disposto dall'art. 44 ACN dei MMG, in coerenza con quanto previsto dal presente atto di programmazione regionale e 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 e di densità abitativa del territorio.

L'ACN 2024 dei MMG supera il concetto di Servizio di continuità dell'assistenza (SCA) articolato in turni notturni e diurni festivi che assicurava le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti negli ambiti territoriali afferenti alle sedi di servizio assegnate dalle Aziende per passare ad una concezione più ampia di continuità assistenziale che favorisca l'integrazione dei servizi territoriali attraverso il coordinamento dell'attività oraria dei medici del ruolo unico da svolgersi presso le sedi delle AFT, UCCP, Case della Comunità hub e spoke, Ospedali di Comunità nonché presso ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria.

Attualmente, sono presenti in regione 35 SCA così ripartiti tra le aziende:

ASFO 10  
 ASUFC 26  
 ASUGI 9

Nel corso dell'anno 2023 sono stati registrati un totale di n. 208.964 accessi ai servizi di continuità assistenziale che hanno erogato le seguenti attività:

| AMBULATORIALI |       | TIPO VISITA<br>DOMICILIARE |      | TELEFONICHE |       | Totale  |
|---------------|-------|----------------------------|------|-------------|-------|---------|
| n.            | %     | n.                         | %    | n.          | %     |         |
| 79.990        | 38,3% | 12.671                     | 6,1% | 116.303     | 55,7% | 208.964 |

Il 55,7% delle attività ha quindi riguardato la valutazione telefonica e solo il 6,1% dei casi ha comportato la visita diretta al domicilio dell'assistito.

Risulta quindi di palmare evidenza che la continuità dell'assistenza con la presa in carico delle richieste di cure mediche non urgenti con garanzia della risposta H24 possa essere riorganizzata in funzione dei suddetti volumi e tipologie di attività.

Al fine di garantire l'integrazione organizzativa e professionale dell'assistenza primaria e agevolare l'accesso dei cittadini, la continuità dell'assistenza rivolta agli assistiti dell'UCCP di riferimento è assicurata dalle Aziende presso le Case di Comunità Hub/spoke indicate nel precedente art. 8 relativo all'Articolazione territoriale delle forme organizzative dei MMG.

In presenza di criticità collegate a particolari situazioni orogeografiche, sanitarie, sociali, abitative, stagionali e 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 integrativo regionale e prevedendo anche, 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.

Si prevede quindi il seguente percorso per la ricezione delle chiamate da parte di una centrale unica di riferimento con operatori idoneamente formati in grado di valutare le richieste e instradarle correttamente verso le strutture/professionisti appropriati a soddisfare il bisogno nelle diverse fasce orarie giornaliere:

- Rinvio del cittadino al medico curante o all'AFT di appartenenza del medico
- Invio agli ambulatori di continuità assistenziale attivati dalle Aziende presso le case di comunità per prestazioni e/o consigli medici non urgenti
- Attivazione del medico reperibile per intervento domiciliare
- Consigli sanitari non urgenti
- Eventuale trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente alla Centrale Operativa Regionale di Emergenza Urgenza Territoriale (COREUT)
- invio al servizio di assistenza sanitaria turistica

A tale scopo, le Aziende realizzano il proprio modello organizzativo avvalendosi delle seguenti opzioni

- a) collegamento con la 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 dell'assistenza gestito da medici del ruolo unico di assistenza primaria integrati, ove necessario, con personale infermieristico;
- c) organizzazione della continuità dell'assistenza in orario diurno e con 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, secondo protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.

Secondo quanto previsto dal Piano emergenza urgenza approvato con DGR 2064/2023, i Medici del ruolo unico di assistenza primaria possono inoltre essere ingaggiati in progetti di collaborazione con i servizi di pronto soccorso, in affiancamento ai medici presenti, per farsi carico della casistica con minori criticità, con riferimento, in particolare, ai codici bianchi e a parte dei codici verdi individuati dal triage infermieristico.

## 16) Flussi informativi, sistemi informatici e informativi

Secondo quanto previsto dai rispettivi ACN, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali assolvono ai compiti informativi derivanti dalla normativa nazionale e dai conseguenti provvedimenti regionali attraverso i sistemi informativi nazionali e regionali, anche al fine del monitoraggio degli obiettivi stabiliti a AIR e AAA secondo i criteri identificati dalla programmazione.

I medici assolvono al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:

- a) sistema informativo nazionale (NSIS), tra cui i flussi SIAD, cure palliative, Hospice, SIAR, ecc. attinenti all'attività della medicina convenzionata;
- b) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
- c) fascicolo sanitario elettronico (FSE), in particolare la stesura del profilo sanitario sintetico (patient summary);
- d) certificazione telematica di assenza per malattia del lavoratore dipendente

I MMG e PLS assolvono, altresì, agli obblighi previsti dal flusso informativo definito a livello regionale, connesso all'attività assistenziale, senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a loro carico.

L'inadempienza agli obblighi relativi a tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata, documentata attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo del medico in misura pari al 1,15% su base annua. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico di medicina generale.

Le comunicazioni tra Azienda sanitaria e medici avvengono attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata ed i medici convenzionati debbono essere dotati di strumenti informatici idonei anche per l'assolvimento del debito informativo.

I Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta operanti in Friuli Venezia Giulia dispongono di diversi applicativi gestionali in cui inseriscono le informazioni per ottemperare ai debiti informativi nei confronti del livello nazionale.

Nello specifico gli strumenti in uso sono:

- 1- L'Accordo Quadro siglato tra la società ICT in house alla Regione Insiel e fornitori terzi su mandato della Regione FVG (la cui ultima sottoscrizione riguarda il periodo 2021-2023) definisce le seguenti Cartelle Cliniche in uso per MMG/PLS in FVG e i flussi di integrazione col sistema regionale:
  - Millewin (Millennium S.r.l) in utilizzo presso 573 MMG
  - JuniorNit (So.Se.Pe. S.r.l) in utilizzo presso 113 PLS
  - Medico 2000 (Mediatec Informatica S.r.l) in utilizzo presso 104 MMG
  - CCE (CompuGroup Medical Italia S.p.a) in utilizzo presso 30 MMG
  - Sistema di Continuità della Cura (SCC) (Insiel S.p.a) in utilizzo presso 35 MMG
  - FastAmb MdF (BestSoft) in utilizzo presso 25 MMG
  - IATROS (Tsf S.r.l) in utilizzo presso 10 MMG
  - Docunque (Docunque S.r.l) in utilizzo presso 3 MMG

I flussi di dati attivi dalle cartelle sopracitate verso il livello regionale riguardano:

| <b>SISTEMA REGIONALE DI ACCOGLIENZA</b> | <b>FLUSSO DATI ATTIVO DALLE CARTELLE</b>  |
|---|---|
| Anagrafe Sanitaria                      | lettura allineamento dati anagrafici ed esenzioni   |
| Sistema di Accoglienza Regionale (SAR)  | invio a SOGEL delle prescrizioni dematerializzate ed elettroniche (rosse) di farmaci SSN, non SSN e specialistica |
| SAR                                     | invio a SOGEL dei piani terapeutici Nota AIFA 97  |
| SAR INPS                                | invio a SOGEL/INPS dei certificati di malattia  |
| FSE FVG                                 | lettura documenti FSE   |

|   |  |
|---|--|
| FSE FVG   | invio del Patient Summary (le cartelle MMG/PLS di terze parti non hanno ancora adeguato il Patient Summary al nuovo formato PNRR FSE 2.0 con firma digitale) |
| FSE FVG   | invio bilanci di salute (PLS) al FSE   |
| I flussi Art59 bis e Stili di Vita sono attualmente sospesi (da definire aspetti privacy) |  |

- 2- Il Sistema di Continuità delle Cure, già elencato al punto 1, è un applicativo web utilizzato da tutti i MMG/PLS e medici di continuità assistenziale della regione per l'invio al sistema regionale e il contestuale pagamento delle vaccinazioni e delle PPIP. È disponibile anche la produzione e l'invio del Patient Summary (funzionalità utilizzata solo dai 35 medici che utilizzano SCC anche per la cartella paziente), per il quale è in corso l'adeguamento (previsto a breve) alle nuove specifiche PNRR FSE 2.0 (con firma digitale).

Tutte le informazioni tecniche sui documenti e sulle modalità di comunicazione tra i sistemi in dotazione ai MMG/PLS del Friuli Venezia Giulia ed il sistema di accoglienza regionale sono disponibili su <http://medicinrete.insiel.it/>

A livello regionale il sistema Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE FVG) accoglie il documento Patient Summary prodotto dai MMG/PLS mediante le loro cartelle mediche o il Sistema Continuità della Cura (SCC) mentre l'integrazione Anagrafe Sanitaria FVG con ANA è attualmente in via di sviluppo in attesa di pianificazione da parte di SOGEL.

## 17) Telemedicina

La Regione FVG favorisce la telemedicina quale modalità di erogazione a distanza di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario professionista sanitario).

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

Considerato l'investimento 1.2.3.2 "Servizi di telemedicina" ricompreso nel sub-investimento 1.2.3 "Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici", Missione 6 Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), per l'implementazione dei diversi servizi di telemedicina nel setting domiciliare si rinvia al documento "Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare (Milestone EU M6C1-4)" allegato alla DGR 832/2022 ed ai successivi provvedimenti regionali attuativi in materia.

La Regione attiva l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, come definita nelle Linee Guida sopra richiamate, nei tempi previsti dall'investimento PNRR M6C1 1.2.3

## 18) Disposizioni in materia di sicurezza delle cure

Le Aziende sanitarie ed i medici di medicina generale attuano, per quanto di competenza, le disposizioni di cui alla L. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

I medici convenzionati sono parte integrante della Rete Cure Sicure istituita con Delibera regionale n. 1970 del 21 ottobre 2016.

## 19) Formazione

Ai sensi dell'art. 37 della Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22, la formazione continua prevista dagli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, i medici pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni, i medici veterinari e altre professionalità sanitarie ambulatoriali, è assicurata dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) che assume la funzione di Centro per la formazione in sanità e assicura la gestione amministrativa e finanziaria connessa al complesso delle attività formative.

Le parti danno atto che il Centro regionale di formazione per l'area della medicina generale, ora Centro per la formazione in sanità, è stato avviato, in via sperimentale, con deliberazione della Giunta regionale n. 3576, del 9.8.1996 e costituito, in via definitiva, con deliberazione della Giunta regionale n. 25, del 10.1.2001.

In particolare, il Centro cura l'attuazione del programma annuale di formazione, l'organizzazione e l'effettuazione dei corsi, la gestione dei professionisti coinvolti nell'espletamento di tali attività, nonché tutti i connessi e derivanti adempimenti di gestione amministrativa, contabile e di segreteria organizzativa ivi compresi quelli finalizzati alle eventuali pubblicazioni e/o oneri informativi e a eventuali controlli riservati alla Pubblica Amministrazione.

Il decreto della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia n. 1061/SPS del 25/08/2016 ha definito, con il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali della medicina convenzionata, l'assetto organizzativo del Centro prevedendo la presenza dei rappresentanti di parte sindacale, designati congiuntamente dai rispettivi sindacati di categoria firmatari degli accordi nazionali, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali/altre professionalità sanitarie nella composizione del Comitato di indirizzo nonché la presenza dei rappresentanti delle tre aree nella composizione del comitato esecutivo al quale è affidata la gestione delle attività didattiche e formative.

Al comitato di indirizzo paritetico spetta predisporre la programmazione didattica – formativa unitamente all'individuazione della quota di risorse da assegnare al comitato esecutivo nonché definire la ripartizione delle risorse medesime per le Aree di lavoro, in coerenza con gli obiettivi fissati dall'amministrazione regionale e, comunque, tenendo conto della programmazione ECM e delle necessità formative, e provvedere, altresì, alla verifica annuale delle attività svolte e della loro coerenza rispetto agli indirizzi programmatici definiti.

Nell'ambito dell'espletamento delle competenze del comitato esecutivo sono previste le seguenti specifiche Aree tematiche di lavoro e precisamente:

- Area della formazione specifica dei medici di medicina generale e della continuità assistenziale;
- Area della formazione continua dei Medici di medicina generale;
- Area della formazione continua dei Pediatri di libera scelta;
- Area della formazione dei medici Specialisti ambulatoriali interni e delle altre professionalità ambulatoriali;
- Area della formazione sulla prevenzione dell'età evolutiva e transizione dell'età adulta;
- Area ricerca e sviluppo.

Alle suddette Aree di lavoro sono preposti i componenti del comitato esecutivo cui è assegnato il relativo budget, destinato alla gestione delle attività formative correlate alle singole aree di riferimento.

Le iniziative regionali ed aziendali di formazione che vengono effettuate con formazione residenziale si svolgono nel limite di 40 ore annue secondo le modalità definite in sede di programmazione dell'attività da parte del comitato di indirizzo del Centro per la formazione in sanità.

## **20) Medicina di iniziativa**

La medicina di iniziativa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sulla promozione della salute. La medicina di iniziativa per la parte relativa alla prevenzione deve essere in linea con gli indirizzi del Dipartimento di Prevenzione.

Le AFT dei medici di medicina generale e le UCCP mettono in atto i modelli della medicina di iniziativa in collaborazione con Infermieri di famiglia o Comunità nei confronti degli assistiti che vengono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver secondo quanto previsto in materia dall'All. 1 ACN dei MMG e dal DM 77/2022

## **21) Cruscotto direzionale**

La gestione integrata attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria rappresenta uno strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti nei campi dell'efficacia degli interventi, dell'efficienza delle cure, della salute e della qualità di vita dei pazienti, in particolare per quelli con patologie di lunga durata.

L'integrazione professionale ed organizzativa della medicina convenzionata deve tendere all'attuazione di un innovativo sistema di presa in carico degli assistiti cronici o fragili che permetta loro di avere un unico riferimento nel percorso di cura e/o di assistenza in grado di assicurare la presa in carico complessiva dei bisogni individuali e superare la frammentazione dei percorsi di cura, le difficoltà di prenotazione e di accesso ai servizi, le perdite di tempo con aumento dell'efficacia dei servizi ricevuti

Per la gestione integrata è pertanto essenziale l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali – PDTA (condivisi e codificati per i vari stadi di patologia) prevedendo la partecipazione dei medici convenzionati nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, nella individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente ai fini della presa in carico delle persone affette da patologie croniche nonché lo sviluppo di un sistema di raccolta dei dati clinici che possa generare gli indicatori di processo e di esito (indispensabili a innescare il circolo virtuoso della qualità) e gli indicatori di risultato intermedio e finale (finalizzati a valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi)

La Direzione Centrale salute, disabilità e politiche sociali si avvale di ARCS per l'attività di analisi e di valutazione a supporto delle funzioni di pianificazione e programmazione regionali della medicina convenzionata, per il governo clinico dei percorsi di cura attraverso la definizione dei PDTA, per la misurazione degli esiti e per le attività di monitoraggio delle Aziende sulle azioni programmate.

È necessario quindi prevedere potenziamento del sistema di messa a disposizione da parte di ARCS di servizi informativi e transazionali idonei alla gestione di dati e informazioni a supporto dei confronti/riunioni tenute da Direzione Centrale Salute, ARCS e Enti per il monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni in ambito ospedaliero e territoriale.

La Regione, tramite ARCS, mette a disposizione delle AFT della Medicina convenzionata i dati e gli indicatori utili a supporto dell'audit clinico quale strumento di governo clinico finalizzato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, in particolare per la gestione delle malattie croniche a livello territoriale.

ARCS, in collaborazione con INSIEL, predispose un cruscotto di rappresentazione dinamica dei dati riguardanti l'attività della medicina convenzionata attivando la disponibilità e implementazione dei servizi in produzione

## **22) Disposizioni transitorie e finali**

La piena attuazione degli AACCN dei medici convenzionati nonché del presente atto di programmazione verrà progressivamente raggiunta attraverso la sottoscrizione degli Accordi Integrativi Regionali a modifica dei

previgenti e la sottoscrizione degli Accordi Attuativi Aziendali a specificazione dei progetti e delle attività dei medici convenzionati a livello locale che daranno concretezza alle interrelazioni professionali per la transizione dalle attuali forme organizzative di tipo associativo (AFT, MGI) alle nuove forme organizzative AFT e UCCP.

Le Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale adottate ai sensi dell'articolo 47 della LR 22/2019 indicheranno le priorità che la Regione pone rispetto alle presenti linee programmatiche e definiranno, per quanto di competenza di parte pubblica, con maggiore dettaglio le linee di azione e di organizzazione ed i programmi specifici a livello aziendale da attuarsi in stretto collegamento con il progressivo sviluppo del sistema di assistenza territoriale secondo le linee strategiche e programmatiche indicate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) compatibilmente con lo Statuto di autonomia della Regione Friuli Venezia Giulia e con le relative norme di attuazione nonché compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della propria autonomia organizzativa.

## 23) Glossario

|       |  |
|-------|--|
| AAA   | Accordo Attuativo Aziendale                              |
| ACN   | Accordo Collettivo Nazionale                             |
| AFT   | Aggregazioni Funzionali Territoriali                     |
| AIR   | Accordo Integrativo Regionale                            |
| ARCS  | Azienda regionale di coordinamento per la salute         |
| CdC   | Case della Comunità                                      |
| COT   | Centrale Operativa Territoriale                          |
| D.LGS | Decreto Legislativo                                      |
| DCS   | Direzione Centrale Salute, disabilità, politiche sociali |
| DGR   | Deliberazione della Giunta Regionale                     |
| DM    | Decreto ministeriale                                     |
| DPCM  | Decreto Presidente Consiglio dei Ministri                |
| ECM   | Educazione Continua in Medicina                          |
| FSE   | Fascicolo Sanitario Elettronico                          |
| ICA   | Infermiere Continuità Assistenziale                      |
| IFeC  | Infermiere di Comunità                                   |
| LEA   | Livelli Essenziali di Assistenza                         |
| LR    | Legge Regionale  |
| MGI   | Medicina di Gruppo Integrata                             |
| MMG   | Medici di Medicina Generale                              |
| NSIS  | Nuovo Sistema Informativo Sanitario                      |
| PAI   | Piano assistenziale Individuale                          |
| PDTA  | Percorso diagnostico terapeutico assistenziale           |
| PFA   | Piano Formativo Aziendale                                |
| PLS   | Pediatri di libera scelta                                |
| PNC   | Piano Nazionale della Cronicità                          |
| PNPV  | Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale                    |
| PNRR  | Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza                  |
| PRI   | Piano riabilitativo Individuale                          |
| PS    | Pronto Soccorso  |
| PUA   | Punto Unico di Accesso                                   |
| SA    | Specialisti ambulatoriali                                |
| SCA   | Servizio Continuità Assistenziale                        |
| SISAC | Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati          |
| SSN   | Servizio Sanitario Nazionale                             |
| SSR   | Servizio Sanitario Regionale                             |

UCAD Ufficio Coordinamento Attività Distrettuali  
UCCP Unità Complesse di Cure Primarie  
UDMG Ufficio Distrettuale Medicina Generale

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE