



CORTE DEI CONTI
Sezione di controllo della regione Friuli Venezia Giulia
Il Collegio

STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NELLA
PROSPETTIVA PNRR
REFERTO SUGLI ESITI DELLA DELIBERAZIONE N. 43/2022/FRG

Approvato con deliberazione n. FVG/35/2025/VSGO del 22 maggio 2025,
ai sensi dell'art. 33 del D.P.R. 902/1975 e successive modifiche

Presentato alla Presidenza del Consiglio regionale il 22 maggio 2025



REPUBBLICA ITALIANA

la

CORTE DEI CONTI

Sezione di controllo per la regione Friuli Venezia Giulia

II Collegio

composto dai seguenti magistrati:

PRESIDENTE: Emanuela Pesel (relatore)

CONSIGLIERE: Daniele Bertuzzi

PRIMO REFERENDARIO: Tamara Lollis

Deliberazione del 22 maggio 2025

**Stato di attuazione della riforma dell'assistenza territoriale nella prospettiva PNRR -
Referto sugli esiti della deliberazione n. 43/2022/FRG**

Visto l'articolo 100, comma 2, della Costituzione;

Visto il Testo unico delle leggi sull'ordinamento della Corte dei conti, approvato con regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214;

Vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20, recante disposizioni in materia di giurisdizione e di controllo della Corte dei conti;

Vista la legge costituzionale 31 gennaio 1963, n. 1 recante "*Statuto speciale della Regione Friuli Venezia Giulia*";

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 recante "*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*";

Visto il d.P.R. 25 novembre 1975, n. 902, così come modificato dal decreto legislativo 15 maggio 2003, n. 125, recante norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Friuli Venezia Giulia in materia di funzioni di controllo della Sezione regionale della Corte dei conti e, in particolare, l'art. 33, comma 1;

Visto il decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174 (Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012), convertito con modificazioni nella legge 7 dicembre 2012, n. 213;

Visto il Regolamento per l'organizzazione e il funzionamento della Sezione adottato, da

ultimo con la deliberazione n. 232/sez.pl. /2011;

CONSIDERATO che il controllo sulla gestione, che trova il suo fondamento giuridico nel disposto di cui all'art. 3, comma 4, della legge n. 20/1994 oltre che nell'art. 33 del dpr n. 902 del 1975, come novellato dal d.lgs. n. 125 del 2003, comporta la verifica del rispetto dei principi di legittimità efficienza, efficacia ed economicità dell'azione pubblica, anche in corso di gestione, in un'ottica di tempestivo perseguimento dei fini pubblici nei termini programmati;

Vista la deliberazione della Sezione plenaria n. FVG/3/2024/INPR con la quale è stato approvato il programma dell'attività di controllo della Sezione per il 2024 nel quale si è previsto, tra l'altro, l'esame delle misure consequenziali adottate a seguito dei precedenti controlli di gestione sulla sanità territoriale e sulle liste d'attesa;

VISTE le precedenti deliberazioni n. FVG/43/2022/FRG del 14 luglio 2022 *"Referto sull'assetto organizzativo dell'assistenza territoriale regionale in attuazione della riforma di cui alle leggi regionali 27/2018 e 22/2019 anche in riferimento al piano nazionale di ripresa e resilienza. I parte"*, n. FVG/67/2023/SSR del 29 maggio 2023 *"Case della comunità realizzate nel territorio regionale- Fondi PNRR -Cofinanziamento regionale-art. 22 d. l. 76 del 2020 convertito con l. 120 del 2020- art.33, primo comma del d.p.r. 902 del 1975 novellato dal d.lgs. 125 del 2003."* ; n.n. FVG/11/2024/VSGO e FVG/3/2025/VSGO *"Interventi degli Enti del Sistema Sanitario regionale finalizzati alla realizzazione e attivazione operativa delle Case della comunità con estensione nel caso di interventi complessi"*;

Vista la deliberazione della Sezione plenaria n. FVG/4/2025/INPR con la quale è stato approvato il programma dell'attività di controllo della Sezione per il 2025;

Vista l'Ordinanza n. 29/2024 con la quale è stata affidata l'attività istruttoria relativa agli esiti del controllo sullo stato della sanità territoriale;

Vista l'Ordinanza del Presidente della Sezione n. 4/2025 relativa alla competenza e alla composizione dei collegi;

CONSIDERATO che la modalità operativa del controllo sulla gestione attuata dalla Sezione si conforma al principio del dialogo istruttorio mediante il quale, grazie ad una interazione diretta con l'Amministrazione controllata, viene attuato un costante contraddittorio, al fine di garantire l'immediatezza e l'affidabilità dei dati raccolti;

PRESO ATTO dell'istruttoria effettuata e, in particolare, di quanto emerso nel corso degli incontri istruttori che si sono tenuti in data 9, 10 e 11 aprile 2024 con ASUFC, ASFO e ASUGI, come da verbali acquisiti al protocollo della Sezione rispettivamente ai nn. 894, 895 e 902 di data 10 aprile 2024, nonché dei verbali degli incontri effettuati con ARCS e Direzione

centrale salute, politiche sociali e disabilità, Prot. n. 918 e n. 924 del 11 aprile 2024; delle risposte pervenute da ASFO, in data 2 maggio 2024 Prot. 1080, dalla Direzione Centrale Salute in data 3 maggio 2024 Prot. 1112, da ASUGI in data 3 maggio 2024 Prot. 1114, da ASUFC in data 7 maggio 2024 Prot. 1173, da ARCS in data 9 maggio 2024 Prot. 1206 e dei successivi incontri istruttori del 25 giugno 2024 (ARCS e ASFO) del 27 giugno 2024 (ASUFC) del 9 luglio 2024 (ASUGI) e del 30 luglio 2024 (Direzione salute);

Vista la nota della Sezione Prot. n. 2124 del 3 settembre 2024 con la quale sono stati chiesti chiarimenti in merito alle risposte istruttorie pervenute;

Vista la nota dell'ARCS acquisita al protocollo della Sezione al n. 2643 in data 14 ottobre 2024 con la quale l'Azienda, in qualità di Ente coordinatore dell'acquisizione dei dati presso le Aziende sanitarie, ha trasmesso i dati richiesti che, tuttavia, hanno resi necessari ulteriori chiarimenti, che sono stati successivamente inviati da ARCS con mail dell'8 dicembre 2024 acquisita a protocollo n. 3599 del 9 dicembre 2024;

Considerati gli esiti dell'incontro tenuto il 16 gennaio 2025 con la Direzione Salute e con ARCS relativo al tema delle retribuzioni dei medici dipendenti dall'azienda e in convenzione (verbale Prot.96 del 2025) in seguito al quale, al fine di fare chiarezza sugli elementi richiesti, è stata inviata una mail riassuntiva delle richieste formulate e in data 23 gennaio 2025, in considerazione della considerevole durata dell'istruttoria, con ulteriore mail è stato richiesto l'aggiornamento delle tabelle al 31 dicembre 2024;

Viste le note Prot. n. 451 del 26 febbraio 2025, Prot. n. 557, n. 559 del 19 marzo 2025, e n. 574 del 21 marzo 2025, con le quali ARCS ha inviato i dati e le tabelle aggiornate e fornito alcune precisazioni in merito ai riscontri già effettuati;

Vista la nota Prot. n. 856 del 14 aprile 2025, con la quale la Sezione ha inviato la bozza di relazione con l'evidenza dei punti di criticità da sottoporre a definitiva conferma e ha convocato il contraddittorio conclusivo per il giorno 30 aprile 2025;

Vista la nota di ASUGI acquisita al protocollo della Sezione n. 924 del 28 aprile 2025 con la quale, unitamente alle risposte dell'Azienda sui punti di criticità segnalati, è stato inviato il documento sottoscritto dal Direttore Generale di ARCS contenente le "Linee di indirizzo per l'attivazione a regime (2026) e per la fase pilota (2025) delle CdC della Regione Friuli Venezia Giulia";

Preso atto degli esiti del contraddittorio effettuato il 30 aprile 2025 svoltosi alla presenza del Direttore Generale di ASUFC, del Direttore Generale e del Direttore Amministrativo ASUGI, del Direttore di Unità Operativa Speciale presso la Direzione centrale salute, del Direttore Sanitario di ASFO, del Direttore Sanitario ARCS, del Direttore Sanitario di ASUFC,

del Direttore dei servizi socio sanitari ARCS, e dell'incaricata di Posizione Organizzativa della gestione delle attività giuridico amministrative del Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera e della contrattazione territoriale presso la Direzione Centrale Salute, nel corso del quale è stata concordata l'invio di un'ultima nota di precisazione da parte di ARCS per conto di ASFO, ASUFC;

Vista la nota Prot. n. 1081 del 9 maggio 2025, inviata da ARCS come concordato per conto di ASFO, ASUFC;

Preso atto altresì dell'ulteriore integrazione trasmessa da ARCS in data 12 maggio 2025, acquisita al protocollo della Sezione al n. 1089 di pari data;

Vista la risposta della Direzione Salute del 14 maggio 2025 (Prot. 1128) alla richiesta di precisazioni inviata via mail relativa alla determinazione dei parametri per individuare il rapporto ottimale medico/assistiti;

Vista l'Ordinanza presidenziale n. 24/2025 con la quale è stato convocato il II Collegio per il giorno 15 maggio 2025;

Considerato che, pur a fronte dell'utilizzo di dati derivanti dalle risposte dell'Amministrazione formulate in esito a molteplici richieste istruttorie, successivamente asseverati e confermati in sede di contraddittorio alla presenza di tutti i soggetti coinvolti nel controllo, **sono emerse delle discrepanze nelle tabelle relative al trattamento economico della medicina convenzionata e dei medici dipendenti;**

Vista la richiesta del Direttore Centrale della Direzione Salute della Regione Friuli Venezia Giulia (Prot. 1139 dd. 15-5-2025) di un breve termine al fine di verificare con le Aziende i dati in contestazione e correggere quanto rilevato;

Preso atto che in esito alla discussione nella camera di consiglio del 15 maggio 2025 (convocata con Ordinanza n. 24/2025) il Collegio ha ritenuto opportuno acquisire, comunque, seppur tardivamente, i dati corretti prima di deliberare sulla definizione del controllo;

Vista l'ordinanza n. 25/2025 con la quale è stato conseguentemente assegnato all'Amministrazione regionale un breve termine per l'invio dei dati corretti necessari ad implementare le tabelle relative al trattamento economico della medicina convenzionata e dei medici dipendenti ed è stato convocato il II Collegio per la continuazione della camera di consiglio per il giorno 22 maggio 2025;

Vista la nota pervenuta il 19 maggio 2025 (Prot. 1189) con la quale la Direzione Centrale Salute ha inviato nuovi elementi in risposta a quanto richiesto;

Considerato che, per garantire una tempestiva definizione dell'istruttoria e la piena

trasparenza della rappresentazione dei dati, la parte di elementi istruttori da ultimo modificata viene inserita in un allegato in cui sono rappresentati sia gli elementi in precedenza asseverati, sia quelli modificati dopo l'ordinanza n. 25 del 2025, che saranno, tuttavia, oggetto di ulteriori approfondimenti nel corso di successive fasi del controllo;

Udito nella camera di consiglio il Relatore Presidente Emanuela Pesel;

DELIBERA

di approvare l'unito referto, che costituisce parte integrante della presente deliberazione, avente ad oggetto *"Stato di attuazione della riforma dell'assistenza territoriale nella prospettiva PNRR - Referto sugli esiti della deliberazione n. 43/2022/FRG."*;

ORDINA

Alla Segreteria della Sezione di trasmettere copia della presente deliberazione unitamente al referto completo di allegato al Consiglio regionale del Friuli - Venezia Giulia, al Presidente della Regione, alla Regione Friuli - Venezia Giulia - Direzione centrale Salute, politiche sociali e disabilità nonché alle Aziende del servizio sanitario regionale (ARCS, ASUGI, ASUFC, ASFO);

e di provvedere, altresì, a tutti gli adempimenti necessari per la pubblicazione della presente deliberazione sul sito web istituzionale della Corte dei conti e a quelli relativi alla pubblicazione sull'apposito spazio dedicato del sito web regionale.

Così deciso, in Trieste, nella Camera di Consiglio del 22 maggio 2025

Il Presidente Relatore

Emanuela Pesel

Depositata in Segreteria in data **22 maggio 2025**

Il Preposto al Servizio di supporto

Leddi Pasian



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER IL FRIULI VENEZIA GIULIA

**STATO DI ATTUAZIONE DELLA
RIFORMA DELL'ASSITENZA
TERRITORIALE NELLA PROSPETTIVA
PNRR - REFERTO SUGLI ESITI DELLA
DELIBERAZIONE N. 43/2022/FRG**

DELIBERAZIONE DEL 22 MAGGIO 2025



CORTE DEI CONTI



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER IL FRIULI VENEZIA GIULIA

**STATO DI ATTUAZIONE DELLA
RIFORMA DELL'ASSISTENZA
TERRITORIALE NELLA PROSPETTIVA
PNRR - REFERTO SUGLI ESITI DELLA
DELIBERAZIONE N. 43/2022/FRG**

DELIBERAZIONE DEL 22 MAGGIO 2025

Esiti del contraddittorio e osservazioni conclusive

A conclusione della lunga e articolata istruttoria, svolta in costante dialettico confronto con i soggetti controllati, si deve, in primo luogo, esprimere preoccupazione per la difficoltà dimostrata dalle strutture regionali nel reperire e raccogliere i dati richiesti dalla Sezione, pur trattandosi di elementi (da ultimo e nello specifico riguardanti la richiesta di cui all'ordinanza 25 del 2025 relativa al trattamento economico dei medici dipendenti e in convenzione) che dovrebbero già essere nella costante disponibilità della Regione in quanto costituiscono il presupposto dell'attività di gestione e programmazione.

La Sezione auspica, quindi, un tempestivo rafforzamento delle strutture e dei procedimenti finalizzati alla costante implementazione dei dati necessari ad un efficace governo e, soprattutto, ad una razionale programmazione del sistema sanitario regionale che rappresenta non solo la risposta ad un diritto fondamentale dei cittadini, ma anche la componente più significativa del bilancio della Regione.

Fatta questa premessa, che risulta rilevante e preliminare proprio nell'assunto che un settore complesso come la sanità non può prescindere, ai fini di una gestione attenta e di una programmazione adeguata, dall'apporto di strutture e di strumenti conoscitivi in grado di supportare adeguatamente le decisioni di governo del sistema, risulta opportuno richiamare, comunque, l'attenzione su alcuni aspetti specifici che avranno un ruolo rilevante nell'attuazione della riforma e nella realizzazione di un'offerta di servizio sul territorio più adeguata agli attuali bisogni espressi dal contesto contingente.

In prospettiva risulterà necessario che la Regione, nell'ambito delle sue prerogative, appronti i possibili rimedi alla persistente carenza di personale medico (-181 MMG e -198 MCA, come da comunicazione successiva all'ordinanza 25 del 2025) e infermieristico/IFoC da reclutare da qui a metà 2026 (-233 infermieri), ma anche di altre figure sanitarie (fabbisogno complessivo presunto di 107 oss e 118 professionisti della riabilitazione), operando un'attenta programmazione delle risorse umane e strumentali, al fine di garantire l'operatività di tutte le strutture previste dal PNRR (COT, CdC, OdC, UCA) necessarie a garantire il buon esito della riforma.

Inoltre, a garanzia di un'effettiva qualità del servizio si evidenzia la necessità che la riforma organizzativa sia adeguatamente pubblicizzata al fine di renderla accessibile a tutta la popolazione e, soprattutto, che siano previsti e attivati controlli sulla concreta erogazione dei

servizi, sulla copertura oraria e sulla qualità delle prestazioni fornite, individuando strutture e competenze ad hoc volte a rendere efficaci le verifiche a tutto vantaggio della qualità dell'offerta del territorio.

Come già evidenziato nel precedente referto, in particolare riferimento agli OdC, in considerazione della differenza di nomenclatura di riferimento rispetto a quella utilizzata in sede nazionale (le RSA in Friuli Venezia Giulia sono strutture a prevalente indirizzo riabilitativo e nel resto del territorio nazionale residenze per anziani) pur prendendo atto della proposta di modifica normativa comunicata in contraddittorio, si sottolinea la necessità che i posti letto da realizzare, anche a seguito della conversione delle RSA (ASUGI -9 pl, ASUFC - 110 pl, ASFO - 26 pl), siano effettivi e rendicontati in modo da consentire il raggiungimento di tutti gli obiettivi declinati nel PNRR.

Infine, devono essere svolte alcune considerazioni in riferimento a quanto emerso in istruttoria e, più precisamente, nel corso del contraddittorio finale svoltosi alla presenza della Direzione Centrale e di tutte le Aziende, in merito alla **difficoltà di dare attuazione, in particolare, alle CdC, in conseguenza della disciplina contrattuale attualmente vigente per i medici già convenzionati con incarico a tempo indeterminato anteriore all'1-1-2025, che consentirebbe anche la scelta di non aderire all'opzione che comporta la messa a disposizione di una quota oraria a favore dell'Azienda e, quindi, anche a favore della CdC.** Ciò sarebbe fatto dipendere dalla lettura dell'**art. 31 dell'ACN 2024** che riferisce l'inquadramento nel **ruolo unico dei medici di assistenza primaria e i relativi nuovi effetti esclusivamente agli incarichi successivi al 1-1-2025, nel primo comma,** e **mantiene, invece, nel secondo comma, il precedente regime con facoltà di opzione previsto dall'art. 31 dell'ACN 2022 per i medici già incaricati entro il 31-12-2024 che potrebbero decidere di mantenere anche solo il servizio di ambulatorio a ciclo di scelta.** Al momento, come chiarito in contraddittorio dall'Amministrazione, sarebbero state **esercitate solo tre opzioni di transito verso il nuovo ruolo unico.** La situazione appena evidenziata, qualora non risolta, può rappresentare un significativo ostacolo alla realizzazione operativa delle CdC entro i brevissimi termini stabiliti per la sperimentazione per il 2025 e per il raggiungimento degli obiettivi PNRR per il 2026 e deve, quindi, essere oggetto di particolare attenzione da parte dell'Amministrazione.

Sul punto appare, tuttavia, opportuno formulare alcune riflessioni.

Le soluzioni erogative individuate dal servizio sanitario pubblico sono naturalmente collegate alle caratteristiche espresse dalla domanda nei singoli periodi. Al momento attuale, infatti, l'organizzazione offerta sul territorio deve tener presenti fenomeni come l'invecchiamento della popolazione, le maggiori esigenze legate alla cronicità, l'immigrazione e la tendenza a convogliare sul Pronto Soccorso degli ospedali quella domanda di intervento non rinviabile anche se non grave che, evidentemente, non trova risposte adeguate da parte dell'attuale offerta presente sul territorio.

La necessità di intervenire su questa situazione ha determinato un'evoluzione del sistema che a partire dal d.l. 158 del 2012, convertito con **l. 189 del 2012**, fino ad arrivare ai più recenti atti di programmazione della Regione (DGR 2042 del 2022 riferita alla missione 6 del PNRR e all'attuazione del D.M. 77 del 2022 alla quale è succeduta la recentissima DGR 1864 del 2024) evidenzia una nuova configurazione del servizio dalla quale deve desumersi che **l'attività ambulatoriale a ciclo di scelta non può più essere considerata, come nel passato, una risposta esaustiva alla domanda di assistenza territoriale e che, in un'ottica di razionalizzazione del sistema, il servizio garantito dai MMG deve essere parte integrante di un'offerta più articolata.** L'attuale programmazione, infatti, in sintonia con gli obiettivi del PNRR, individua le **CdC** come strutture di riferimento per il cittadino caratterizzate da facilità di accesso, ampiezza di orario (nelle CdC hub 24 ore su 7 giorni, nelle Cdc spoke 12 ore su 6 giorni), integrazione tra professionisti (MMG e specialisti) e setting di cura diversi e tra componente sanitaria e componente sociale, presenza di personale infermieristico e attrezzature diagnostiche dedicate. Nell'ottica della riforma la CdC, che non sostituisce, ma integra l'attività del cosiddetto "medico di famiglia", è una soluzione che va realizzata con la massima tempestività non solo per rispettare i tempi del PNRR, ma anche, e soprattutto, per offrire ai cittadini un servizio più efficiente ed adeguato ai crescenti e diversificati bisogni di salute. Il nuovo assetto del servizio risulta ancora più necessario laddove si consideri che **una gran parte dei MMG in Friuli Venezia Giulia ha un bacino di utenza di 1500 e più assistiti in una situazione che, in concreto, anche con la massima abnegazione da parte dei professionisti, è estremamente difficile garantire quel rapporto personalizzato che stava alla base dell'attività a ciclo di scelta.** Quindi, a fronte della constatazione dell'importanza del successo delle nuove formule previste a presidio del territorio, non si può non esprimere forte perplessità su un'interpretazione dell'assetto ordinamentale che consentendo, di fatto, ai MMG incaricati prima dell'1-1-2025 la

scelta di non svolgere servizio nell'ambito delle nuove strutture previste dal PNRR, potrebbe pregiudicare l'operatività della nuova articolazione territoriale dell'assistenza inficiando l'efficacia della riforma.

E' bene tenere presente che l'art. 8 della l. 502 del 1992 tuttora vigente, ha previsto il sistema della convenzione per i MMG, nell' assunto che questa soluzione organizzativa, introdotta in un periodo risalente in cui la situazione della domanda era diversa, potesse contribuire a dare la risposta migliore in termini di soluzioni operative atte ad assicurare un servizio efficiente al cittadino. Quindi, dovendo applicare la normativa alle esigenze specifiche del momento contingente, la contrattazione collettiva dovrebbe essere proprio lo strumento con cui si definiscono tutti gli aspetti del rapporto con i medici MMG necessari a rendere operative le riforme dell'assistenza territoriale, comprese le CdC.

Al contrario, non dovrebbe poter costituire oggetto di trattativa in una sede contrattuale il successo o il fallimento di un modello di erogazione del servizio, in quanto questo rappresenta, nell'ambito del segmento strettamente pubblicistico attuativo dei diritti dei cittadini, l'obiettivo organizzativo individuato dal soggetto pubblico nella programmazione.

Giova ricordare a questo proposito che l'art. 4, comma 9, della l. 412 del 1991, come novellato dall'art. 52, comma 27, della l. 289 del 2002, nel definire il procedimento di contrattazione richiama l'applicazione del d.lgs 165 del 2001, relativo al pubblico impiego privatizzato e in particolare, tra gli altri, dell'art. 40, che esclude dalla contrattazione collettiva le materie relative all'organizzazione. Peraltro, le medesime perplessità sulla non trattabilità degli aspetti organizzativi sono state espresse anche dalla Corte dei conti nella certificazione di compatibilità economica finanziaria (che non è un controllo di legittimità sul contenuto contrattuale) dell'ACN 2022: in quella sede, infatti, le Sezioni Riunite hanno espresso l'auspicio di un chiarimento sui limiti entro i quali possa operare l'autonomia collettiva dal momento che la regolazione del dettaglio dei temi organizzativi dell'attività e del lavoro dovrebbe, in quanto tale, essere sottratta alla regolazione pattizia (deliberazione n. 10/ SSRRCO/CCN/22).

Una lettura sistematica dell'ordinamento dovrebbe ricondurre la dinamica contrattuale al ruolo di uno strumento privatistico da considerare compatibile con il rispetto del diritto alla salute costituzionalmente garantito solo nella misura in cui il contratto realizzi una più efficace ed efficiente attuazione dello stesso, con la conseguenza che non potrebbe, invece, essere considerata ammissibile una sorta di "prevalenza del diritto alle trattative" che, in

conseguenza del mancato accordo, finisse per far venir meno, in tutto o in parte, la tutela riconosciuta al cittadino.

In conclusione, pur nell'auspicio che la contrattazione possa arrivare al suo esito naturale di definizione operativa dei modelli di declinazione del servizio, come individuati dalla programmazione in attuazione della riforma, si ritiene di evidenziare che laddove dovesse rendersi necessario, in via eccezionale, il ricorso ad altri strumenti, quali quelli di rango normativo, dovrebbe essere adeguatamente considerata la prevalenza da assegnare all'obiettivo di realizzazione del servizio, che, del resto è stata oggetto di valutazione positiva anche nelle argomentazioni della giurisprudenza costituzionale. Con la recente sentenza n. 26 del 2024 (successiva alla precedente n. 112 del 2023 e n. 124 del 2023 riguardante proprio il FVG) la Corte costituzionale ha, infatti, considerato legittimo l'intervento suppletivo di un legislatore regionale, volto a garantire l'assistenza primaria anche in aree disagiate, in ragione della coesistenza di tre fattori: in primo luogo per il rispetto dell'ambito che l'ACN riserva alla contrattazione decentrata, in secondo luogo perché l'intervento riguardava aspetti organizzativi e infine perché lo stesso era contenuto nei limiti temporali necessari per addivenire alla stipula dei contratti.

La medesima ratio volta ad una tutela sostanziale del diritto alla salute può desumersi, peraltro, anche dal richiamato art. 40 del d.lgs.165 del 2001 e, in particolare, dal comma 3 ter secondo il quale, qualora il protrarsi delle trattative della contrattazione integrativa determini un pregiudizio alla funzionalità dell'azione amministrativa, l'amministrazione interessata può provvedere, in via provvisoria, sulle materie oggetto del mancato accordo fino alla successiva sottoscrizione.

L'attuazione della riforma della sanità territoriale, nei suoi molteplici aspetti, può comportare, con la sua completa realizzazione, un sensibile miglioramento per la qualità della vita dei cittadini e deve, quindi, essere perseguita senza ritardo, anche tenendo presente che l'effettiva operatività di una significativa parte delle strutture previste è soggetta alle scadenze temporali stabilite dal PNRR che rappresentano, a loro volta, un obiettivo che non può essere mancato, anche in ragione del possibile rischio di perdere le considerevoli assegnazioni di contributi correlate all'attuazione del Piano.

Obiettivi dell'indagine e attività istruttoria

La **riforma dell'assistenza territoriale** è uno degli obiettivi prioritari del Servizio sanitario nazionale, non solo in attuazione degli impegni assunti dall'Italia con il PNRR, ma soprattutto in quanto l'erogazione di servizi sanitari rispondenti ai bisogni di salute della popolazione rappresenta una componente strutturale dei LEA, che ha determinato l'esigenza di assumere iniziative tese a garantire parità di accesso e a migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi e delle prestazioni offerti ai cittadini con la modifica delle modalità organizzative e di offerta delle prestazioni sanitarie fornite.

Il presente Referto riferisce degli esiti delle istruttorie condotte riguardo all'indagine di cui alla deliberazione FVG/43/2022/FRG del 14 luglio 2022 "Referto sull'assetto organizzativo dell'assistenza territoriale regionale in attuazione della riforma di cui alle leggi regionali 27/2018 e 22/2019 anche in riferimento al piano nazionale di ripresa e resilienza. I parte", tenuto conto, altresì, delle istruttorie relative agli interventi degli Enti del sistema sanitario regionale finalizzati alla realizzazione e attivazione operativa delle Case della comunità, nonché, degli Ospedali di comunità e delle Centrali operative territoriali, nei casi di interventi complessi, di cui alla deliberazione FVG/11/2024/VSGO del 24 aprile 2024 e alla deliberazione FVG/3/2025/VSGO del 27 gennaio 2025.

Il referto di cui alla deliberazione FVG/43/2022/FRG del 14 luglio 2022 è stato una prima parte di indagine che ha inteso fotografare la situazione della sanità territoriale al momento dell'avvio del processo di attuazione del PNRR mentre nel prosieguo si è provveduto a monitorare il percorso attuativo del Piano in un'ottica di efficienza, efficacia ed economicità dell'utilizzo delle risorse pubbliche, tipica del controllo anche in corso di gestione, su un segmento limitato del Piano relativo alla Missione 6 Salute (Case della comunità e interventi complessi). Controlli, comunque, tutti volti a realizzare, attraverso la tempestività di un controllo attento ad intercettare con immediatezza eventuali criticità, il raggiungimento di tutti gli obiettivi individuati nella programmazione regionale e aziendale, anche in attuazione del PNRR.

Nel corso del 2024, dunque, la Sezione si è proposta di operare una sistematizzazione degli esiti dei diversi controlli rivolti al sistema sanitario nell'intento di ricostruire un quadro più completo delle criticità intercettate nell'ambito dei controlli rivolti ai diversi aspetti finanziari e di gestione.

Ai fini di una valutazione complessiva di sistema, nel presente referto sono presi in considerazione, in particolare, le misure consequenziali adottate a seguito del precedente controllo sulla sanità territoriale, in cui sono stati rilevati alcuni aspetti di criticità, e lo stato di attuazione della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR, intrinsecamente collegata alla realizzazione delle strutture fisiche che ospiteranno i servizi sanitari territoriali. Nel precedente controllo, dunque, la Sezione ha riscontrato alcuni **profili di criticità** che si riportano sinteticamente di seguito e di cui si darà conto puntualmente nel proseguo del referto:

1. necessità di adozione di nomenclature uniformemente applicate a livello nazionale, in coerenza con quelle previste dal PNRR;
2. **persistente fabbisogno di personale**, sia con riferimento alla consistente scoperta dei **medici di medicina generale e dei medici di continuità assistenziale**, sia con riferimento alla difficoltà nel reperimento di unità di personale infermieristico;
3. non completa attuazione delle formule erogative di gruppo;
4. **organizzazione della sanità territoriale nella prospettiva dell'attuazione della riforma prevista dal PNRR e il fabbisogno di personale;**
5. rafforzamento dei controlli volti a verificare l'effettiva disponibilità delle strutture per il cittadino utente e alla vigilanza sulla qualità dei servizi resi.

Il presente controllo si pone, quindi, in continuità con quanto precedentemente operato e, prendendo le mosse dagli accertamenti già compiuti e dai singoli profili di criticità rilevati, intende valutare, in un'ottica collaborativa, lo stato di avanzamento delle attività di attuazione della riforma dell'assistenza territoriale e delle azioni in concreto attuate dalla Regione e dalle aziende successivamente al Referto di cui alla deliberazione FVG/43/2022/FRG del 14 luglio 2022 e fino al 31/12/2024, traendo, infine, alcune riassuntive valutazioni sulle problematiche aperte.

Nel contesto del controllo di gestione, la Sezione ha mantenuto la consolidata metodologia del dialogo istruttorio con le Amministrazioni interessate. L'istruttoria è stata condotta attraverso un contatto diretto con la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità della Regione Friuli Venezia Giulia (DCS), l'Azienda regionale di coordinamento della salute (ARCS), l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (ASFO), l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) e l'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASUFC). Infatti, in data 9,

10 e 11 aprile 2024 sono stati avviati dalla Sezione degli appositi incontri con le Amministrazioni, in cui sono state evidenziate le principali criticità emerse dalle precedenti indagini e di cui si è richiesto l'aggiornamento, come risulta da apposita verbalizzazione, di cui ai protocolli n. 894, n. 895 e n. 902 del 10/04/2024 relativamente, rispettivamente, ad ASUFC, ASFO e ASUGI e protocolli n. 918 e 924 dell'11/04/2024 relativamente, rispettivamente ad ARCS e alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità della Regione FVG.

In esito ai riscontri istruttori pervenuti¹, al fine di assicurare omogeneità ai dati trasmessi, sono stati avviati dalla Sezione appositi incontri chiarificatori, con modalità telematiche, con i referenti individuati da ciascun ente. In esito ad una prima lettura delle risposte istruttorie pervenute, e pur a seguito dei successivi chiarimenti intercorsi nelle vie brevi con la Direzione e con le aziende, la Sezione, riscontrando una disomogeneità nei dati raccolti che avrebbe potuto risultare pregiudizievole ai fini dell'analisi e delle valutazioni successive degli stessi, ha richiesto, con nota prot. n. 2124 del 03/09/2024, l'implementazione di tabelle comuni, al fine di poter ricostruire in modo attendibile ed omogeneo le singole situazioni gestionali oggetto di analisi.

A seguito della proroga richiesta e autorizzata dalla Sezione, con nota prot. n. 41164 del 14/10/2024, acquisita al prot. Cdc n. 2643 nella medesima data, ARCS ha trasmesso il riscontro, in qualità di coordinatore dell'acquisizione dei dati richiesti presso le aziende sanitarie, in merito al quale sono seguite alcune interlocuzioni nelle vie brevi e la richiesta di integrazioni di cui alla comunicazione via posta elettronica del 19/11/2024, cui è seguito il riscontro a mezzo mail dell'8/12/2024, acquisito al protocollo della Sezione n. 3599 del 09/12/2024. Da ultimo, con comunicazione del 26/02/2025, acquisita al prot. della Sezione n. 451 nella medesima data, ARCS, sempre in veste di coordinatore della raccolta dei dati, ha fornito alcune precisazioni in merito ai riscontri già trasmessi.

Allo scopo di operare una valutazione che tenga conto di tutti i possibili aspetti coinvolti nell'oggetto di indagine, la Sezione ha valutato necessario un approfondimento della complessa istruttoria, relativamente ad alcuni profili della riforma dell'assistenza territoriale particolarmente delicati, anche alla luce di un quadro normativo in corso di evoluzione. Per

¹ Nota ASFO prot. n. 35166 del 02/05/2024, acquisita al prot. Cdc n. 1080 nella medesima data; nota DC Salute prot. n. 282327 del 03/05/2024, acquisita al prot. Cdc 1112 nella medesima data; nota ASUGI prot. n. 37934 del 02/05/2024, acquisita al prot. Cdc n. 1114 del 03/05/2024; nota ASUFC prot. n. 70975 del 07/05/2024, acquisita al prot. Cdc n. 1173 nella medesima data; nota ARCS prot. n. 18843 del 09/05/2024, acquisita al prot. Cdc. N. 1206 nella medesima data.

tale ragione, in data 16/01/2025, si è tenuto un ulteriore incontro con la DCS e ARCS, all'esito del quale le amministrazioni si sono riservate di trasmettere un articolato approfondimento sui temi trattati, come da verbale prot. n. 96 del 17/01/2025.

Nelle more dell'approfondimento istruttorio, si è reso necessario aggiornare i dati e gli elementi essenziali allo svolgimento del controllo, inizialmente forniti con riferimento al 30 giugno 2024, al 31 dicembre 2024. Con la sopra citata nota prot. n. 451 del 26/02/2025, ARCS ha dato riscontro anche alla specifica richiesta in tal senso della Sezione, comunicata a mezzo e-mail del 23/01/2025.

Con riferimento, invece, al supplemento di istruttoria la documentazione fornita, costituita da due tabelle, una concernente i compensi dei MMG e l'altra lo stipendio dei medici neoassunti, prive, peraltro, di una descrizione esplicitiva, è stata successivamente integrata da ARCS con comunicazioni e-mail, acquisite al prot. della Sezione n. 557 e 559 del 19/03/2025 e 574 del 21/03/2025.

In data 30 aprile 2025 si è svolto il contraddittorio, avviato con nota prot. Cdc 856 del 15/04/2025, con la quale la bozza di referto è stata condivisa con la Direzione centrale salute e le aziende. Queste ultime hanno presentato le proprie osservazioni, in particolare, ASUGI con nota acquisita al protocollo della Sezione n. 924 del 28/04/2025, ASFO, ASUFC e ARCS, con unica comunicazione trasmessa da ARCS e acquisita al protocollo della Sezione n.1081 del 09/05/2025, integrata con la comunicazione acquisita al prot. Cdc n. 1089 del 12/05/2025, di cui si è tenuto conto nel presente referto. Al fine chiarire alcune discrepanze rilevate dalla Sezione nei dati rappresentati in alcune tabelle, che non hanno trovato risposta in sede di contraddittorio, la DCS ha richiesto, con comunicazione del 14/05/2025, acquisita al prot. Cdc n. 1130 del 15/05/2025, un ulteriore periodo di tempo per poter verificare compiutamente i dati e provvedere alla loro correzione. In esito della discussione nella camera di consiglio, con ordinanza 25 del 2025, è stato concesso un breve termine al fine di acquisire, seppur tardivamente, i dati corretti prima della deliberazione sulla definizione del controllo.

Con nota del 19/05/2025, acquisita al prot. Cdc n. 1189 del 20/05/2025, la DCS ha trasmesso i dati richiesti che vengono inseriti, per quanto riguarda il disposto approfondimento istruttorio, nell'ambito dell'allegato unito alla presente relazione.

Premessa

Nel nuovo disegno dell'assistenza territoriale tracciato dall'Allegato 1 del decreto ministeriale n. 77 del 23.05.2022, recante "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" (di seguito **DM 77**), che ridisegna funzioni e standard del Distretto, il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. Il Distretto è, inoltre, deputato, anche attraverso la Casa di comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce, inoltre, una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

La Regione Friuli Venezia Giulia si è impegnata a riorganizzare l'assetto della sanità pubblica a livello territoriale, dando attuazione al DM 77 con la deliberazione della Giunta regionale 29 dicembre 2022, n. 2042 "PNRR M6. DM 77/2022. Programma dell'assistenza territoriale. Approvazione definitiva", secondo gli obiettivi temporali previsti dal PNRR, declinati nel CIS/POR². Nella presente indagine la Sezione ha tenuto, altresì, conto, per quel che qui interessa, dei target temporali attualmente individuati nel sito istituzionale del Ministero della salute.

Di seguito vengono esaminati gli esiti consequenziali alla deliberazione FVG/43/2022/FRG, considerando l'azione della DCS e delle aziende del servizio sanitario regionale con riferimento ai singoli profili di criticità allora rilevati.

Ulteriore profilo emerso nel corso dell'istruttoria riguarda la contrattazione regionale, in particolare, con i MMG, che è stato inserito in un apposito capitolo.

² Con deliberazione della Giunta regionale n. 550 del 22 aprile 2022, è stato approvato in via definitiva il Piano operativo regionale (POR) attinente agli investimenti di cui alla Missione 6 del PNRR a titolarità del Ministero della Salute e la cui attuazione è attribuita alla Regione FVG. Con successiva deliberazione della Giunta regionale n. 750 del 24 maggio 2022, è stato approvato il testo del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per il Friuli Venezia Giulia, comprensivo anche del POR su indicato. Il CIS è stato quindi sottoscritto dal Presidente della Regione il 27 maggio 2022 e dal Ministro della salute il 30 maggio 2022. Il CIS è stato successivamente oggetto di diverse modifiche non incidenti sull'obiettivo temporale finale.

1. Differenza di nomenclatura adottate dalla regione FVG rispetto all'ordinamento nazionale

L'indagine di cui alla delibera FVG/43/2022/FRG del 14 luglio 2022 aveva evidenziato l'esistenza di alcune differenze di nomenclatura e di definizione adottate dalla Regione FVG rispetto all'ordinamento nazionale che potrebbero essere fonte di difficoltà interpretative, ostative di un'agevole rendicontazione delle fasi di attuazione del PNRR.

Sul punto, giova ricordare che già in sede di contraddittorio relativo all'indagine confluita nella citata delibera 43 del 2022, il Direttore centrale salute ha comunicato *“l'intendimento di proporre al legislatore regionale di intervenire con una norma al fine di ricondurre all'interno del SSR i modelli organizzativi previsti dal PNRR, utilizzando definizioni e concetti di organizzazione sanitaria come previsti nei provvedimenti nazionali, fine di ridurre in maniera importante i possibili elementi di confondimento nell'utilizzo di definizioni e concetti relativi all'organizzazione sanitaria e socio-sanitaria regionale rispetto a quelli contenuti negli atti nazionali (si pensi alle R.S.A. presenti in Regione). Un tanto risulta funzionale anche al percorso di sviluppo del SSR secondo i dettami del PNRR, evitando la possibile presenza, tra i diversi soggetti, di elementi di confusione dovuti a un diverso significato organizzativo sottostate a medesimi termini e definizioni”*.

Nel corso dell'istruttoria relativa all'odierno referto (nota prot. n. 282327 del 02/05/2024, acquisita in ingresso al prot. n. 1112 del 03/05/2024) la Direzione centrale salute, in seguito, per brevità, DCS ha evidenziato che è stato programmato un percorso di riallineamento della nomenclatura regionale rispetto all'ordinamento nazionale, che verrà effettuato per mezzo di un'attività di manutenzione della legislazione regionale in materia di salute calendarizzata nel secondo semestre 2024. Il riallineamento di nomenclatura richiederà anche un percorso transitorio sostanziale di accompagnamento delle strutture all'esercizio delle funzioni tenendo conto del modello nazionale. Tale percorso coinvolgerà non solo realtà pubbliche, ma anche private, e richiede l'avvio delle attività da svolgersi nei percorsi di autorizzazione e accreditamento all'esercizio delle funzioni nel rispetto della normativa nazionale.

ASFO ha confermato che le principali differenze di nomenclatura si riscontrano nelle degenze intermedie. I posti letto censiti in Friuli Venezia Giulia come residenza sanitaria assistenziale (RSA) dedicati alla riabilitazione estensiva, al sollievo e a qualche ricovero sociale, infatti, non trovano collocazione nel panorama nazionale, analogamente ai posti letto post-acuti, come peraltro già evidenziato nel precedente referto. La riabilitazione estensiva viene svolta in posti

letto di riabilitazione ospedaliera, la post-acuzie nelle lungodegenze ospedaliere. Le altre tipologie di ricovero (sollevio, sociali, a bassa necessità di assistenza medica, ecc.) troveranno collocazione negli ospedali di comunità.

Sul punto, anche ARCS, nelle considerazioni generali allegate alla nota di riscontro prot. n. 41164 del 14/10/2024, acquisita al protocollo della Sezione n. 2643 nella medesima data, ha confermato, con riferimento al setting delle cure intermedie, che è nei programmi della Regione l'aggiornamento normativo rispetto alla tassonomia e ai conseguenti standard organizzativo assistenziali, senza tuttavia indicare un termine temporale, ancorché, nel corso dell'istruttoria la DCS avesse indicato il termine di dicembre 2024.

In sede di contraddittorio la DCS ha riferito di aver presentato, nell'ambito del disegno di legge regionale multisettoriale, una proposta per allineare le nomenclature.

La Sezione prende atto di quanto riferito e auspica che l'iter possa concludersi in tempi brevi e compatibili con il completamento della riforma, previsto entro giugno 2026.

2. Fabbisogno di risorse umane

2.1 Prospettive della programmazione per l'attuazione della riforma PNRR

L'aspetto più critico rilevato nel precedente referto riguarda le **carenze di copertura e di articolazione del servizio dei medici di medicina generale (MMG), dei medici di continuità assistenziale (MCA)** e degli infermieri.

Ai fini dell'attuazione delle progettualità previste dal DM 77 e nell'intento di definire puntualmente i fabbisogni di professionisti necessari, il Programma dell'assistenza territoriale adottato in via definitiva con la DGR 2042/2022, contiene una simulazione per quanto attiene i seguenti setting di assistenza: Casa della comunità (CdC), Punti salute di comunità (PSC), Ospedale di comunità (OdC) e Hospice.

Il fabbisogno complessivo è stato identificato per setting e famiglia professionale così articolato:

- Casa della comunità: infermieri, medici, assistenti sociali, personale amministrativo;
- Ospedale di comunità: infermieri, medici, riabilitatori, OSS;
- Hospice: infermieri, OSS, medici, psicologi.

Le tabelle che seguono riportano la simulazione sui fabbisogni di personale conseguenti all'applicazione del DM 77/2022:

Tabella 1 - Simulazione fabbisogno di personale in applicazione del DM 77/2022 con specifiche regionali.

		Casa della Comunità HUB				Casa della Comunità Spoke			
		N.	Standard di personale*		Fabbisogno di personale		N.	Standard di personale	
			MIN	MAX	MIN	MAX		12 ore 6 gg	
TOTALI FVG	n. Strutture/Servizi	22				10			
	personale	Infermieri	8	12	176	264		12 ore 6 gg	25,2
		OSS							
		Personale di supporto (socio sanitario e amministrativo)	5	8	110	176			
		Assistenti sociali		1		22			
Medici				128,1		12 ore 6 gg	24,9		

Popolazione al 31.12.2020;

*è incluso anche il coordinatore infermieristico

Tabella 2 - Simulazione fabbisogno di personale in applicazione del DM 77/2022 con specifiche regionali (continuazione)

		Punti Salute di Comunità				Centrali operative territoriali					
		N.	Standard di personale		Fabbisogno di personale		N.	Standard di personale*		Fabbisogno di personale	
			20 ore sett	35 ore sett	STD 1	STD 2		MIN	MAX	MIN	MAX
TOTALI FVG	n. Strutture/Servizi	20				12					
	personale	Infermieri	20 ore sett	35 ore sett	14,0	24,5		4	6	48	72
		OSS						1	2	12	24
		Personale di supporto (socio sanitario e amministrativo)								0	
		Assistenti sociali									
Medici											

Popolazione al 31.12.2020;

*è incluso anche il coordinatore infermieristico

Tabella 3 - Simulazione fabbisogno di personale in applicazione del DM 77/2022 con specifiche regionali (continuazione)

		Unità di Continuità Assistenziale			IFoC per l'assistenza comunitaria		TOTALI	
		N.	Standard di personale	Fabbisogno di personale	Standard di personale	Fabbisogno di personale	MIN	MAX
			1:100.000 ab 12 ore 7/7 gg		1:3000 abitanti			
TOTALI FVG	n. Strutture/Servizi	12						
	personale	Infermieri	12 ore 7/7 gg	35,4		402,1	701	823
		OSS					12	24
		Personale di supporto (socio sanitario e amministrativo)					110	176
		Assistenti sociali					22	
Medici	12 ore 7/7 gg	34,9			188			

Popolazione al 31.12.2020

Tabella 4 - Simulazione fabbisogno personale per lo sviluppo della progettualità DM 77/2022. Ospedali di comunità - posti letto 0,2 per mille - e Hospice (continuazione)

		OSPEDALI DI COMUNITA'				posti letto	HOSPICE		TOTALE		
		standard di personale* per 20 posti letto		fabbisogno di personale calcolato*			standard di personale	fabbisogno di personale calcolato	MIN	MAX	
		MIN	MAX	MIN	MAX						
TOTALI FVG	personale	Infermieri	7	9	84,35	108,45		180' die	87,07	171	196
		Personale di supporto (socio sanitario)	4	6	48,2	72,3		180' die	84,78	133	157
		Personale sanitario con funzioni riabilitative	1	2	12,05	24,1		10' die	4,84	17	29
		Fisioterapista/logopedista/									
		Psicologo						55' a settimana/paziente	3,74		4
		Assistente Sociale						55' a settimana/paziente	3,74		4
		Medico	4,5 ore die 6/7 modulo 20 pl			11,3		Medico (30' die 7/7)	14,31		26
		241	*incluso anche il coordinatore			118	non è incluso il coordinatore				

Popolazione al 31.12.2020

Fonte: Le tabelle 1, 2, 3 e 4 sono tratte dalla delibera della Giunta regionale 2042/2022

Dalle tabelle sopra riportate emerge che il fabbisogno di medici per l'attuazione completa del DM 77/2022 è stimato in complessive 214 unità, il fabbisogno di infermieri è stimato tra un minimo di 872 e un massimo di 1019 unità, mentre quello delle OSS è stimato tra un minimo di 145 e un massimo di 181 unità.

ARCS nelle considerazioni generali allegate alla nota di riscontro prot. n. 41164 del 14/10/2024, acquisita al protocollo della Sezione n. 2643 nella medesima data, ha evidenziato che la valutazione dei fabbisogni fornita dalle aziende in relazione all'odierno controllo è stata operata fotografando la situazione attuale relativa ai fabbisogni del personale e ai sottesi modelli organizzativi, in base ai seguenti riferimenti normativi e regolamentari:

- decreto n. 1704 del 28/11/2017 del Direttore dell'Area dei Servizi assistenza ospedaliera "Standard di personale per l'area sanitaria";
- DM 77/22 che riporta gli standard generali per COT, Casa della comunità, Ospedali di comunità, UCA, IFOC;
- deliberazione della Giunta regionale 2042/2022 che recepisce il DM 77/22;
- deliberazioni della Giunta regionale 1484/2022 e 659/2024 che recepiscono lo standard ministeriale per l'IFOC e ne definiscono il modello e il profilo di competenze;
- decreto ministeriale gennaio 2023 che recepisce il documento "Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN";
- Linee di indirizzo Agenas sulla Casa della comunità (2024).

A seguito della emanazione dei nuovi indirizzi, ARCS, anche nel ruolo di referente regionale per il monitoraggio Agenas sull'implementazione del DM 77, ha attivato dei gruppi di lavoro, rappresentativi di tutte le aziende, finalizzati a recepire le indicazioni intervenute e trasferirle in modelli organizzativi omogenei e standard di riferimento comuni. ARCS ha riferito che le attività del gruppo di lavoro per la definizione delle linee di indirizzo regionali sulle cure domiciliari (richiesto dal monitoraggio Agenas), si sono concluse a dicembre 2024, con la predisposizione di una bozza avanzata che era in fase di condivisione con le Aziende, mentre erano ancora in corso le attività del gruppo di lavoro per la definizione delle linee di indirizzo regionali sulla Casa della comunità, che si sono concluse nel marzo 2025 con l'elaborazione del documento "CASA DELLA COMUNITÀ Linee di indirizzo per l'attivazione a regime (2026) e per la fase pilota (2025) Regione Friuli-Venezia Giulia" (trasmesse da ASUGI con nota acquisita al protocollo della Sezione n. 924 del 28/04/2025).

L'azienda ha evidenziato che in entrambi i casi, oltre allo standard dei fabbisogni, è necessario arrivare ad un'unica interpretazione del modello operativo di riferimento per quanto attiene al ruolo dell'IFoC all'interno delle Casa della comunità e all'interno dell'assistenza domiciliare.

2.2 Medici di Medicina Generale (MMG)

Il rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività a ciclo di scelta al 31/12/2024 è definito in termini di rapporto medico per abitanti/residenti, ai sensi dell'art. 32 dell'ACN MMG 2022. Gli accordi integrativi regionali possono variare tale rapporto in aumento fino al 30%. Il rapporto definito dall'AIR adottato con deliberazione della Giunta regionale 2479/2011, è pari a 1 medico ogni 1.300 abitanti/residenti, come illustrato nella seguente tabella.

Tabella 5 - Rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per attività a ciclo di scelta

RAPPORTO OTTIMALE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA						
MASSIMALE PER L'ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA (ART. 38 ACN 28/04/2022)	RAPPORTO OTTIMALE PER L'ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA (ART. 32 ACN 28/04/2022)	RAPPORTO OTTIMALE PER ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA (AIR DGR 2479/2011)	RAPPORTO OTTIMALE MMG/ABITANTI NELLA SEDE AZIENDALE			
			Azienda	Popolazione	N. Medici	Rapporto
Max 1.500 scelte per medico Max 1.800 scelte per medico in aree disagiate o altri casi	1 medico ogni 1.000 abitanti residenti o frazione di 1.000 superiore a 500	1 medico ogni 1.300 abitanti residenti o frazione di 1.300 superiore a 650	ASUFC	468.717	361	1.300
			ASUGI	325.440	250	1.300
			ASFO	264.664	204	1.300
			FVG	1.058.821	815	1.300

Fonte: elaborazione della Sezione su dati forniti da ARCS e in applicazione dell'ACN 2022

Si ricorda che ai sensi dell'allegato 7 all'ACN 2022, il calcolo per l'applicazione del rapporto ottimale, è effettuato considerando la popolazione di età superiore ai 14 anni anagraficamente residente nell'ambito considerato alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. A tale dato si sottrae il numero dei residenti che hanno effettuato la scelta in altro ambito territoriale e si somma il numero dei non residenti che hanno effettuato la scelta nell'ambito considerato.

Nel precedente referto era stato evidenziato lo sfioramento del rapporto ottimale MMG/abitanti residenti (dato al 15/05/2022), che viene confermato anche nel 2024 (dato al 31/12/2023). In particolare, in ASUFC il rapporto MMG/abitanti è pari a 1 a 1.447 (nel precedente referto il rapporto rilevato era di 1 MMG ogni 1.529 abitanti); in ASFO il rapporto è pari a 1 a 1.539 (nel precedente referto era di 1 MMG ogni 1.477), mentre in ASUGI lo scostamento è pari a 1 MMG ogni 1.627 abitanti (nel precedente referto il rapporto rilevato era di 1 MMG ogni 1.513 abitanti). La media regionale risulta pari a 1 medico ogni 1.521 abitanti/residenti, come illustrato nella seguente tabella che indica il rapporto effettivo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per attività a ciclo di scelta al 31/12/2024, nonché, la popolazione assistita dagli ambulatori sperimentali di assistenza primaria (ASAP) o da altre forme, attivati dalle aziende per far fronte alla carenza di medici di MMG a ciclo di scelta.

Tutti i rapporti effettivi sono superiori al rapporto ottimale definito dall'AIR adottato con DGR 2479/2011, pari a 1.300, e si avvicinano o superano il rapporto massimo disciplinato dall'articolo 38 dell'ACN MMG 2022, pari a 1.500 abitanti/residenti.

Tabella 6 - Rapporto effettivo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per attività a ciclo di scelta al 31/12/2024.

RAPPORTO EFFETTIVO DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA PER ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA				
RAPPORTO EFFETTIVO MMG/ABITANTI NELLA SEDE AZIENDALE AL 31/12/2024				
Azienda	Popolazione al 31/12/2023	Popolazione assistita da ASAP o altre forme	Numero MMG in servizio al 31/12/2024	Rapporto effettivo su popolazione totale
ASUFC	468.717	7.360	324	1.447
ASUGI	325.440	19.275	200	1.627
ASFO	264.664	11.367	172	1.539
FVG	1.058.821	38.002	696	1.521

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

In ASUFC il numero dei medici in servizio al 31/12/2024 si compone di 312 titolari e 12 provvisori; in ASUGI di 183 titolari e 17 provvisori, in ASFO di 171 titolari e 1 provvisorio.

Se si confronta il numero dei medici necessari come rapporto ottimale (calcolato dalla Sezione in base alla popolazione al 31/12/2023) con quelli effettivi indicati dalle aziende (al 31/12/2024), la carenza risultante è illustrata nella seguente tabella.

Tabella 7 - Differenza tra rapporto ottimale e rapporto effettivo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per attività a ciclo di scelta

DIFFERENZA TRA RAPPORTO OTTIMALE E RAPPORTO EFFETTIVO DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA PER ATTIVITÀ A CICLO DI SCELTA			
Azienda	N. medici rapporto ottimale MMG/abitanti	N. medici rapporto effettivo MMG/abitanti	Differenza
ASUFC	361	324	-37
ASUGI	250	200	-50
ASFO	204	172	-32
TOTALE	815	696	-119

Fonte: elaborazione della Sezione su dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n.451 del 26/02/2025

Attualmente, con riferimento al rapporto ottimale e alla carenza assistenziale, l'art. 32 del nuovo ACN MMG 2024, prevede che l'assetto organizzativo dell'assistenza primaria e l'attuazione del ruolo unico, che implicano l'individuazione di nuovi parametri ed un diverso criterio di determinazione del rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio ed abitanti residenti, sarà definito nell'ambito degli AIR, coerentemente con i modelli organizzativi adottati. Secondo l'ACN tali accordi potranno anche indicare per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale rapporti ottimali diversi, tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, anche con riferimento a territori a bassa densità abitativa, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale.

In assenza degli AIR, il comma 2 dell'art. 32 dispone che dal 1° gennaio 2025, si applichi il parametro di un medico ogni 1.200 residenti o frazione di 1.200 superiore al 50%, con un correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5.000 residenti.

Tabella 8 - Differenza tra rapporto ottimale e rapporto effettivo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per attività a ciclo di scelta a decorrere dal 01/01/2025

RAPPORTO OTTIMALE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DAL 01/01/2025					
MASSIMALE (ART. 38 ACN 04/04/2024)	RAPPORTO OTTIMALE IN ASSENZA DI AIR (ART. 32 ACN 04/04/2024)	RAPPORTO OTTIMALE MMG/ABITANTI NELLA SEDE AZIENDALE			
		Azienda	Popolazione	N. Medici	Rapporto
Max 1.500 scelte per medico	1 medico ogni 1.200 abitanti residenti o frazione di 1.200 superiore al 50%	ASUFC	468.717	391	1.200
		ASUGI	325.440	271	1.200
		ASFO	264.664	221	1.200
		FVG	1.058.821	883	1.200

Fonte: elaborazione della Sezione su dati forniti da ARCS e in applicazione dell'ACN 2024

L'applicazione del nuovo parametro, calcolato sulla popolazione al 31/12/2023, nelle more dell'adozione dell'AIR, determina, ai fini del rispetto del rapporto ottimale, la necessità di un numero superiore di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta che risulta essere pari a 883, con più 68 professionisti rispetto al precedente criterio di calcolo, come riportato nella tabella che segue. Se si confronta tale numero con i medici effettivi indicati dalle aziende al 31/12/2024, **la carenza complessiva risulta essere pari a 187 medici³.**

Con riferimento alla carenza di professionisti, si ricorda che nel precedente referto era stato posto in evidenza che la difficoltà di provvista di MMG, liberi professionisti che operano in convenzione, risulta essere una variabile non completamente governabile dalla Regione, in quanto dipendente sia dai percorsi universitari a numero chiuso, sia dalle decisioni personali del singolo medico neoformato relative alla scelta dell'area territoriale nella quale operare professionalmente. Inoltre, anche l'ulteriore intervento di supporto, riferito in istruttoria, che la Regione ha cercato di assicurare dapprima raddoppiando (da 20 a 40), con oneri a carico del proprio bilancio, le borse di studio messe a disposizione per i medici partecipanti ai corsi triennali di formazione specifica in medicina generale e, successivamente, aumentandole, grazie ai fondi del PNRR, di ulteriori 17 per ciascuno dei trienni 2021-2024, 2022-2025 e 2023-

³ A fronte dell'utilizzo dei dati derivanti dalle risposte formulate dagli Enti in esito alle richieste istruttorie, successivamente asseverati e confermati in sede di contraddittorio, è emersa la necessità di acquisire ulteriori precisazioni in conseguenza di talune perplessità inerenti alla coerenza di quanto rappresentato con riferimento al rapporto ottimale.

Sul punto, la DCS con comunicazione acquisita al prot. Cdc n.1128 del 14/05/2025, ha precisato: "Le procedure per l'applicazione del rapporto ottimale per i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta sono definite secondo quanto previsto dall'Allegato 7 dell'ACN, come correttamente riportato dopo la tabella 5 a pag. 12 e a pag. 16, secondo cpv, del referto. I criteri da applicare sono quindi diversi da quelli utilizzati nella tabella 5 ed hanno come riferimento la popolazione residente nei distinti ambiti territoriali definiti dalla Regione, non l'intero territorio regionale. Il calcolo degli incarichi vacanti è fornito da INSIEL alle Aziende che poi comunicano alla Regione per la pubblicazione l'elenco degli incarichi individuati come previsto dall'art. 34.

Per il calcolo corretto sul fabbisogno di medici INSIEL fornisce alle aziende i files con i dati calcolati ai sensi dell'allegato 7 dell'ACN in base ai quali vengono pubblicati gli incarichi vacanti, come indicato anche a pag. 16 del referto.

In merito allo "sforamento del rapporto ottimale" indicato sempre a pag. 12 si segnala che il rapporto ottimale di cui all'art. 32 è un criterio per individuare la carenza assistenziale mentre il numero di assistiti in carico è disciplinato dall'art. 38 sul massimale e sue limitazioni il quale prevede che i medici del ruolo unico di assistenza primaria iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità. In casi particolari l'AIR può prevedere l'innalzamento del massimale fino al limite massimo di 1.800. Appare quindi incongruo utilizzare il parametro del rapporto ottimale in relazione al massimale di assistiti che i medici possono acquisire, come anche rilevato nel referto prima della tabella 6".

La Direzione ha evidenziato, inoltre, che "Per la determinazione degli ambiti da definirsi carenti per l'anno 2025, al fine di evitare un possibile contenzioso con le organizzazioni sindacali, non essendo chiaro se l'assenza di accordi integrativi regionali debba essere interpretata quale assenza di nuovi AIR e sulla base delle trattative in corso con le OOSS che, sul punto, prevedono la conferma del rapporto ottimale determinato dall'AIR approvato con DGR 269/2006, è stata data indicazione alle aziende di mantenere il parametro di un medico ogni 1.300 abitanti residenti (1:1.300) o frazione di 1.300 superiore a 650 con il correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5.000 residenti previsto dall'art. 32, comma 3 del nuovo ACN.

Il fabbisogno dei medici derivante dall'applicazione del rapporto ottimale viene calcolato applicando i criteri di cui all'allegato 7 dell'ACN per cui valgono per la tabella 8 le stesse considerazioni fatte al punto precedente in merito ai diversi criteri utilizzati nella tabella 5".

Ulteriormente, la DCS ha sottolineato che "Il fabbisogno del numero di medici a ciclo di scelta indicato nelle tabelle 5, 7 e 8 pari a 815 e 883 è calcolato con criteri diversi da quelli dell'all. 7 applicati ai distinti ambiti di scelta.

A partire da quest'anno non si prevede più un fabbisogno distinto per l'attività a ciclo di scelta dato che i nuovi medici saranno tenuti a rendere sia attività a ciclo di scelta che attività oraria per cui il numero di incarichi pubblicati è dato dalla somma degli incarichi calcolati per l'attività a ciclo di scelta con il rapporto 1/1300 e quelli calcolati per l'attività oraria con il correttivo aggiuntivo 1/5000.

Come riferimento si può prendere il numero degli incarichi pubblicati nel 2024 pari a 181 per attività a ciclo di scelta (v. pag. 20) e 198 per attività oraria e quelli pubblicati nel 2025 che sono complessivamente 404.

Si segnala che l'ACN 2024 ha elevato a 38 il numero delle ore settimanali da rendere da parte dei medici che hanno un numero di assistiti fino a 400".

Considerato che le precisazioni riguardano dati già consolidati in sede di contraddittorio, la Sezione si riserva di approfondire nelle successive fasi di indagine gli aspetti osservati.

2026, con un **totale di 171 borse di studio nei medesimi trienni, non ha prodotto i risultati sperati.**

La DCS, nel corso dell'istruttoria⁴, ha riferito che la carenza di medici è dovuta anche alle consistenti cessazioni avvenute negli ultimi anni. In particolare, il picco di MMG in uscita rilevato negli anni 2020, 2021 e 2022, secondo la Direzione, è da ascrivere soprattutto al considerevole numero di medici che ha cessato il servizio per pensione anticipata. Infatti, ad esempio, al 31/12/2020 è stato stimato che 59 medici avrebbero compiuto 70 anni e lasciato l'incarico nel corso del 2024, mentre a febbraio dello stesso anno sono risultati ancora convenzionati solo 20 medici nati nel 1954, con una concentrazione di cessazioni (50 medici) nei primi due mesi dell'anno. La Direzione ha evidenziato, comunque, che il fenomeno delle uscite si sta progressivamente ridimensionando e attualmente si prevede che nel prossimo triennio vi sarà una stabilizzazione nella fascia 40-50 MMG anno.

La DCS ha, inoltre, chiarito che le previsioni di uscita dei medici convenzionati sono effettuate con riferimento al numero di medici che raggiungono i requisiti per il pensionamento di vecchiaia al compimento dei 70 anni e al numero di medici che richiedono il pensionamento anticipato (67 o 68 anni) nel breve preavviso di due mesi dato alle aziende. Le aziende, inoltre, possono trattenere in servizio, a richiesta degli interessati, il personale medico in regime di convenzionamento in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza, in assenza di offerta di personale medico convenzionato collocabile, sino al 31 dicembre 2026 (art. 4, c. 9-octiesdecies, d.l. 198/2022).

Nella seguente tabella si riporta il numero di medici che risultano convenzionati alla data del 31/12/2024 e che compiranno 70 anni nel biennio 2025 - 2026.

Tabella 9 - Previsione cessazioni biennio 2025-2026

ANNO	ASUGI	ASFO	ASUFC	TOTALE
2025	4	9	18	31
2026	12	11	13	36
TOTALE	16	20	31	67

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

Con riferimento alle previsioni di entrata, la DCS ha precisato che la procedura di pubblicazione delle zone carenti, applicata per gli anni presi in considerazione dal referto, è

⁴ nota acquisita al prot. Cdc n. 112 del 3 maggio 2024, allegato 1.

disciplinata dagli artt. 32 e 34⁵ dell'ACN MMG 2022, integrata dagli AIR approvati con le DGR 2479/2011 e 1552/2021, come meglio specificato nelle tabelle che seguono, che illustrano gli esiti della pubblicazione ordinaria delle zone carenti per gli anni 2023 e 2024 e la pubblicazione straordinaria 2023.

Gli incarichi da ricoprire sono individuati in base al rapporto ottimale stabilito in Regione di un medico ogni 1.300 abitanti residenti o frazione di 1.300 superiore a 650 di cui all'AIR approvato con DGR 2479/2011, calcolato sulla popolazione residente al 31/12 dell'anno precedente.

E' appena il caso di ricordare che ai sensi dell'art. 32, c. 1, ACN 2022 il rapporto ottimale è di 1 medico ogni 1.000 o frazione di 1.000 superiore a 500, con la possibilità per gli AIR di determinare una variazione in aumento (o in diminuzione nel solo caso di rapporto orario) fino al 30%, mentre, come sopra accennato, ai sensi dell'art. 32, c. 2 ACN 2024, a decorrere dal 2025, in assenza di AIR, il parametro è di 1 medico ogni 1.200 residenti o frazione di 1.200 superiore al 50%.

La popolazione residente è calcolata sugli ambiti da Insiel che trasmette alle aziende il dato e che considera il totale dei residenti al 31/12 dell'anno precedente, meno i residenti 0/14 anni, più gli assistiti che risiedono altrove ma hanno il domicilio sanitario nell'ambito dell'azienda, meno quelli che risiedono nell'ambito dell'azienda ma hanno il domicilio sanitario in altro luogo.

La zona carente è calcolata in base alla differenza tra il fabbisogno regionale standard al 31/3 dell'anno successivo alla pubblicazione e i MMG in servizio a tempo indeterminato alla data del 31/3 dell'anno di pubblicazione. ARCS ha precisato che nei medici in servizio sono stati computati anche i MMG in fase di assegnazione sulla base delle pubblicazioni precedenti che non hanno ancora preso servizio.

Dai MMG in servizio vanno sottratti i medici che cesseranno entro il 31/3 dell'anno successivo (allo scopo di non lasciare scoperti gli incarichi per troppi mesi prima del compimento delle procedure di assegnazione stabilite dall'ACN, come previsto nell'AIR di cui alla DGR 1552/2021) e i medici settantenni che hanno presentato la richiesta di permanenza in servizio.

⁵ In particolare, il comma 1 dell'art. 34 stabilisce: "1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 32."

Nelle tabelle che seguono, vengono sottratte le assegnazioni effettuate a seguito della procedura, per individuare le zone carenti rimanenti.

La procedura di assegnazione prevede di prendere in considerazione nell'ordine:

1. i medici già titolari che richiedono il trasferimento;
2. i medici iscritti nella graduatoria regionale (normalmente al 30/11 dell'anno precedente);
3. la c.d. procedura SISAC, che prevede la pubblicazione delle esigenze sul portale SISAC;
4. i medici in formazione al CEFORMED che potranno avere un massimo di 1.000 assistiti e alla fine della formazione potranno diventare automaticamente titolari con il superamento dell'esame finale.

In caso di permanenza di zone carenti, viene effettuata la pubblicazione straordinaria (art. 34, c. 27 ACN MMG 2022).

Per fornire il quadro della situazione la tabella evidenzia, altresì, l'eventuale copertura degli incarichi rimasti vacanti e la percentuale di carenza.

Tabella 10 – Pubblicazione ordinaria zone carenti 2023

Azienda	Distretto	Fabbisogno da standard regionale al 31/03/2024	MMG in servizio al 31/3/2023	Zone carenti al 31/3/2023 per pubblicazione	Assegnazioni 2023	Zone carenti residue	Copertura con altri incarichi	% di carenza
ASFO	Distretto del Noncello - Pordenone	69	57	12	4	8	2	11,59
	Distretto delle Dolomiti Friulane - Maniago	34	27	7	0	7	2	20,59
	Distretto del Sile - Azzano Decimo	36	26	10	3	7	2	19,44
	Distretto del Tagliamento - San Vito	29	25	4	1	3	0	10,34
	Distretto del Livenza - Sacile	42	27	15	4	11	5	26,19
	TOT ASFO	210	162	48	12	36	11	17,14
ASUFC	Distretto di Cividale (Natisone)	37	33	4	0	4	0	10,81
	Distretto di Tarcento (Torre)	26	24	2	1	1	0	3,85
	Distretto di Udine (Friuli Centrale)	112	108	4	4	0	0	0,00
	Distretto di Tolmezzo (Carnia)	30	21	9	2	7	1	23,33
	Distretto di Gemona del Friuli (Gemonese/Canal del Ferro, Val Canale)	27	22	5	1	4	2	14,81
	Distretto di San Daniele (Collinare)	35	29	6	5	1	0	2,86
	Distretto di Codroipo (Medio Friuli)	37	32	5	1	4	1	10,81

Azienda	Distretto	Fabbisogno da standard regionale al 31/03/2024	MMG in servizio al 31/3/2023	Zone carenti al 31/3/2023 per pubblicazione	Assegnazioni 2023	Zone carenti residue	Copertura con altri incarichi	% di carenza
	Distretto di Palmanova (Agro Aquileiese)	36	31	5	1	4	2	11,11
	Distretto di Latisana (Riviera Bassa Friulana)	38	29	9	8	1	1	2,63
	TOT ASUFC	378	329	49	23	26	7	6,88
ASUGI	Distretto Trieste 1	137	114	23	8	15	4	10,95
	Distretto Trieste 2	20	17	3	0	3	0	15,00
	Distretto Alto Isontino	44	32	12	2	10	1	22,73
	Distretto Basso Isontino	49	37	12	1	11	0	22,45
	TOT ASUGI	250	200	50	11	39	5	15,60
TOTALE		838	691	147	46	101	23	12,05

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

Come si evince dalla tabella sopra riportata, nel mese di marzo 2023 sono stati pubblicati per tutto il territorio delle aziende complessivamente 147 incarichi vacanti di assistenza primaria a ciclo di scelta, compresi quelli che si sarebbero resi vacanti nel corso dell'anno e due che si sarebbero resi vacanti entro il 31 marzo dell'anno 2024 (in attuazione dell'AIR approvato con DGR 1552/2021).

Al termine delle procedure ordinarie dell'anno 2023 sono stati assegnati solamente 46 incarichi, sostanzialmente per mancata presentazione di domande da parte dei medici iscritti alla graduatoria regionale (hanno presentato domanda 9 medici su 120 medici iscritti in graduatoria⁶). Ne sono quindi rimasti vacanti 101 di cui 8 sono stati coperti con incarichi provvisori⁷, 9 con il mantenimento in servizio dei medici ultrasettantenni fino al compimento del settantaduesimo anno di età, ai sensi dell'art. 4, comma 9 -octiesdecies, del decreto legge 198/2022, convertito con modificazioni dalla legge 14 del 2023 e della norma transitoria n. 6 ACN 2024 MMG e 5 con l'istituzione di ambulatori sperimentali di assistenza primaria (ASAP), di cui si dirà meglio nel seguente paragrafo.

⁶ Riscontro DCS prot. n. 282327 del 02/05/2024, acquisito al prot. della Sezione n. 1112 del 03/05/2024, pag. 3

⁷ Gli incarichi provvisori possono essere conferiti quando l'eccedenza degli assistiti rispetto ai massimali dei singoli medici iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale supera le 300 unità. Gli incarichi sono conferiti, per un periodo inferiore a dodici mesi, ad un medico residente nell'ambito territoriale carente, scelto nel rispetto della graduatoria regionale di settore. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito dell'individuazione del medico avente diritto all'inserimento (già art. 38 ACN 2005, ora art. 37 ACN 2022 e art. 37 ACN 2024). Può essere conferito al medico che possiede i requisiti per la titolarità ovvero ad un medico in formazione con 650 assistiti (art. 19, c. 6 ACN 2022) ovvero 1.000 assistiti, ai sensi dell'art. 12, c. 3 bis del d.l. 24/2022 ovvero ad altri medici, ai sensi dell'art. 19, c. 11 della legge 448/2001.

In particolare, ASUFC ha fatto ricorso complessivamente a 6 incarichi provvisori e 1 trattenimento in servizio; ASUGI a 3 trattenimenti in servizio, 2 incarichi provvisori e 2 istituzioni di ASAP; ASFO a 5 trattenimenti in servizio e 5 istituzioni di ASAP.

Nessuna delle aziende ha fatto ricorso a incarichi temporanei⁸.

La percentuale di carenza supera di poco il 17% in ASFO, il 15% in ASUGI, mentre in ASUFC rimane inferiore al 7%.

Dopo l'espletamento della procedura ordinaria, la Regione ha attivato la pubblicazione straordinaria per l'anno 2023 di ulteriori n. 149 incarichi vacanti complessivi sul territorio delle aziende. Dal confronto con i numeri delle due pubblicazioni e delle assegnazioni effettuate con il primo bando emerge che ben 48 medici hanno cessato il servizio nel corso dell'anno 2023 e nei primi tre mesi del 2024 che non erano previsti nella pubblicazione di marzo 2023. A seguito della pubblicazione straordinaria sono stati assegnati 18 incarichi.

Tabella 11 – Pubblicazione straordinaria zone carenti 2023

Azienda	Distretto	Fabbisogno da standard regionale al 31/3/2024	MMG in servizio al 31/10/2023	Zone carenti al 31/10/2023 per pubblicazione	Assegnazioni straord. 2023	Zone carenti residue	Copertura con altri incarichi	% di carenza
ASFO	Distretto del Noncello - Pordenone	67	59	8	2	6	2	8,96
	Distretto delle Dolomiti Friulane - Maniago	34	26	8	0	8	2	23,53
	Distretto del Sile - Azzano Decimo	34	25	9	3	6	3	17,65
	Distretto del Tagliamento - San Vito	28	24	4	0	4	0	14,29
	Distretto del Livenza - Sacile	40	28	12	0	12	6	30,00
	TOT ASFO	203	162	41	5	36	13	17,73
ASUFC	Distretto di Cividale (Natisone)	37	31	6	1	5	2	13,51
	Distretto di Tarcento (Torre)	26	25	1	0	1	0	3,85
	Distretto di Udine (Friuli Centrale)	114	108	6	5	1	0	0,88
	Distretto di Tolmezzo (Carnia)	30	20	10	0	10	1	33,33
	Distretto di Gemona del Friuli (Gemonese/Canal)	29	23	6	1	5	1	17,24

⁸ Gli incarichi temporanei sono considerati come incarichi a tempo indeterminato a livello regionale poiché si tratta di medici in formazione che hanno accettato la zona carente e pertanto sono equiparati a titolari con 1.000 assistiti. Il medico in formazione diventerà automaticamente titolare con il completamento del percorso formativo nei tre anni previsti e con il superamento dell'esame finale (art. 9, c.1, d.l. 135/2018 e art. 12, c.3, d.l. 35/2019).

Azienda	Distretto	Fabbisogno da standard regionale al 31/3/2024	MMG in servizio al 31/10/2023	Zone carenti al 31/10/2023 per pubblicazione	Assegnazioni straord. 2023	Zone carenti residue	Copertura con altri incarichi	% di carenza
	del Ferro, Val Canale)							
	Distretto di San Daniele (Collinare)	35	32	3	1	2	2	5,71
	Distretto di Codroipo (Medio Friuli)	36	32	4	0	4	0	11,11
	Distretto di Palmanova (Agro Aquileiese)	39	30	9	2	7	1	17,95
	Distretto di Latisana (Riviera Bassa Friulana)	41	35	6	0	6	0	14,63
	TOT ASUFC	387	336	51	10	41	7	10,59
ASUGI	Distretto Trieste 1	137	116	21	2	19	4	13,87
	Distretto Trieste 2	20	15	5	1	4	0	20,00
	Distretto Alto Isontino	44	27	17	0	17	3	38,64
	Distretto Basso Isontino	49	35	14	0	14	1	28,57
	TOT ASUGI	250	193	57	3	54	8	21,60
TOTALE		840	691	149	18	131	28	15,60

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

Ne sono quindi rimasti vacanti 131 di cui 9 sono stati coperti con incarichi provvisori⁹, 12 con il mantenimento in servizio dei medici ultrasessantenni e 7 con l'istituzione di ASAP.

In particolare, ASUFC ha fatto ricorso complessivamente a 4 incarichi provvisori e 3 trattenimenti in servizio; ASUGI a 3 trattenimenti in servizio, 5 incarichi provvisori e 11 istituzioni di ASAP; ASFO a 6 trattenimenti in servizio e 7 istituzioni di ASAP.

Solo ASUFC ha riferito di aver avviato (= apertura dello studio) 9 incarichi temporanei¹⁰.

La carenza in ASUFC è pari a quasi l'11%, in netto peggioramento rispetto alla pubblicazione precedente; in ASUGI la carenza si attesta intorno al 22%, mentre in ASFO al 18%.

Per l'anno 2024 sono stati pubblicati nel mese di marzo 181 incarichi vacanti di medico di medicina generale di assistenza primaria a ciclo di scelta di cui 4 si renderanno vacanti nel primo trimestre 2025. A seguito della pubblicazione ordinaria sono stati assegnati 7 incarichi.

⁹ Si veda la nota 7.

¹⁰ Si veda la nota 8.

Tabella 12 - Pubblicazione ordinaria zone carenti 2024

Azienda	Distretto	Fabbisogno da Standard regionale al 31/3/2025	MMG in servizio al 31/3/2024	Zone carenti al 31/3/2024 per pubblicazione	Assegnazioni 2024	Zone carenti residue	Copertura con altri incarichi	% di carenza
ASFO	Distretto del Noncello - Pordenone	71	58	13	1	12	2	16,90
	Distretto delle Dolomiti Friulane - Maniago	34	24	10	2	8	3	23,53
	Distretto del Sile - Azzano Decimo	34	27	7	1	6	2	17,65
	Distretto del Tagliamento - San Vito	30	25	5	0	5	0	16,67
	Distretto del Livenza - Sacile	42	26	16	1	15	8	35,71
	TOT ASFO	211	160	51	5	46	15	21,80
ASUFC	Distretto di Cividale (Natisone)	42	33	9	1	8	2	19,05
	Distretto di Tarcento (Torre)	27	25	2	0	2	0	7,41
	Distretto di Udine (Friuli Centrale)	117	110	7	0	7	0	5,98
	Distretto di Tolmezzo (Carnia)	29	18	11	0	11	1	37,93
	Distretto di Gemona del Friuli (Gemonese/Canal del Ferro, Val Canale)	28	22	6	0	6	0	21,43
	Distretto di San Daniele (Collinare)	36	32	4	0	4	0	11,11
	Distretto di Codroipo (Medio Friuli)	39	32	7	0	7	1	17,95
	Distretto di Palmanova (Agro Aquileiese)	40	28	12	0	12	2	30,00
	Distretto di Latisana (Riviera Bassa Friulana)	42	32	10	0	10	2	23,81
	TOT ASUFC	400	332	68	1	67	8	16,75
ASUGI	Distretto Trieste 1	137	113	24	1	23	4	16,79
	Distretto Trieste 2	20	15	5	0	5	2	25,00
	Distretto Alto Isontino	43	26	17	0	17	6	39,53
	Distretto Basso Isontino	49	33	16	0	16	4	32,65
	TOT ASUGI	249	187	62	1	61	16	24,50
TOTALE	860	679	181	7	174	39	20,23	

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

ASUFC ha riferito che l'unico incarico assegnato nel 2024 non ha avuto seguito a causa della decadenza operante nel caso di mancata apertura dello studio nei termini previsti.

Ne sono quindi rimasti vacanti 174 di cui 17 sono stati coperti con incarichi provvisori¹¹, 15 con il mantenimento in servizio dei medici ultrasessantenni e 7 con l'istituzione di ASAP.

In particolare, ASUFC ha fatto ricorso complessivamente a 4 incarichi provvisori e 4 trattenimento in servizio; ASUGI a 12 incarichi provvisori, 4 trattenimenti in servizio e 9 istituzione di ASAP; ASFO a 7 trattenimenti in servizio, 7 istituzioni di ASAP e 1 incarico provvisorio.

Solo ASUFC ha riferito di aver avviato (= apertura dello studio) 10 incarichi temporanei¹².

La carenza in ASUFC è pari al 16,75%; in ASUGI la carenza si attesta al 24,50%, mentre in ASFO al 21,80%.

Nel corso dell'istruttoria ASFO¹³ ha rilevato che nel territorio aziendale la maggior parte dei MMG ha oltre 1.500 assistiti (fino a 1.800) e oltre 10.000 assistiti sono senza medico; quindi, seguiti da un ASAP (ambulatorio sperimentale dell'assistenza primaria), di cui si dirà meglio in seguito. Ha rilevato, inoltre, che in diversi casi, le zone carenti vengono coperte da medici in formazione specifica che possono avere al massimo 1.000 scelte, fino al completamento della formazione.

L'azienda ha, altresì, evidenziato che nel triennio 2025-2027, 27 MMG cesseranno dalla convenzione per compimento dei 70 anni, a meno di ulteriore proroga della possibilità di permanere in servizio fino a 72 anni e contestuale adesione da parte di alcuni di loro.

ASFO ha, da ultimo, sottolineato che l'azienda mette a disposizione dei MMG dei locali presso la sede distrettuale da adibire a studi medici, mediante un contratto di concessione e verso il pagamento di un canone onnicomprensivo di 250,00 euro al mese. Normalmente i locali distrettuali, se disponibili, vengono concessi su richiesta dei MMG e senza alcun avviso, in considerazione della scarsa richiesta di detti locali, che parrebbero scarsamente appetibili a causa del canone praticato.

Con riferimento al calcolo delle zone carenti per la pubblicazione, ASUGI ha rilevato che nel computo dei MMG in servizio al 31/03/2024, sono stati sommati anche i medici che, assegnati a seguito delle pubblicazioni precedenti, hanno accettato l'incarico, ma che non hanno ancora preso servizio.

¹¹ Si veda la nota 7.

¹² Si veda la nota 8.

¹³ Nota acquisita al prot. Cdc n. 1080 del 02/05/2024.

L'azienda ha precisato, altresì, che il suo territorio è suddiviso in due macroaree: l'Area Giuliana e l'Area Isontina, che in questo momento rappresenta l'area di maggiore criticità riguardo alla carenza di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, dovuta sostanzialmente alle numerose dimissioni che sono intervenute nell'ultimo anno a causa dei pensionamenti. Infatti, come emerge anche dalle tabelle che precedono, nell'Area Isontina manca oltre il 30% dei medici necessari per assistere tutti i cittadini residenti nel territorio, una percentuale molto maggiore rispetto alla carenza riscontrata per l'Area Giuliana, probabilmente perché la popolazione medica è più anziana rispetto al resto dell'azienda (ricambio generazionale).

Nel 2024 non si è proceduto alla pubblicazione straordinaria per le zone rimaste carenti.

In sede di contraddittorio alcune aziende (ASUGI e ASUFC) hanno riferito che per la determinazione degli ambiti da definirsi carenti per l'anno 2025, il calcolo delle zone carenti è stato effettuato, come da indicazioni della DCS, con il parametro di un medico ogni 1.300 abitanti residenti (1:1300) o frazione superiore a 650 (come previsto dall'AIR approvato con DGR 269/2006), con il correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5000 residenti (come previsto dall'art. 32, c. 3 ACN 2024).

La Sezione rileva che con decreto del Direttore del Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera n. 16471 del 2 aprile 2025, è stato pubblicato l'elenco degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria per l'anno 2025, che individua un totale complessivo di 404 incarichi da coprire sul territorio regionale.

2.3 Ambulatori Sperimentali di Assistenza Primaria (ASAP)

Al fine di garantire l'assistenza di base alle persone senza medico di assistenza primaria, le aziende hanno riferito di aver dapprima avviato le procedure per il conferimento di incarichi provvisori/a tempo determinato e, successivamente, di aver richiesto ai professionisti operanti in ambiti territoriali carenti di aumentare, su base volontaria, il proprio massimale fino a 1800 pazienti. ASUFC ha riferito anche di aver provveduto alla richiesta di rinuncia all'autolimitazione del massimale e, in limitati casi, alla revoca unilaterale del beneficio.

Dove ciò non è stato possibile, le aziende hanno attivato ambulatori sperimentali di assistenza primaria (ASAP), organizzati con la presenza di medici che garantiscono l'apertura

dell'ambulatorio per le visite e le attività di back office (ricette, certificati ecc.), visite domiciliari e ore di reperibilità.

Esaurite, infatti, le procedure per la copertura delle zone carenti, in presenza di un numero rilevante di assistiti privi di MMG, vengono istituiti **gli ASAP che sono frutto di accordi tra i sindacati e le singole aziende.**

L'apertura di un ASAP è una soluzione finale ed emergenziale, rilevano le aziende, che viene adottata dopo aver inutilmente esperito tutte le altre procedure per il conferimento di incarichi a tempo indeterminato, provvisori o a tempo determinato. In caso di mancato reclutamento di medici idonei e disposti ad accettare un incarico definitivo o provvisorio, infatti, l'ASAP è l'unica soluzione alternativa che le aziende sono state in grado di adottare per assicurare alla popolazione un servizio di assistenza primaria.

Essendo frutto di accordi aziendali, non sono previsti standard uniformi per gli ASAP, ma normalmente garantiscono uno standard di apertura del servizio di 8 ore al giorno, dal lunedì al venerdì, ogni 1500/1800 assistiti.

La seguente tabella illustra gli ASAP istituiti nelle singole aziende e la popolazione assistita dagli ASAP in conseguenza della scoperta dei MMG alla data del 31/12/2024.

Tabella 13 – Ambulatori sperimentali di assistenza primaria

Azienda	Distretto	Comune	Localizzazione	Popolazione assistita
ASFO	Distretto delle Dolomiti Friulane - Maniago	ASAP Dolomiti Friulane 2	Meduno	1.201
		ASAP Dolomiti Friulane 3	Meduno	1665
	Distretto del Sile - Azzano Decimo	ASAP Pravisdomini	Pravisdomini	1.282
		ASAP Sesto	Sesto al Reghena	1.205
	Distretto del Livenza - Sacile	ASAP Aviano 1	Aviano	736
		ASAP Fontanafredda 1	Fontanafredda	1.377
		ASAP Fontanafredda 2	Fontanafredda	1.377
		ASAP Sacile2	Sacile	1.447
	TOTALE		10.290	
ASUFC	Distretto di Tolmezzo (Carnia)	Ovaro	Punto Salute, Via ex Ferrovia, 15	515
		Paluzza	Punto Salute, P.zza 21-22 Luglio, 7	1.071
		Sauris	Sede comunale, Sauris di Sotto, 10	286
		Tolmezzo	Sede ospedaliera, Via Morgagni, 20	1.544
		Villa Santina	Sede comunale, P.zza ex Ferrovia	724
	Distretto di Palmanova (Agro Aquileiese)	Palmanova	Sede distretto di Palmanova, Via Molin, 21	1.665
		S. Maria la Longa	Sede ambulatorio comunale di S. Maria la Longa, Via Zompicco, 1/B	1.555
	TOTALE		7.360	
ASUGI	Distretto Trieste 2	Duino Aurisina	località Aurisina 108 e Sales 66	1.000
		Gradisca d'Isonzo	via Fleming 3	1.800
	Distretto Alto Isonzino	Gorizia 1	Gradisca d'Isonzo - via Fleming, 3	1.800
		Consorzio di Capriva del Friuli	Cormons - Viale Venezia Giulia, 74	1.800
			Mariano del Friuli - piazza del Municipio 6	
	Medea - via Torriani, 5			

Azienda	Distretto	Comune	Localizzazione	Popolazione assistita
	Distretto Basso Isontino	Gorizia 2	Gradisca d'Isonzo - via Fleming, 3	1.800
		Gorizia 3	Gradisca d'Isonzo - via Fleming, 4	1.800
		Ronchi dei Legionari	via Duca d'Aosta, 12	1.800
		S. Canzian d'Isonzo	S. Canzian d'Isonzo - via Trieste, 12	1.800
		S. Pier d'Isonzo	S. Pier d'Isonzo 1 - Via XXV Aprile, 25	2.200
		Monfalcone	via Romana, 94	1.800
		Staranzano	via dell'Infanzia, 2	1.675
	TOTALE			19.275
TOTALE				36.925

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

In ASUGI più di 19.000 persone sono assistite dagli ASAP che operano in locali aziendali e comunali e che garantiscono uno standard di apertura del servizio di 8 ore al giorno, dal lunedì al venerdì e due ore di reperibilità il sabato, ogni 1500/1800 assistiti.

I medici ASAP garantiscono il servizio con incarichi a quota oraria a seguito di accordo attuativo aziendale e coprono i turni di attività alternandosi nell'arco della giornata.

Allo stato attuale nella parte Isontina sono operativi 11 ASAP che assistono una popolazione di 18.275 residenti che sono rimasti senza medico.

Dal 1° maggio 2024 è stato aperto un nuovo ASAP nell'Ambito territoriale di Duino - Aurisina che assiste circa 1.000 residenti¹⁴.

In ASFO quasi 10.300 assistiti senza medico sono seguiti da un ASAP¹⁵ i cui orari di apertura corrispondono a quelli di un ambulatorio di medicina generale, mentre in ASUFC gli assistiti dagli ASAP senza medico sono circa 7.360.

La seguente tabella illustra il numero dei medici calcolato per teste che operano negli ASAP al 31/12/2024, il tipo di rapporto che li lega all'azienda e, ove pertinente, il numero delle ore messe a disposizione degli ASAP.

Tabella 14 - Medici in ASAP

Azienda	N. medici	Tipo di rapporto	N. ore corrispondenti
ASFO	23	Incarico di CA a tempo determinato di 1 anno, ai sensi dell'art. 15 dell'AIR approvato con dgr 1718/2019	Incarico per singolo medico 12h/settimana per medico
ASUFC	6	2 dipendenti + 4 liberi professionisti	Incarico per singolo dipendente 38h/settimana; Incarico per singolo libero professionista 29h/settimanali medie
ASUGI	48	Incarico a tempo determinato o, per la maggior parte dei casi, con turni a chiamata	2.060(*)

¹⁴ ASAP chiuso a decorrere dal 1/1/2025.

¹⁵ L'ASAP di Fiume Veneto è cessato a decorrere dal 05/12/2024, mentre a Chions è stato attivato un ASAP a decorrere dal 01/01/2025.

(*) Il dato fa riferimento al mese di luglio 2024, in cui l'azienda ha complessivamente assicurato 2060 ore tra ambulatorio e back office.

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

2.4 Medici di continuità assistenziale (MCA)

Nel precedente referto di cui alla deliberazione FVG/43/2022/FRG è emerso che rispetto ai medici di continuità assistenziale in organico nelle diverse aziende, solo pochi sono titolari, mentre la maggior parte assolvono **incarichi provvisori ovvero sono medici c.d. jolly o equivalenti**, per la cui definizione si rimanda alla citata deliberazione 43/2022.

In base al nuovo ACN 2024, i MCA sono ora confluiti nel ruolo unico di assistenza primaria operanti a rapporto orario, ai quali è consentita anche l'iscrizione negli elenchi di scelta, come meglio specificato nel seguente paragrafo. Tale nuovo regime, tuttavia, si applica a decorrere dall'anno successivo all'entrata in vigore del nuovo ACN (quindi dal 01/01/2025) e richiede la stipula degli accordi regionali per la disciplina di dettaglio.

2.4.1 Il ruolo unico di assistenza primaria

Come noto, il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale.

Fino al 3 aprile 2024 era in vigore l'ACN relativo al triennio 2016 - 2018 reso esecutivo il 28 aprile 2022 che ha sviluppato il modello organizzativo dell'assistenza primaria basato sulle aggregazioni funzionali territoriali (AFT), sulle forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie (UCCP) e sul passaggio dei medici al Ruolo unico di assistenza primaria, introdotti nel nostro ordinamento dal decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), c.d. Decreto Balduzzi.

Nell'ACN 2022 non era ancora previsto il coinvolgimento dei MMG nell'attuazione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale di cui al DM 77/2022. L'operatività dei MMG nelle Case della comunità viene invece disciplinata

dall'ACN relativa al triennio 2019 - 2021 entrato in vigore il 4 aprile 2024 a seguito dell'Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni rep. n. 51/CSR.

L'Accordo allinea la disciplina negoziale di settore al progetto di riorganizzazione dell'assistenza territoriale contenuto nel PNRR e recepito nel DM 77.

Il nuovo ACN 2024 dei MMG (art. 31) realizza l'attivazione del Ruolo unico dei medici di assistenza primaria (RUMAP) previsto dal decreto legge 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 e 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 orario¹⁶.

La creazione del ruolo unico, secondo quanto emerso nel corso dell'istruttoria, dovrebbe consentire 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 pronto soccorso, 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 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.

¹⁶ L'impegno di ogni MMG all'interno della propria AFT, in base al ruolo unico dei medici a ciclo di scelta e di quelli a rapporto orario, sancito dal nuovo ACN, garantisce l'integrazione tra le attività svolte a favore degli assistiti in carico e quelle orarie svolte a favore di tutti gli assistiti dell'AFT nel concorso complessivo alle attività distrettuali.

La DCS ha precisato che, in linea con il nuovo ACN, dal 1° gennaio 2025 verrà disposta la pubblicazione di incarichi a 38 ore settimanali, che comportano la contemporanea apertura dello studio per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta (art. 33 ACN 2024). Un meccanismo dinamico per fasce determinerà, per tali (nuovi) incarichi, una riduzione dell'impegno orario da rendere nelle sedi individuate dall'azienda (presso le sedi delle AFT, e delle UCCP, le Case della comunità hub e spoke, gli Ospedali di comunità, per l'attivazione di ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria, per l'erogazione di visite occasionali, per l'assistenza ai turisti ed agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti ed altre categorie di utenti) al crescere del carico di assistiti nell'attività a ciclo di scelta.

I medici del ruolo unico di assistenza primaria, dunque, oltre a svolgere l'attività tipica, dovranno mettere a disposizione dell'azienda un certo numero di ore, a seconda del numero degli assistiti. In particolare, secondo quanto stabilito dall'art. 38 dell'ACN 2024, l'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria comporta lo svolgimento di attività 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 al massimale di 1.500 assistiti, non è prevista dall'ACN 2024 nessuna attività oraria. In attuazione della programmazione regionale, l'AIR può prevedere l'innalzamento del massimale di assistiti fino al limite massimo di 1.800 scelte esclusivamente per i medici che operano nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria, con personale di segreteria e infermieri ed eventualmente altro personale sanitario, per assicurare la continuità dell'assistenza, come previsto dall'articolo 35, comma 5, e/o in aree disagiate individuate dalla Regione nelle quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza (art. 38, c. 5 ACN 2024).

Con riferimento ai medici in formazione, l'ACN 2024 prevede che le Regioni, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 24, comma 3, del decreto legislativo 368/1999¹⁷, possono prevedere limitazioni del monte ore settimanale o del massimale di assistiti in carico, ovvero organizzare i corsi a tempo parziale, prevedendo in ogni caso che l'articolazione oraria e l'organizzazione delle attività assistenziali non pregiudichino la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso di formazione specifica in medicina generale. A tal fine, per il concomitante periodo di frequenza del corso a tempo pieno, l'incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria è modulato come di seguito indicato:

- a) dal conferimento dell'incarico fino a 650 assistiti, 24 ore;
- b) da 651 a 1.000 assistiti, 12 ore.

L'attività oraria del medico del ruolo unico dovrebbe completare così il percorso di riorganizzazione avviato con l'ACN 28 aprile 2022 ed evolvere in termini professionali ed economici, in particolare con risorse specifiche messe a disposizione dalle leggi di bilancio, verso un maggiore impegno diurno.

I medici già in servizio potranno optare (su domanda) per l'effettivo passaggio al ruolo unico con prelazione rispetto alla pubblicazione degli incarichi. Questo significa che la nuova organizzazione vedrà due tipologie di situazioni: quella prevista per i medici già in servizio che non aderiranno al ruolo unico e che svolgeranno l'attività unicamente a ciclo di scelta secondo la vecchia disciplina e quella per i nuovi medici appartenenti al ruolo unico. La coesistenza queste due tipologie di situazioni, in presenza dello svolgimento della medesima attività, a parere della Sezione rappresenta, una criticità, vieppiù qualora tale situazione sia determinata dalla libera scelta del singolo medico, come nel caso di specie.

Alla luce di tale nuovo modello erogativo dell'assistenza, la Regione FVG ha aggiornato la propria programmazione, sostituendo la programmazione dettata dalla DGR 1597/2022, con la DGR 6 dicembre 2024, n. 1864 recante "Atto di programmazione sull'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme

¹⁷ Art. 24, c 3, d.lgs.368/1999. La formazione a tempo pieno, implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le guardie, in modo che il medico in formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno. La frequenza del corso non comporta l'instaurazione di un rapporto di dipendenza o lavoro convenzionale né con il Servizio sanitario nazionale, né con i medici tutori. Le regioni e le province autonome possono organizzare corsi a tempo parziale purché siano soddisfatte le seguenti condizioni:

- a) il livello della formazione corrisponda qualitativamente a quello della formazione a tempo pieno;
- b) la durata complessiva della formazione non sia abbreviata rispetto quella a tempo pieno;
- c) l'orario settimanale della formazione non sia inferiore al 50% dell'orario settimanale a tempo pieno.

organizzative multiprofessionali (UCCP) ai sensi degli accordi collettivi nazionali della medicina convenzionata triennio 2019 - 2021". L'attuazione di quanto previsto dall'aggiornamento dell'atto di programmazione regionale verrà determinata con un nuovo accordo integrativo regionale.

Dunque, l'effettiva presenza dei medici nelle strutture aziendali previste dal PNRR dipenderà fortemente dalle disposizioni dell'Accordo collettivo nazionale e integrativo regionale dei medici di assistenza primaria, accordi che, nel prevedere il completamento dell'orario del medico all'interno di tali strutture, dovranno definire concretamente le modalità di attivazione del servizio.

In tema di contrattazione si ricorda che, in attuazione di quanto disposto dall'art. 11 dell'ACN 2022 - Triennio 2016-2018, con la deliberazione della Giunta regionale 14 ottobre 2022, n. 1487, è stato istituito il Comitato permanente regionale per i rapporti con i medici di medicina generale, poi sostituito dal Comitato istituito con la deliberazione della Giunta regionale 20 settembre 2024, n. 1373, ai sensi dell'art. 11 dell'ACN 2024 - Triennio 2019-2021, la cui attività è principalmente orientata a: formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale; fornire indirizzi ed esprimere pareri alle aziende ed ai comitati aziendali per l'uniforme applicazione dell'AIR; monitorare gli accordi attuativi aziendali; formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale; avanzare proposte su obiettivi e progetti di prioritario interesse per la medicina generale e promuovere richieste di pareri alla SISAC da parte della Regione.

2.4.2 La continuità assistenziale

In tema di continuità assistenziale, la DGR 1864/2024, secondo quanto disposto dall'art. 44 ACN 2024 dei MMG, prevede che il servizio di continuità assistenziale venga svolto nei confronti di tutta la popolazione di riferimento, inclusa quella in età pediatrica, per le prestazioni richieste nelle fasce orarie notturne, il sabato e i festivi.

L'attività è organizzata dall'azienda sanitaria, in coerenza con quanto previsto dalla 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 e all'offerta assistenziale.

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.

Dall'analisi delle attività erogate dai servizi di continuità assistenziale¹⁸ nel corso del 2023, è emerso che su un totale di n. 208.964 accessi, il 55,7% delle attività ha riguardato la valutazione telefonica e solo il 6,1% dei casi ha comportato la visita diretta al domicilio dell'assistito, come meglio illustrato nella seguente tabella.

Tabella 15 - Attività erogate dai Servizi di continuità assistenziale - anno 2023

Ambulatoriali		Tipo visita domiciliare		Telefoniche		totale
n.	%	n.	%	n.	%	
79.990	38,3	12.671	6,1	116.303	55,7	208.964

Fonte: dati tratti dalla deliberazione della Giunta regionale 1864/2024

Sulla base di tali risultati, nell'atto di programmazione di cui alla delibera 1864/2024, la Regione ha evidenziato l'opportunità di procedere ad una riorganizzazione della continuità dell'assistenza, con la presa in carico delle richieste di cure mediche non urgenti con garanzia della risposta H24, che tenga conto dei suddetti volumi e tipologie di attività.

La continuità dell'assistenza rivolta agli assistiti dell'UCCP di riferimento dovrà essere assicurata dalle aziende presso le Case di comunità hub/spoke di riferimento. In presenza di criticità collegate a particolari situazioni oro geografiche, sanitarie, sociali, abitative, stagionali e in specifiche aree territoriali o in zone definite disagiate, la continuità dell'assistenza potrà essere garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta che ad attività oraria, con modalità di reperibilità domiciliare che dovranno essere definite con AIR 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 potrà essere, altresì, garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria a

¹⁸ A dicembre 2024 risultano presenti sul territorio regionale 35 Servizi di continuità dell'assistenziale ripartiti tra le aziende: ASFO 10, ASUFC 26 e ASUGI 9.

ciclo di scelta operanti nelle AFT nei confronti di tutti gli assistiti della stessa AFT, mediante copertura del servizio sotto forma di disponibilità domiciliare

L'atto di programmazione prevede, quindi, uno specifico 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.

Il modello organizzativo che le aziende dovranno adottare, ai sensi della DGR 1864/2024, prevede le seguenti opzioni:

- a) collegamento con il Numero Unico Europeo (NUE) 116117 per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti¹⁹;
- 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

¹⁹ Il numero telefonico 116117 è il numero europeo 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 senza alcun obbligo di registrazione preventiva, ma non può essere chiamato da un telefono cellulare bloccato in quanto non è un numero di emergenza sanitaria. Il numero garantisce ai cittadini, nelle 24h, la possibilità di ricevere, senza soluzione di continuità, risposte alle chiamate di cure mediche non urgenti. Inoltre, funziona da raccordo con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza/urgenza. Il numero offre diversi servizi, tra i quali sono obbligatori i seguenti servizi: garantire una risposta operativa anche con trasferimenti di chiamata per prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di continuità assistenziale, consentire il raggiungimento del proprio MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento, fornire consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di continuità assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118, se appropriato, individuazione con eventuale trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118, consentire l'accesso alla Guardia turistica.

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.

Nelle more dell'attivazione del NUE 116117, al fine di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti, le aziende avrebbero dovuto istituire un numero unico per il contatto del servizio di continuità assistenziale. Alla data del 31/12/2024 risulta che il numero sia stato istituito dalla sola ASUGI.

Già nel precedente referto di cui alla deliberazione FVG/43/2022/FRG, infatti, era emerso che in area giuliana è da lungo tempo attiva la Centrale operativa denominata "Farneto" per il governo della domanda non urgente che coordina la domanda con i MMG, i MCA, i trasporti sanitari secondari e si rapporta con l'ADI distrettuale e con la centrale operativa del 112, a cui i cittadini possono accedere tramite numero verde 800 - 614302. Tale numero offre una copertura sulle 24 ore per 365 giorni all'anno ed è completamente gratuito. Esso affianca il 112 e gestisce tutte le chiamate destinate ai servizi di continuità assistenziale (ex Guardia medica), alla rete delle cure primarie, alla gestione di richieste di natura socioassistenziale.

Il servizio era allora coperto da due infermieri per turno sulle 12 ore (quindi quattro unità di personale al giorno) più un terzo aggiuntivo per turno diurno estemporaneo in situazioni particolari.

Era emerso, inoltre, che secondo le previsioni dalle Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2022²⁰, la stima del personale da acquisire per il funzionamento della Centrale operativa regionale 116117, in funzione 7 gg su 7, h 24, ammontava a 10 infermieri e a 10 unità di personale amministrativo-tecnico-sanitario.

Sul punto si rileva che, nell'ambito del progressivo percorso di attuazione del Programma regionale dell'assistenza territoriale di cui alla DGR 2042/2022, per la realizzazione del modello di assistenza territoriale delineato dal DM 77, le Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2025, approvate in via definitiva con DGR del 30 dicembre 2024, n. 2052, prevedono l'obiettivo dell'attivazione nel territorio regionale del NUE 116117 per le cure non urgenti, attraverso la sperimentazione, nel corso del 2025, del modello adottato da ASUGI e la sua successiva e progressiva estensione alle altre aziende.

²⁰ Approvate con deliberazione della Giunta regionale 321/2022.

Tornando al **calcolo del rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività oraria**, l'art. 32 dell'ACN MMG 2022, stabilisce che tale rapporto è pari ad un medico/24 ore ogni 5.000 abitanti residenti (1:5.000); rapporto che può essere variato con AIR in diminuzione o in aumento fino al 30%, come illustrato nella tabella che segue.

Come già ricordato con riferimento al rapporto ottimale nel paragrafo relativo ai medici di con attività a ciclo di scelta, l'art. 32 del nuovo ACN MMG 2024 attribuisce alle Regioni il compito di individuare, tramite appositi accordi, ulteriori indicatori che tengano in considerazione non solo il dato numerico ma anche le caratteristiche strutturali del territorio, stabilendo che in assenza di AIR, dal 1° gennaio 2025, si applichi il parametro di un medico del ruolo unico di assistenza primaria ogni 1.200 residenti o frazione di 1.200 superiore al 50%.

Tabella 16 - Rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria

RAPPORTO OTTIMALE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA					
MASSIMALE PER L'ATTIVITA' ORARIA (ART. 38 ACN 28/04/2022)	RAPPORTO OTTIMALE PER L'ATTIVITA' ORARIA (ART. 32 ACN 28/04/2022)	RAPPORTO OTTIMALE MEDICI/ABITANTI NELLA SEDE AZIENDALE			
		Azienda	Popolazione	N. medici	Rapporto
24 ore settimanali con possibilità di estensione a 38 ore	1 medico 24 ore ogni 5.000 abitanti residenti	ASUFC	468.717	94	5.000
		ASUGI	325.440	65	5.000
		ASFO	264.664	53	5.000
		FVG	1.058.821	214	5.000

Fonte: elaborazione della Sezione su dati forniti da ARCS e in attuazione dell'ACN 2022

La tabella che segue illustra il rapporto effettivo tra medici con attività oraria e gli abitanti-residenti nella sede aziendale al 31/12/2024.

Tabella 17 - Rapporto effettivo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria

RAPPORTO EFFETTIVO DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA			
RAPPORTO EFFETTIVO MEDICI/ABITANTI NELLA SEDE AZIENDALE AL 31/12/2024			
Azienda	Popolazione	N. medici	Rapporto
ASUFC	468.717	62	7.560
ASUGI	325.440	47	6.924
ASFO	264.664	45	5.881
FVG	1.058.821	154	6.875

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

Come emerge dal confronto dalle tabelle, il rapporto effettivo delle tre aziende risulta superiore al rapporto ottimale.

La tabella che segue illustra la differenza del numero dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria come risultante dal rapporto ottimale e il numero risultante dal rapporto effettivo al 31/12/2024.

Tabella 18 – Differenza tra rapporto ottimale e rapporto effettivo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria

DIFFERENZA TRA RAPPORTO OTTIMALE E RAPPORTO EFFETTIVO DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITÀ ORARIA			
Azienda	N. medici rapporto ottimale MMG/abitanti	N. medici rapporto effettivo MMG/abitanti	Differenza
ASUFC	94	62	-32
ASUGI	65	47	-18
ASFO	55	45	-10
TOTALE	214	154	-60

Fonte: elaborazione della Sezione su dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

In tutte le tre aziende i medici sono stati calcolati per equivalente (FTE = Full time equivalent, che calcola totale delle ore prestate dai medici a prescindere dal rapporto che li lega all'azienda). In particolare, in ASFO il numero complessivo è stato calcolato per equivalente sulle ore erogate dai medici che hanno contribuito nel semestre alla copertura del servizio, in quanto sono solo 2 i medici convenzionati, 3 i provvisori, mentre il resto è coperto con incarichi mensili. In ASUFC 9 medici sono titolari a tempo indeterminato, 51 assolvono un incarico provvisorio, 2 sono titolari straordinari²¹, a cui si sommano 292 supplenti. In ASUGI la carenza rispetto al fabbisogno (che ASUGI dichiara essere di 60 medici, mentre applicando il rapporto ottimale risulterebbe di 65²²) è coperta con turni vacanti (cioè, turni che sono coperti con medici sostituiti iscritti nelle graduatorie aziendali che effettuano di fatto turni saltuari).

Dalla tabella emerge, pertanto, una carenza complessiva di 60 medici per raggiungere il numero dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria conforme al rapporto ottimale. Tuttavia, con nota prot. Cdc n. 1128 del 14/05/2025, successiva all'asseverazione dei dati e al contraddittorio, la DCS ha riferito che il numero degli incarichi complessivi pubblicato per coprire le zone carenti 2024 ammontava a 189²³.

2.5 Pediatri di libera scelta (PLS)

Nel precedente referto era stata data positiva evidenza al dato relativo al rapporto effettivo dei PLS rispetto agli assistiti/residenti risultava inferiore non solo al massimale per attività a ciclo

²¹ In sede di contraddittorio ASUFC ha riferito che si tratta di un medico con doppio incarico che ha raggiunto le 1500 scelte ma continua a svolgere attività oraria ai fini dell'assistenza agli extracomunitari in Caserma Cavarzerani e di un titolare straordinario.

²² ASUGI con nota acquisita al protocollo della Sezione n. 924 del 28/04/2025 ha riferito che nelle more dell'attuazione del nuovo modello organizzativo della continuità assistenziale continuano ad applicarsi in ASUGI i precedenti modelli organizzativi, adottati dalle precedenti Aziende ex ASUI TS e AAS n. 2 Isontina, che nella propria organizzazione avevano utilizzato un criterio diverso di calcolo del fabbisogno misurato sull'effettivo funzionamento delle sedi di servizio operanti sul territorio. Il fabbisogno era calcolato in 35 medici per l'area Giuliana e n. 25 medici per l'Area Isontina per un totale di n. 60 medici. Le 60 unità erano sufficienti per coprire il fabbisogno di tutte le sedi di continuità assistenziale presenti in ASUGI e secondo lo standard previsto dall'ACN, ed in particolare dalle 20.00 alle 08.00 di tutti i giorni, dalle 08.00 alle 20.00 di tutti i festivi e dalle 10.00 alle 20.00 di tutti i sabati.

²³ Sul punto si veda la nota n. 3.

di scelta di cui all'articolo 38 dell'ACN 2005, pari a 800, ma anche al rapporto ottimale previsto dall'articolo 32 dell'ACN 2005 per i pediatri di libera scelta, pari a 600. In particolare, in ASUGI il rapporto effettivo di PLS/abitanti-assistiti era pari a 1 PLS ogni 401, in ASFO a 1 PLS ogni 428 abitanti e in ASUFC a 1 PLS ogni 388 abitanti.

Al 31/12/2024 la situazione è illustrata nella seguente tabella.

Il rapporto ottimale dei medici pediatri di libera scelta è pari ad un pediatra/ogni 600 assistibili di età compresa tra 0 e 6 anni.

Tabella 19 - Rapporto ottimale dei pediatri di libera scelta - popolazione 0-6

RAPPORTO OTTIMALE DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA					
MASSIMALE PER ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA (ART. 36 ACN 10/02/2022)	RAPPORTO OTTIMALE PER L'ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA (ART. 30 ACN 10/02/2022)	RAPPORTO OTTIMALE PLS/ABITANTI NELLA SEDE AZIENDALE			
		Azienda	Popolazione 0-6	N. Pediatri	Rapporto
Max 880 scelte per PLS	1 PLS ogni 600 assistibili di età compresa tra 0 e 6 anni	ASUFC	18.129	30	600
		ASUGI	13.579	23	600
		ASFO	13.273	22	600
		FVG	44.981	75	600

Fonte: elaborazione dalla Sezione in attuazione all'ACN 2022 su dati forniti da ARCS con note acquisite al prot. Cdc n. 3599 del 09/12/2024 e n. 1081 del 09/05/2025.

La tabella che segue illustra il rapporto effettivo tra medici pediatri di libera scelta e gli assistibili di età compresa tra 0 e 6 anni, nella sede aziendale al 31/12/2024.

Tabella 20 - Rapporto effettivo dei pediatri di libera scelta - popolazione 0-6

RAPPORTO EFFETTIVO DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA			
RAPPORTO EFFETTIVO PLS/ABITANTI NELLA SEDE AZIENDALE AL 31/12/2024			
Azienda	Popolazione 0-6	N. Pediatri	Rapporto
ASUFC	18.129	51	372
ASUGI	13.579	34	399
ASFO	13.273	30	442
FVG	44.981	115	399

Fonte: elaborazione dalla Sezione su dati forniti da ARCS con note acquisite al prot. Cdc n. 3599 del 09/12/2024, n. 451 del 26/02/2025, n. 1081 del 09/05/2025.

In tutte le aziende, il rapporto è ampiamente rispettato se si considera la popolazione 0-6 anni, come previsto dall'art. 30 dell'ACN 2022 per il calcolo del rapporto ottimale, con un numero di pediatri che supera notevolmente il numero necessario da rapporto ottimale.

Tuttavia, le aziende, in sede di istruttoria, hanno precisato di adottare un diverso rapporto pediatra/popolazione assistita, come previsto dall'AIR 2011, adottato con DGR 338/2011 e successivamente modificato con DGR 364/2022, che ha adottato dei correttivi che consentono di sommare ai residenti di età compresa tra 0-6 anni, gli assistiti residenti di età compresa tra

7-14 anni. Per ASUGI il calcolo da ACN sulla popolazione 0- 6 ipotizzerebbe un fabbisogno di 23 pediatri, tale numero non è sufficiente a coprire tutta la popolazione pediatrica assistibile 0-14, mentre con l'applicazione del calcolo previsto dall'AIR il fabbisogno per ASUGI è quantificato in 34 PLS sufficienti a coprire il fabbisogno di tutto il territorio.

Le aziende hanno precisato, inoltre, che al compimento del sesto anno di età il bambino può essere iscritto con un MMG. Molti degli assistiti 7-14, infatti, sono in realtà in carico ai MMG, quindi, ad oggi non risultano situazioni di criticità per carenza di PLS.

Le seguenti tabelle illustrano gli esiti della pubblicazione ordinaria delle zone carenti per gli anni 2023 e 2024. Gli incarichi da ricoprire sono stati individuati in base al rapporto ottimale stabilito in Regione di 1 PLS ogni 600 abitanti residenti o frazioni superiore a 300, di età compresa tra 0 e 6 anni, calcolato sulla popolazione residente al 31/12 dell'anno precedente, sommati i residenti nella fascia 7-14.

La popolazione residente è calcolata sugli ambiti da Insiel che trasmette alle aziende il dato che considera il totale dei residenti al 31 dicembre dell'anno precedente nella fascia di età 0-6 e 7-14.

La zona carente è calcolata in base alla differenza tra il fabbisogno standard al 31/3 dell'anno successivo a quello di pubblicazione e i PLS in servizio a tempo indeterminato al 31/3 dell'anno di pubblicazione. Dai PLS in servizio vanno sottratti i medici che cesseranno entro il 31/3 dell'anno successivo (allo scopo di non lasciare scoperti gli incarichi per troppi mesi prima del compimento delle procedure di assegnazione stabilite dall'ACN, come previsto nell'AIR di cui alla DGR 364/2022) e i medici settantenni che hanno presentato la richiesta di permanenza in servizio.

La tabella sottrae le assegnazioni effettuate a seguito della procedura, per individuare le zone carenti rimanenti. Tale procedura prevede di prendere in considerazione nell'ordine:

1. i pediatri già titolari che richiedono il trasferimento;
2. i pediatri iscritti nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
3. la c.d. procedura SISAC, che prevede la pubblicazione delle esigenze sul portale SISAC.

La procedura ordinaria termina normalmente verso luglio. In caso di permanenza di zone carenti, viene effettuata la pubblicazione straordinaria verso dicembre.

Per fornire il quadro della situazione la tabella evidenzia, altresì, la copertura degli incarichi rimasti vacanti, specificando il tipo di copertura: incarichi provvisori²⁴ ovvero con incarichi a tempo determinato.

Tabella 21 - Pubblicazione ordinaria zone carenti 2023

Azienda	Distretto	Fabbisogno da standard regionale al 31/3/2024	PLS in servizio al 31/3/2023	Zone carenti al 31/3/2023 per pubblicazione	Assegnazioni 2023	Zone carenti residue	Copertura con altri incarichi
ASFO	Distretto del Noncello - Pordenone	10	10	0	0	0	0
	Distretto delle Dolomiti Friulane - Maniago	5	5	0	0	0	0
	Distretto del Sile - Azzano Decimo	6	6	0	0	0	0
	Distretto del Tagliamento - San Vito	5	5	0	0	0	0
	Distretto del Livenza - Sacile	6	5	1	0	1	0
	TOT ASFO	32	31	1	0	1	0
ASUFC	Distretto di Cividale (Natisone)	5	4	1	1	0	0
	Distretto di Tarcento (Torre)	4	4	0	0	0	0
	Distretto di Udine (Friuli Centrale)	14	13	1	1	0	0
	Distretto di Tolmezzo (Carnia)	3	2	1	1	0	0
	Distretto di Gemona del Friuli (Gemonese/Canal del Ferro, Val Canale)	3	3	0	0	0	1
	Distretto di San Daniele (Collinare)	4	4	0	0	0	0
	Distretto di Codroipo (Medio Friuli)	5	5	0	0	0	0
	Distretto di Palmanova (Agro Aquileiese)	5	5	0	0	0	0
	Distretto di Latisana (Riviera Bassa Friulana)	6	6	0	0	0	0
TOT ASUFC	49	46	3	3	0	1	
ASUGI	Distretto Trieste 1	19	19	0	0	0	0
	Distretto Trieste 2	0	0	0	0	0	0

²⁴ Gli incarichi provvisori possono essere conferiti ad un pediatra residente nell'ambito territoriale carente, utilizzando la graduatoria aziendale, per un periodo non superiore a dodici mesi. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito dell'individuazione del pediatra titolare o per recesso del pediatra incaricato. (art. 35 ACN 2022).

Azienda	Distretto	Fabbisogno da standard regionale al 31/3/2024	PLS in servizio al 31/3/2023	Zone carenti al 31/3/2023 per pubblicazione	Assegnazioni 2023	Zone carenti residue	Copertura con altri incarichi
	Distretto Alto Isontino	7	7	0	0	0	0
	Distretto Basso Isontino	8	7	1	1	0	0
	TOT ASUGI	34	33	1	1	0	0
TOTALE		115	110	5	4	1	1

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

In ASFO è stata pubblicata 1 zona carente non coperta con la pubblicazione 2023.

In ASUFC è stato affidato 1 incarico provvisorio motivato dal fatto che tra la procedura di bando delle zone carenti e l'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato passano mesi, durante i quali l'azienda ricorre a tali incarichi per coprire la carenza.

In ASUGI il fabbisogno nel 2023 era di 34 PLS, con una copertura al 31/03/2024 di 33 PLS, pertanto, è stata pubblicata 1 zona carente, che è stata coperta con le assegnazioni 2023.

Tabella 22 - Pubblicazione ordinaria zone carenti 2024

Azienda	Distretto	Fabbisogno da Standard regionale al 31/3/2025	PLS in servizio al 31/3/2024	Zone carenti al 31/3/2024 per pubblicazione	Assegnazioni 2024	Zone carenti residue	Copertura con altri incarichi
ASFO	Distretto del Noncello - Pordenone	10	10	0	0	0	0
	Distretto delle Dolomiti Friulane - Maniago	5	5	0	0	0	0
	Distretto del Sile - Azzano Decimo	6	6	0	0	0	0
	Distretto del Tagliamento - San Vito	5	5	0	0	0	0
	Distretto del Livenza - Sacile	6	5	1	0	1	0
	TOT ASFO	32	31	1	0	1	0
ASUFC	Distretto di Cividale (Natisone)	5	5	0	0	0	0
	Distretto di Tarcento (Torre)	4	4	0	0	0	0
	Distretto di Udine (Friuli Centrale)	14	14	0	0	0	1
	Distretto di Tolmezzo (Carnia)	4	4	0	0	0	0
	Distretto di Gemona del Friuli (Gemonese/Can	3	3	0	0	0	0

Azienda	Distretto	Fabbisogno da Standard regionale al 31/3/2025	PLS in servizio al 31/3/2024	Zone carenti al 31/3/2024 per pubblicazione	Assegnazioni 2024	Zone carenti residue	Copertura con altri incarichi
	al del Ferro, Val Canale)						
	Distretto di San Daniele (Collinare)	4	4	0	0	0	0
	Distretto di Codroipo (Medio Friuli)	5	5	0	0	0	0
	Distretto di Palmanova (Agro Aquileiese)	5	4	1	1	0	1
	Distretto di Latisana (Riviera Bassa Friulana)	6	5	1	1	0	0
	TOT ASUFC	50	48	2	2	0	2
ASUGI	Distretto Trieste 1	19	17	2	2	0	0
	Distretto Trieste 2			0	0	0	0
	Distretto Alto Isontino	7	7	0	0	0	0
	Distretto Basso Isontino	8	8	0	0	0	0
	TOT ASUGI	34	32	2	2	0	0
TOTALE		116	111	5	4	1	2

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

ASFO con nota prot. n. 35166 del 02/05/2024, acquisita al protocollo della Sezione n. 1080 nella medesima data, ha riferito che con la pubblicazione ordinaria 2024 l'unica zona carente pubblicata sul BUR del 27/03/2024 è stata assegnata. Il fabbisogno, pertanto, è stato interamente coperto. L'azienda ha successivamente riferito che il medico PLS che avrebbe dovuto prendere servizio nei mesi estivi ha successivamente rifiutato l'incarico, permanendo quindi nell'ambito aziendale una zona carente.

In ASUGI il fabbisogno di 34 PLS individuato nel 2024, ha comportato la pubblicazione di 2 zone carenti che sono state coperte con la pubblicazione ordinaria. L'azienda ha successivamente provveduto a richiedere la pubblicazione straordinaria di due ambiti territoriali rimasti carenti nell'isontino (ambito dei comuni di Farra d'Isonzo, Gradisca d'Isonzo, Romans d'Isonzo, Villesse e ambito dei comuni di Gorizia, Mossa, San Floriano del Collio, Savogna d'Isonzo), a causa della mancata presa del servizio dei medici assegnati.

Anche nel 2024, ASUFC, in considerazione del lungo lasso di tempo che trascorre tra la procedura di bando delle zone carenti e l'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato, ha affidato 2 incarichi provvisori.

2.5.1 Ruolo dei PLS all'interno delle Case di comunità

Il nuovo ACN per la disciplina dei rapporti con i PLS relativa al triennio 2019-2021, sottoscritta il 21 maggio 2024, sulla quale è stata sancita l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, in data 25 luglio 2024, sembra aver individuato il ruolo dei PLS all'interno delle attività multidisciplinari delle Case di comunità. Nell'atto di programmazione di cui alla DGR 1864/2024, di cui si dirà meglio nel paragrafo relativo alle forme organizzative, si parla, infatti, di aggregazioni funzionali territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, collegate con la Casa di comunità e con l'unità complessa delle cure primarie (UCCP) di riferimento.

Inoltre, nel sopra citato atto di programmazione, è presente un capitolo dedicato alle AFT pediatriche, definite come forme organizzative mono professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione nell'atto di programmazione medesimo. 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.

Come previsto dall'art. 28 dell'ACN 2024, la AFT garantisce l'assistenza pediatrica su un ambito territoriale riferito alla popolazione 0-14 anni, nei giorni feriali nella fascia 8-20, ivi compresa la consulenza telefonica limitatamente ad alcune ore della giornata. L'ambito territoriale è definito dall'azienda per ogni Distretto, in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio.

Il coordinamento degli orari giornalieri di apertura degli studi al fine di garantire l'assistenza pediatrica dal lunedì al venerdì, nella fascia 8-20, 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 (art. 27 ACN 2024), 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.

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

L'art. 8 - Istituzione delle forme organizzative (AFT e UCCP) dell'ACN 2024, demanda agli AIR l'attuazione della relativa disciplina, in coerenza con la programmazione e il modello organizzativo regionale.

In attuazione a quanto disposto dall'art. 11 dell'ACN 2024 - Triennio 2019-2021, con la DGR 20 settembre 2024, n. 1372, è stato istituito il Comitato permanente regionale per i rapporti con i medici pediatri di libera scelta, la cui attività, analogamente a quella del Comitato regionale per i rapporti con i medici di MMG, è principalmente orientata a: formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale; fornire indirizzi ed esprimere pareri alle aziende ed ai comitati aziendali per l'uniforme applicazione dell'AIR; monitorare gli accordi attuativi aziendali; formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale; avanzare proposte su obiettivi e progetti di prioritario interesse per la pediatria di libera scelta e promuovere richieste di pareri alla SISAC da parte della Regione.

2.6 Personale infermieristico

Con riferimento alla situazione di copertura del fabbisogno organico del personale infermieristico e all'adeguatezza della distribuzione del medesimo, ARCS, in sede istruttoria, ha precisato che al 31/12/2023 gli organici dei vari profili di infermiere (sia della territoriale che ospedalieri) risultavano carenti per 372 posti, pari al 4,72% del fabbisogno totale. La percentuale è stata definita fisiologica dato il normale turn over del personale. Infatti, alla luce del trend rilevato in sede di chiusura del primo report trimestrale che, a livello consolidato regionale, rilevava un fabbisogno di profili infermieristici in diminuzione di n. 13 unità rispetto al 31/12/2023, tendenza peraltro confermata dai dati consolidati al 30/09/2024, ARCS ha concluso che le aziende dovevano ancora riadeguare gli organici per assorbire le assunzioni straordinarie effettuate per motivi legati alla pandemia, precisando che di tale tendenza in

diminuzione sarà possibile fare una sintesi in fase di chiusura del bilancio di esercizio individuando le reali motivazioni²⁵.

ARCS ha, inoltre, considerato gli esiti poco soddisfacenti del concorso pubblico bandito per coprire 336 posti, calcolati sulla base del piano dei fabbisogni che a fronte di n. 637 domande pervenute, i candidati presentati alle prove sono stati inferiori al fabbisogno dichiarato dalle aziende, come illustrato nella tabella che segue. Tale risultato ha messo il sistema di fronte ad un fatto che imponeva riflessioni anche in termini di riorganizzazione in un futuro immediato. Anche per questo secondo evento ARCS ha dichiarato che sarà possibile fare una sintesi rispetto al fabbisogno del sistema nella prossima programmazione per l'anno 2025.

Tabella 23- Posti di infermiere banditi per ciascuna ente del SSR e domande pervenute.

	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	totale
Posti banditi	60	260	1	1	14	336
Domande pervenute	92	440	68	21	16	637

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 1206 del 09/05/2024

Le seguenti tabelle illustrano la situazione del fabbisogno del personale infermieristico dell'assistenza territoriale alla data del 31/12/2024 e il personale assegnato alla medesima data, nonché, il fabbisogno presunto del personale infermieristico man mano che vengono implementate le strutture /servizi previsti dalla riforma PNRR al 31/12/2025 e al 30/06/2026. Le tabelle prendono in considerazione l'assistenza territoriale limitatamente alle strutture/servizi connessi alla riforma PNRR e, comprendenti pertanto: le Centrali operative territoriali, tutte le strutture intermedie (Case della comunità, Ospedali di comunità, Hospice, Suap, PACU, ecc.), l'ADI, il PUA, con esclusione del Dipartimento delle dipendenze e della salute mentale e il Dipartimento di prevenzione.

Il fabbisogno è stato calcolato sulla base degli standard del DM 77, per le CdC, l'UCA, l'IFOC, le COT e gli OdC, ovvero sulla base di quelli previsti dal decreto del Direttore dell'Area dei servizi di assistenza ospedaliera n. 1704 del 28/11/2007, per ADI, hospice, SUAP, PACU e RSA.

Tabella 24 - Fabbisogno di personale infermieristico al 31/12/2024 e assegnati al 31/12/2024.

Azienda	Distretto	Fabbisogno infermieri al 31/12/2024	Infermieri assegnati al 31/12/2024
ASFO	Distretto del Noncello - Pordenone	61	61
	Distretto delle Dolomiti Friulane - Maniago	40	40
	Distretto del Sile - Azzano Decimo	34	32
	Distretto del Tagliamento - San Vito	40	39

²⁵ Riscontro acquisito dalla Sezione al prot. n. 3599 del 09/12/2024.

Azienda	Distretto	Fabbisogno infermieri al 31/12/2024	Infermieri assegnati al 31/12/2024
	Distretto del Livenza - Sacile	67	62
	TOTALE	242	234
ASUFC	Distretto di Cividale (Natisone)	48	54
	Distretto di Tarcento (Torre)	21	19
	Distretto di Udine (Friuli Centrale)	97	38
	Distretto di Tolmezzo (Carnia)	26	31
	Distretto di Gemona del Friuli (Gemonese/Canal del Ferro, Val Canale)	43	43
	Distretto di San Daniele (Collinare)	23	23
	Distretto di Codroipo (Medio Friuli)	32	34
	Distretto di Palmanova (Agro Aquileiese)	36	39
	Distretto di Latisana (Riviera Bassa Friulana)	34	39
	TOTALE	360	396*
ASUGI	Distretto Trieste 1	138	136
	Distretto Trieste 2	94	108
	Distretto Alto Isontino	90	84
	Distretto Basso Isontino	81	78
	TOTALE	403	406
TOTALE		1005	1.036

*al totale degli infermieri assegnati al 31/12/2024, pari a 320, vengono sommati anche 75,5 infermieri dedicati alle attività esternalizzate, per complessivi 396 infermieri. Nelle altre aziende il personale esternalizzato è distribuito tra i distretti.

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

Con richiesta di chiarimenti del 19 novembre 2024, la Sezione ha chiesto, tra l'altro, di verificare i dati relativi ad ASUFC inseriti nella tabella relativa al fabbisogno del personale infermieristico al 31/12/2024, poiché il fabbisogno risultava inferiore agli assegnati. Qualora il dato fosse confermato, è stato chiesto di fornire le motivazioni. Con riscontro dell'8/12/2024, acquisito al protocollo della Sezione n. 3599 del 09/12/2024, ARCS ha riferito che ASUFC confermava la correttezza del dato, motivando che, *"valutata la formazione del personale in questione e la diluizione sui 9 distretti, si è ritenuto utile mantenerli nelle sedi attuali dal momento che saranno impegnati nelle nuove funzioni che saranno attivate (Case di Comunità, Cure intermedie, ecc.)"*. Anche a seguito dell'aggiornamento al 31/12/2024 dei dati contenuti nelle tabelle²⁶, ASUFC ha confermato un fabbisogno di infermieri al 31/12/2024 pari a 360 a fronte di 396 infermieri in servizio dedicati all'assistenza territoriale come sopra specificata con una sovra copertura, quindi, rispetto al fabbisogno di 36 unità. Al fine della definizione del fabbisogno, l'azienda ha tenuto conto dell'attivazione, entro il 31/12/2024, delle 5 COT, della Casa della comunità hub di Gemona, dell'unità di cure palliative domiciliari di Tolmezzo e Gemona, di 4 posti letto hospice a Gemona e 8 posti letto hospice a Cividale.

²⁶ Riscontro ARCS con comunicazione acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025.

L'azienda, inoltre, ha tenuto conto del personale delle strutture esternalizzate (RSA di Tarcento, San Daniele del Friuli, Udine - Quiete e Udine - Zaffiro di via Umago, per un totale di 75,5 unità).

Per la valutazione degli standard ASUFC ha riferito di aver valutato la seguente distribuzione:

- 40 pl Gemona: 24 pl PACU, 4 pl hospice, 12 pl SUAP;
- 45 pl Cividale: 37 pl PACU, 8 pl hospice;
- 24 pl Codroipo: 21 pl PACU, 3 pl hospice.

In sede istruttoria, ASFO ha precisato che al 31/12/2023 gli infermieri in servizio complessivamente considerati (territorio e ospedale) erano 1.305, con una copertura rispetto al Piano triennale dei fabbisogni di circa un centinaio di unità. L'azienda ha riferito di aver avviato una operazione per far fronte alla carenza di questo specifico profilo professionale, volta alla revisione dell'organico e alla sostituzione della figura dell'infermiere, ove possibile, tenendo conto dei setting assistenziali specifici, con altre figure professionali, sanitarie o tecnico sanitarie, come infermiere pediatrico, ostetrica, tecnico della riabilitazione psichiatrica, fisioterapisti, assistenti sanitari.

In parte poi le carenze sono state coperte utilizzando gli strumenti incentivanti previsti dal contratto e l'acquisto di prestazioni aggiuntive dal personale in servizio, ovvero il ricorso all'esterno con gli incarichi libero-professionali (solo per specifiche figure) e gli appalti di servizi.

In ASFO al 31/12/2024 gli infermieri in servizio dedicati all'assistenza territoriale come sopra specificata erano 234, con una copertura rispetto al fabbisogno al 31/12/2024, di 8 unità. In tale computo è stato considerato anche il fabbisogno relativo alle attività esternalizzate, per complessive 49 unità di personale infermieristico.

L'azienda ha specificato, inoltre, che il fabbisogno indicato tiene conto solo dell'incremento del personale all'interno delle singole équipe per integrare le cure palliative all'assistenza infermieristica a domicilio.

In sede istruttoria è emerso, inoltre, che in ASFO i punti di primo intervento (ex pronto soccorso di Maniago e Sacile) rientrano nell'attività territoriale del Distretto, anche se sono controllati dall'ospedale. Conseguentemente, il relativo fabbisogno di personale che pertiene alla funzione ospedaliera, non è stato computato nell'assistenza territoriale.

A seguito del contraddittorio, con comunicazione assunta al protocollo della Sezione n. 1089 del 12/05/2025 e successivi chiarimenti nelle vie brevi, ASUGI ha precisato che al 31/12/2024 gli infermieri in servizio dedicati all'assistenza territoriale come sopra specificata (compresi 61 infermieri riferibili alle strutture convenzionate) erano 406, con una sovra copertura rispetto al fabbisogno al 31/12/2024, di 3 unità. Ai fini del calcolo dei fabbisogni presunti, l'azienda ha utilizzato lo standard del DM 77 per le COT e il decreto 1704/2017 per l'ADI e l'hospice.

La seguente tabella illustra, invece, il fabbisogno presunto del personale infermieristico man mano che vengono implementate le strutture/servizi previsti dalla riforma PNRR al 31/12/2025 e al 30/06/2026.

Tabella 25 - Fabbisogno presunto personale infermieristico 2025-2026.

Azienda	Fabbisogno presunto al 31/12/2025	Fabbisogno presunto al 30/6/2026
ASFO	241	254
ASUFC	450	589
ASUGI	368	426
TOT	1.059	1.269

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

Nella definizione del fabbisogno presunto ASFO non ha tenuto conto del personale esternalizzato dell'hospice di Aviano e dei 124 posti letto post acuti, considerati ospedalieri. ASUFC, invece, ha tenuto conto del personale delle strutture esternalizzate (RSA di Tarcento, San Daniele del Friuli, Udine - Quiete e Udine - Zaffiro di via Umago, per un totale di 75,5 unità), del personale attuale, nonché, del personale necessario all'avvio e/o consolidamento, nel 2025, delle Case di comunità di Udine, Cividale e Gemona e delle degenze intermedie, o parte di esse, di Gemona, Cividale e Codroipo.

ASUGI ha computato nel fabbisogno presunto di entrambi gli anni, 72 unità infermieristiche assegnate alle 4 RSA presenti sul territorio aziendale.

Con nota del 19/05/2025, acquisita al prot. Cdc n. 1189 del 20/05/2025, successiva all'asseverazione dei dati, al contraddittorio e alla prima camera di consiglio, ASUGI ha precisato che "la tabella n. 28 [ora tabella 25] "fabbisogno degli infermieri 2025-2026", non riporta il numero degli operatori "esternalizzati" che invece risultano compresi nella tabella 27" [ora tabella 24].

Se si confronta il dato delle assegnazioni del personale infermieristico al 31/12/2024, pur con la sovra copertura di cui si è detto, e il fabbisogno presunto alla data di completa attuazione della riforma di cui al PNRR, risulta che le aziende dovranno provvedere all'acquisizione di

complessive 233 unità di personale infermieristico da qui a metà 2026, così suddiviso: ASFO 20, ASUFC 193, ASUGI 20.

2.6.1 Infermiere di famiglia/comunità (IFoC)

Come già illustrato nella delibera della Sezione n. FVG/43/2022/FRG, la figura dell'IF/C è stata delineata dapprima dal documento recante *“Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77”*, adottato in sede di Conferenza delle Regioni in data 10/09/2020²⁷ e successivamente dal decreto ministeriale 77/2022²⁸, entrato in vigore il 7 luglio 2022, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, che definisce l'IFoC come *“la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola.”*²⁹.

Il decreto ha mantenuto lo standard di 1 Infermiere di Famiglia o comunità ogni 3.000 abitanti.

²⁷ Per maggiori dettagli si veda la deliberazione della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Friuli Venezia Giulia n. 43/2022, pag. 86 ss.

²⁸ Si vedano anche le *“Linee di indirizzo infermiere di famiglia o comunità”* elaborate da AGENAS

²⁹ In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o comunità:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica;
- promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;
- svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

La carenza di IFoC riscontrata nel precedente referto risultava rilevante alla luce dello standard definito del DM 77 anche se il parametro non ha valenza prescrittiva: ASFO -104, ASUFC -175, ASUGI -123, con uno scostamento dallo standard del DM 77 pari a complessivi - 402 IFoC.

Al fine di procedere ad una progressiva implementazione della figura professionale dell'infermiere di famiglia o comunità sul territorio, con la deliberazione della Giunta regionale del 14 ottobre 2022, n. 1484, successivamente aggiornata con la deliberazione 10 maggio 2024, n. 659, la Regione ha fornito apposite linee di indirizzo alle aziende del servizio sanitario regionale per delineare il modello assistenziale, gli indirizzi organizzativi, il profilo delle competenze ed il percorso formativo regionale dell'infermiere di famiglia o comunità, sia in attuazione del decreto legge 34/2022, sia in funzione degli aspetti innovativi introdotti dal DM 77/2022.

La seguente tabella mette a confronto il fabbisogno presunto di IFoC al 30/06/2026 (termine per la completa attivazione di tutte le strutture previste dalla riforma PNRR), calcolato sulla popolazione residente al 31/12/2020, di cui alla DGR 2042/2022 e le assegnazioni di IFoC al 31/12/2024.

Il fabbisogno è stato calcolato sulla base degli standard del DM 77, ove previsti, ovvero degli standard da decreto del Direttore dell'Area dei servizi di assistenza ospedaliera n. 1704 del 28/11/2017.

Tabella 26 - Fabbisogno presunto di IFoC al 30/06/2026 e assegnazioni al 31/12/2024

Azienda	Distretto	Fabbisogno presunto IFoC al 30/6/2026	IFoC assegnati al 31/12/2024
ASFO	Distretto del Noncello - Pordenone	34	17
	Distretto delle Dolomiti Friulane - Maniago	16	12
	Distretto del Sile - Azzano Decimo	18	10
	Distretto del Tagliamento - San Vito	18	10
	Distretto del Livenza - Sacile	21	9
	TOTALE	107	58
ASUFC	Distretto di Cividale (Natisone)	17	10
	Distretto di Tarcento (Torre)	13	6
	Distretto di Udine (Friuli Centrale)	53	7
	Distretto di Tolmezzo (Carnia)	12	9
	Distretto di Gemona del Friuli (Gemonese/Canal del Ferro, Val Canale)	10	8
	Distretto di San Daniele (Collinare)	15	7
	Distretto di Codroipo (Medio Friuli)	17	9

Azienda	Distretto	Fabbisogno presunto IFoC al 30/6/2026	IFoC assegnati al 31/12/2024
	Distretto di Palmanova (Agro Aquileiese)	19	11
	Distretto di Latisana (Riviera Bassa Friulana)	17	9
	TOTALE	173	76
ASUGI	Distretto Trieste 1	49	25
	Distretto Trieste 2	28	8
	Distretto Alto Isontino	22	7
	Distretto Basso Isontino	24	7
	TOTALE	123	47
TOTALE		403	181

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

ASUFC ha riferito di aver inserito nella suesposta tabella, un fabbisogno di 173 unità, coerente con il dato di popolazione in diminuzione rispetto al dato di popolazione su cui è stato calcolato il fabbisogno contenuto nella delibera di Programma 2042/2022 (175) e, di conseguenza, il fabbisogno formativo.

In ASFO il fabbisogno indicato al 30/06/2026 è pari a 107, poiché sono stati computati anche 3 unità che, avendo già un percorso formativo precedente, non sono stati computati nel fabbisogno formativo specifico di IFoC.

In ASUGI il fabbisogno di 123 IFoC corrisponde al numero dei formati fino al 2026.

2.6.2 Il modello dell'IFoC in Friuli Venezia Giulia e la formazione

La citata DGR 1484/2022, come aggiornata con DGR 659/2024, dopo aver analizzato il contesto demografico ed epidemiologico e illustrato i vari modelli di riferimento per le cure di comunità, fornisce il modello assistenziale dell'IFoC in Friuli Venezia Giulia e gli indirizzi organizzativi.

Con particolare riferimento alla formazione regionale dell'IFoC, la Regione, facendo proprie le considerazioni riportate nel documento approvato in sede di Conferenza delle Regioni nel 2020 sopra citato, ha ritenuto di procedere con la progettazione di iniziative formative che permettano di acquisire competenze specifiche, ma anche di valorizzare l'esperienza acquisita di infermieri motivati e interessati all'ambito territoriale dell'assistenza.

Le sopra citate deliberazioni hanno previsto, altresì, l'istituzione di un Comitato scientifico, composto da rappresentanti della Regione, delle Università degli studi di Udine e Trieste e delle aziende sanitarie, con il compito di assicurare l'adeguatezza e la coerenza dei contenuti

e delle metodologie del corso regionale e definire i requisiti di accesso. Il comitato scientifico ha prodotto un programma formativo articolato in due livelli:

- una forma short dedicata a professionisti che già operano in questa modalità;
- una forma estesa dedicata a tutti i professionisti la cui programmazione è aderente alle linee di indirizzo pubblicate da Agenas nel corso del 2023 per la Formazione dell'IFoC a cui, nel corso del 2024, sono stati adeguati i programmi formativi in essere.

La scelta prioritaria è stata quella di formare i professionisti che operano nell'assistenza domiciliare e territoriale per valorizzare la storia professionale e l'esperienza acquisita.

Il Programma regionale dell'assistenza territoriale di cui alla delibera 2042/2022 ha previsto che l'inserimento formale dell'IFoC nei diversi setting dell'assistenza territoriale sia graduale, sia in relazione all'attivazione dei servizi territoriali previsti, sia in relazione all'avvio della formazione specifica progettata, che coinvolgerà nell'arco del prossimo triennio circa 400 professionisti.

Nel corso dell'istruttoria, la DCS ha evidenziato che ARCS nel 2023 ha dato avvio alle attività finalizzate alla formazione con l'attivazione di diversi corsi, tuttora in atto, ed è inoltre in programma un aggiornamento della policy a seguito dell'adozione del documento Agenas 2023 "Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o comunità".

La determinazione del fabbisogno regionale di infermieri di famiglia o comunità per i servizi attivi nell'anno 2023 è stata effettuata congiuntamente tra la DCS e le aziende, tenendo conto dell'assetto minimo necessario ai sensi del DM 77 e della formazione necessaria.

Di seguito si riporta la tabella sintetica di fabbisogno di IFoC distinto per azienda sanitaria e la ricercata progressiva implementazione sulla base dei programmi di formazione previsti dalle aziende medesime. Il fabbisogno regionale risulta essere pari a 402 (calcolati sulla popolazione residente al 2020, come da DGR 2042/2022).

Nello specifico, nel corso del 2023 sono stati realizzati 2 corsi short e 1 corso esteso per un numero complessivo di persone formate pari a 102; nel 2024, due corsi estesi per un numero complessivo di formati pari a 99.

Le seguenti tabelle illustrano la formazione realizzata nel corso del 2023, quella in corso al 2024, quella programmata per gli anni 2025 e 2026.

Il fabbisogno è stato calcolato sulla base degli standard del DM 77/2022, sulla popolazione residente al 31/12/2020, di cui alla DGR 2042/2022.

Tabella 27 - Fabbisogno di IFoC

Azienda	Popolazione al 31/12/2020 (dgr 2042/2022)	Fabbisogno di IFoC ex DM 77/2022(*)
ASUFC	526.474	175
ASUGI	369.289	123
ASFO	310.502	104
TOT	1.206.265	402

Fonte: Elaborazione della Sezione

Tabella 28 - Formazione IFoC anni 2023 - 2026

Azienda	Fabbisogno IFoC ex DM 77/2022	IFoC formate anno 2023	IFoC formate anno 2024	IFoC previste anno 2025	IFoC previste anno 2026	Totale
ASUFC	175	36	44	43	52	175
ASUGI	123	34	29	38	22	123
ASFO	104	32	26	22	24	104
TOT	402	102	99	103	98	402

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

Nel corso dell'istruttoria ARCS ha precisato che nel numero dei formati nel 2024 sono compresi 43 IFoC che hanno già concluso il percorso e 56 che hanno iniziato il corso in fase di completamento, iniziato a settembre. Inoltre, ha precisato che nel numero dei formandi per l'anno 2025 sono compresi 53 IFoC che hanno già iniziato il percorso formativo e 50 preiscritti per l'edizione di settembre. L'azienda ha, inoltre, sottolineato che nella programmazione dei corsi (2 edizioni all'anno) è necessario considerare alcune variabili (ritiri in itinere o prima dell'inizio del corso) che, sulla base dei dati pregressi, rappresenta il 10% circa. Inoltre, i dati possono variare tra edizioni dello stesso anno sulla base delle uscite non programmabili o mancate adesioni/completamento per motivazioni personali rispetto al dato fotografato ad una certa data, per cui può risultare necessaria una rimodulazione per raggiungere lo standard di riferimento annuale di 100 persone/anno.

Nel corso dell'istruttoria ASUGI ha rilevato che nei distretti dell'Area Isontina sono attivi "ambulatori infermieristici di comunità" con la presenza dell'infermiere domiciliare che svolge funzioni dell'IFoC.

Ogni giorno per alcune ore gli infermieri, prima di assistere l'utente a domicilio, svolgono al loro interno "attività IFoC", non solo prestazioni infermieristiche ma, informazione, educazione, valutazione dei bisogni, integrazione interdisciplinare.

La formazione interprofessionale o disciplinare continua anche attraverso incontri tematici serali rivolti alla popolazione, partecipazione a feste paesane con erogazione di semplici

prestazioni infermieristiche o informative, promozione di corretti stili di vita, passeggiate organizzate ecc. Gli infermieri sono distribuiti per aree territoriali al fine di dare continuità all'assistenza, conoscere la comunità, la famiglia, seguire il care giver e l'utente.

ASUGI riferisce che in quest'ultimo anno, nel distretto Alto isontino, per garantire efficienza al sistema in termini di costi e tempi di percorrenza, è stato riorganizzato anche il parco auto, con la collocazione di alcune auto a Gorizia, altre a Cormons, sede principale del Distretto.

In modo simile, interviene in area giuliana l'infermiere ambulatoriale delle microaree con attività di prestazioni e di educazione/comunicazione. L'attività dell'infermiere è più rivolta al welfare piuttosto che all'attività infermieristica vera e propria. Nelle microaree sono coinvolti l'azienda, il Comune e l'Ater (c.d. portierato sociale). In totale gli infermieri dedicati sono 15 e verranno formati come IFoC.

Dall'istruttoria è emerso, dunque, che sono già presenti sui territori delle diverse aziende ambulatori infermieristici. In particolare, in 22 comuni dei distretti dell'Area Isontina sono stati attivati "ambulatori infermieristici di comunità" con la presenza dell'infermiere domiciliare che svolge funzioni dell'IFoC.

Anche in ogni distretto di ASFO sono già presenti gli ambulatori infermieristici, sebbene al momento non coprono le 12 ore giornaliere previste dalla programmazione regionale di cui alla DGR 2042/2022.

Si evidenzia che, laddove gli ambulatori infermieristici di comunità dovessero confluire nella Cdc di riferimento, tale inserimento potrebbero determinare una criticità di copertura dei territori nel caso in cui l'inserimento nella CdC faccia perdere a dette strutture il livello di prossimità.

2.7 Altro personale (OSS, fisioterapisti, psicologi, amministrativi, ecc.)

Il fabbisogno di personale non riguarda solo gli infermieri. La seguente tabella illustra la differenza tra il fabbisogno presunto del personale individuato per tipologia e secondo gli standard previsti dal DM 77: OSS, amministrativi, assistenti sociali, fisioterapisti (compresi tecnici della riabilitazione) psicologi e altro personale nell'ambito dell'assistenza territoriale alla data del 30 giugno 2026 fissata per la completa attivazione di tutte le strutture previste dalla riforma PNRR, e il personale assegnato al 31/12/2024 nelle singole aziende.

Il fabbisogno riportato nelle seguenti tabelle è calcolato sulla base degli standard minimi del DM 77 per COT, CdC e OdC; per l'ADI e l'hospice sono stati utilizzati gli standard di cui al decreto 1704/2017.

Ai fini del calcolo è stata presa in considerazione l'assistenza territoriale limitatamente alle strutture/servizi connessi alla riforma PNRR e, comprendenti pertanto: le Centrali operative territoriali, tutte le strutture intermedie (Case della comunità, Ospedali di comunità, Hospice, Suap, PACU, ecc.), l'ADI, il PUA, con esclusione del Dipartimento delle dipendenze e della salute mentale e il Dipartimento di prevenzione.

In nessuna delle aziende è previsto un fabbisogno di assistenti sociali o di altra tipologia di personale.

Tabella 29 - Fabbisogno presunto di personale

Azienda	OSS		Amministrativi		FKT		Psicologi	
	Fabbisogno presunto al 30/6/2026	Assegnati al 31/12/2024	Fabbisogno presunto al 30/6/2026	Assegnati al 31/12/2024	Fabbisogno presunto al 30/6/2026	Assegnati al 31/12/2024	Fabbisogno presunto al 30/6/2026	Assegnati al 31/12/2024
ASFO	72	54	7	0	39	31	1	1
ASUFC	250	219	0	0	154	85	0	0
ASUGI	280	222	0	0	153	112	1	0
TOT	602	495	7	0	346	228	2	1

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

I dati indicati dalle aziende nella tabella su esposta sono comprensivi del personale riferito a servizi esternalizzati. In particolare, 7 OSS in ASFO, 57 OSS e 10 FKT in ASUFC e 76 OSS e 28 FKT in ASUGI.

Se si confronta il dato delle assegnazioni del personale al 31/12/2024 e il fabbisogno presunto alla data di completa attuazione della riforma di cui al PNRR, risulta che le aziende dovranno provvedere complessivamente all'acquisizione di 107 OSS e 118 fisioterapisti da oggi a metà 2026, così suddiviso: ASFO 18 OSS e 8 FKT, ASUFC 31 OSS e 69 FKT, ASUGI 58 OSS e 41 FKT. Conclusivamente con riferimento al personale infermieristico parrebbe che le strutture stiano riassorbendo il personale assunto durante l'emergenza e quindi, per il 2024, non si pone un problema di carenza per l'assistenza territoriale. Per gli anni 2025 e 2026 il fabbisogno potrebbe diventare una criticità, anche alla luce degli esiti dell'ultimo concorso, che potrà essere in parte mitigato da una organizzazione più razionale ed efficiente delle risorse. Le aziende, infatti, dovranno provvedere all'acquisizione di complessive 233 unità di personale infermieristico da

qui a metà 2026 (fabbisogno presunto al 30/06/2026, di cui alla tabella 25, meno gli assegnati al 31/12/2024, di cui alla tabella 24).

Con riferimento agli IFoC, la formazione sta procedendo e non sembrano sussistere particolari carenze o criticità nemmeno nei prossimi anni anche se, alla luce dell'organizzazione dell'assistenza territoriale che va delineandosi e delle competenze richieste, nell'ambito della provvista generale di infermieri, appare prevalente la necessità di provvista di IFoC che richiedono una formazione ulteriore e specifica.

Con riferimento al reclutamento dell'altro personale, la situazione appare più critica. Le aziende, infatti, hanno previsto un fabbisogno presunto complessivo di 107 oss e 118 professionisti della riabilitazione che dovrà essere "reclutato" entro giugno 2026, al fine di garantire l'effettività dei servizi.

3. Le forme organizzative

Come noto, le forme organizzative mono professionali, 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 introdotte nel nostro ordinamento dal decreto Balduzzi³⁰.

A livello regionale le forme organizzative sono state da ultimo disciplinate dall'art. 16 della legge regionale 22/2019³¹, che ha fatto salve le forme organizzative in essere, costituite sulla base della normativa previgente³².

Sul punto, per maggiori dettagli, si rinvia alla deliberazione di questa Sezione regionale di controllo del 14 luglio 2022, n. FVG/43/2022/FRG.

Attualmente, quindi, sono ancora operative in regione le AFT dei MMG e PLS e le nuove Medicine di gruppo integrate dei MMG intese quali forme associative costituite ed avviate su iniziativa dei medici convenzionati, le quali cesseranno secondo le modalità che dovranno essere definite dal nuovo accordo integrativo regionale, in attuazione di quanto previsto

³⁰ Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

³¹ Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 (Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria).

³² Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria). Ai sensi dell'art. 20 le forme organizzative di assistenza primaria sono:

a) le aggregazioni funzionali territoriali (AFT);

b) la medicina di gruppo;

c) i centri di assistenza primaria che svolgono le funzioni delle unità complesse di cure primarie;

d) i presidi ospedalieri per la salute.

prima, dalla DGR del 28 ottobre 2022, n. 1597 (Atto di programmazione volto a istituire forme organizzative mono professionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici della medicina convenzionata alle forme organizzative multiprofessionali. Adozione), secondo i criteri definiti dagli ACN 2022³³ e poi, a seguito dei nuovi ACN³⁴, con DGR del 6 dicembre 2024, n. 1864, recante "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".

3.1 La programmazione

Il nuovo atto di programmazione di cui alla citata DGR 1864/2024, che sostituisce il precedente atto di programmazione approvato con la DGR 1597/2022, si inserisce nel quadro generale della riforma della rete di assistenza sanitaria territoriale ai sensi del PNRR e tiene conto dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN previsti DM 77 che, si legge nella deliberazione, verranno applicati compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali della Regione Friuli Venezia Giulia.

In esso si prevede il superamento del precedente modello della continuità assistenziale basato fondamentalmente sulle sedi del servizio di continuità dell'assistenza (ex guardia medica), in attuazione dell'ACN 2024 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), tenendo conto altresì degli Accordi stipulati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. 281/1997, relativamente al documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale"³⁵ e del documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117"³⁶.

Si prevede, inoltre, la cessazione delle AFT e delle nuove Medicine di gruppo integrate esistenti, secondo quanto previsto dall'atto di programmazione stesso che richiama e applica

³³ ACN 2022 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta.

³⁴ ACN 2024 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali, resi esecutivi in data 04/04/2024 e dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo in data 25/07/2024, tutti relativi al triennio 2019-2021.

³⁵ Atto n. 36/CSR del 7 febbraio 2013.

³⁶ Atto n. 221/CSR del 24 novembre 2016.

integralmente la disciplina ed i compiti relativi alle AFT e alle UCCP previsti dai nuovi ACN 2024 dei medici convenzionati. La piena attuazione di quanto previsto negli ACN dei medici convenzionati e nell'atto di programmazione sarà progressivamente raggiunta attraverso la sottoscrizione degli AIR 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 alle nuove forme organizzative.

L'atto di programmazione di cui alla DGR 1864/2024, integra il nuovo modello dell'assistenza territoriale disciplinato dal DM 77, implementato in regione dalla DGR 2042/2022, con le forme organizzative della medicina convenzionata, secondo i criteri previsti dai nuovi accordi collettivi nazionali della medicina convenzionata e, in particolare, **intende programmare l'utilizzo dei medici per lo svolgimento dell'attività oraria presso le sedi delle AFT, UCCP, Case della comunità hub e spoke³⁷.**

Il citato atto di programmazione prevede dunque che, in armonia con le previsioni degli ACN, i medici convenzionati svolgono la propria attività individualmente e in integrazione della propria AFT³⁸ e partecipano inoltre alle attività della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) di riferimento coordinandosi con gli altri professionisti del sistema territoriale e integrando le attività anche per mezzo delle Centrali operative territoriali, strumento di gestione delle transizioni tra setting assistenziali e di cura al servizio del Distretto e della rete di cure territoriali.

Come evidenziato nella deliberazione della Giunta regionale 2042/2022, la rete rappresentata dagli studi singoli dei MMG e dei PLS³⁹ in coordinamento all'interno di ogni AFT continua, comunque, a costituire ancora un fondamentale presidio di prossimità, in particolare modo nei piccoli comuni, nelle aree interne e montane, nelle piccole isole e nelle periferie urbane.

³⁷ Si ricorda che il target del POR allegato al CIS aggiornato alla d.g.r. 1850 del 23/11/2023, prevede il complessivamente 23 CdC di cui 19 hub e 4 spoke finanziate dal PNRR, così suddivise fra le aziende sanitarie regionali: ASUFC 10 hub e 1 spoke, ASUGI 5 hub e 2 spoke, ASFO 4 hub e 1 spoke, alle quali si aggiungono 9 CdC di cui 3 hub e 6 spoke finanziate con fondi regionali extra PNRR: ASUFC 3 spoke, ASUGI 3 spoke e ASFO 2 hub.

³⁸ I medici convenzionati, infatti, sono tenuti ad operare all'interno del nuovo assetto definito dall'Atto di programmazione regionale e ad aderire 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 da formale adesione dei singoli medici. Tra gli obiettivi è incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli AIR, costituisce la base per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.

³⁹ 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.

3.2 Le Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)

Come previsto dall'art. 9 del ACN 2024, le UCCP operano in forma integrata all'interno di Case della comunità che verranno realizzate secondo il cronoprogramma compreso nel Piano operativo regionale in attuazione del PNRR⁴⁰, con una sede di riferimento (hub) ed eventuali altre sedi (spoke). Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'azienda sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi della popolazione di riferimento.

Il carattere multiprofessionale di tale forma organizzativa, che opera all'interno del modello organizzativo della CdC hub, garantisce, attraverso il coordinamento e l'integrazione dei medici, convenzionati e dipendenti, degli infermieri/IFoC, degli assistenti sociali, degli altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, (quali ad esempio, psicologi, biologi, odontoiatri, ostetriche e professionisti dell'area della prevenzione, della riabilitazione e tecnica), l'assistenza territoriale attraverso un approccio di sanità di iniziativa e contribuisce 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 e organizzazioni presenti sul territorio avvengono attraverso il supporto dei sistemi informatici e delle banche dati disponibili (COT, servizi territoriali, ambulatoriali, specialistica, ecc.) che operano in modalità di cooperazione applicativa tra i software in uso nei diversi setting assistenziali e il fascicolo sanitario elettronico.

Le UCCP programmano le proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento, pianificando, altresì, audit clinici e organizzativi, con il coinvolgimento anche dei referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

Come previsto dagli accordi collettivi nazionali 2024, gli obiettivi ed i livelli di performance della forma organizzativa multiprofessionale sono parte integrante del programma delle attività territoriali.

⁴⁰ Le UCCP trovano collocazione fisica prioritariamente nelle Case della comunità hub. Le AFT dei MMG e PLS sono collegate con le 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.

3.3 Le Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)⁴¹

Le AFT sono forme organizzative monoprofessionali prive di personalità giuridica e sono istituite con provvedimento aziendale.

Le aziende sanitarie regionali istituiscono le nuove AFT garantendo 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.

Le aziende individuano per ogni AFT 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 o per specifici programmi di attività.

Con il provvedimento istitutivo 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.

Le caratteristiche generali delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) sono quelle definite dall'art. 29 dell'ACN MMG 2024.

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;

⁴¹ Per le AFT pediatriche si veda il paragrafo 2.5.1.

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.

Ai sensi del comma 6, dell'art. 29, dell'ACN 2024, i medici del ruolo unico di assistenza primaria, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa e operano, in particolare, per garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi di tutte le età e per contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale, a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con le strutture territoriali di riferimento e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli AIR, costituisce un elemento per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.

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

Nel corso dell'istruttoria la DCS ha riferito che il nuovo ACN 2024 ha reso necessario rielaborare l'accordo avviato per l'attuazione dell'ACN 2022, alla luce della completa attivazione del ruolo unico dei medici di assistenza primaria che porterà all'attribuzione di incarichi misti a ciclo di scelta e ad attività oraria e alla possibilità di utilizzare i medici nelle Case della comunità. L'AIR in corso di discussione dovrà ora tenere conto anche dell'aggiornamento della programmazione regionale di cui alla sopra citata DGR 1864/2024 che individua l'articolazione territoriale delle AFT dei MMG, come da tabelle che seguono:

Tabella 30 - Articolazione territoriale delle AFT dei MMG in ASFO

Azienda	Distretto	Cdc sede Uccp	AFT	N. medici per Aft	Comuni di afferenza	Residenti al 01/01/2024 (fonte Istat)	Cdc spoke	Altre sedi erogative Uccp
ASFO	Distretto del Noncello - Pordenone	Pordenone	Cordenons	23	Cordenons Zoppola Roveredo in Piano S. Quirino	36.294	Cordenons	
			Porcia	11	Porcia	14.945		
			Pordenone	37	Pordenone	52.344		
	Distretto delle Dolomiti Friulane - Maniago	Spilimbergo	Spilimbergo	15	Spilimbergo Castelnuovo del Friuli Pinzano al Tagliamento Vito d'Asio Clauzetto	19.259		

Stato di attuazione della riforma dell'assistenza territoriale nella prospettiva PNRR - Referto sugli esiti della deliberazione n. 43/2022/FRG

Azienda	Distretto	Cdc sede Uccp	AFT	N. medici per Aft	Comuni di afferenza	Residenti al 01/01/2024 (fonte Istat)	Cdc spoke	Altre sedi erogative Uccp	
					Sequals Travesio				
		Maniago	Maniago	19	Maniago Arba Andreis Barcis Cavasso Nuovo Cimolais Claut Erto e Casso Fanna Frisanco-Vajont Meduno Montereale Valcellina Vivaro Tramonti di Sopra Tramonti di Sotto	27.682			
	Distretto del Sile - Azzano Decimo	Azzano Decimo	Azzano Decimo	12	Azzano Decimo Pravidomini	19.232			
			Pasiano di Pordenone	12	Pasiano di Pordenone Prata di Pordenone	16.195			
			Fiume Veneto	11	Fiume Veneto Chions	16.884			
	Distretto del Tagliamento - San Vito	San Vito al Tagliamento	Casarsa della Delizia	12	Casarsa della Delizia S. Giorgio della Richinvelda S. Martino al Tagliamento Valvasone-Arzene	18.280			
			S. Vito al Tagliamento	19	S. Vito al Tagliamento Cordovado Morsano al Tagliamento Sesto al Reghena	26.959			
	Distretto del Livenza - Sacile	Sacile	Sacile	30	Sacile Brugnera Caneva	35.553			
			Fontanafredda	12	Fontanafredda Aviano Budoia Polcenigo	27.522			
	TOTALE						311.149		

Fonte: dati tratti dalla deliberazione della Giunta regionale 1864/2024

Tabella 31 - Articolazione territoriale delle AFT dei MMG in ASUFC

Azienda	Distretto	Cdc sede Uccp	AFT	N. medici per Aft	Comuni di afferenza	Residenti al 01/01/2024 (fonte Istat)	Cdc spoke	Altre sedi erogative Uccp
ASUFC	Distretto di Cividale (Natisone)	Cividale del Friuli	1 Cividale del Friuli	17	Cividale del Friuli Torreano Drenchia Grimacco Moimacco Prepotto Pulfero Remanzacco S. Leonardo S. Pietro al Natisone Savogna d'Isonzo Stregna	23.335		
			1 Manzano	15	Manzano Buttrio Corno di Rosazzo Premariacco S. Giovanni al Natisone	26.095	Manzano	
	Distretto di Tarcento (Torre)	Tarcento	1 Tarcento	25	Attimis Cassacco Faedis	39.712		

Stato di attuazione della riforma dell'assistenza territoriale nella prospettiva PNRR - Referto sugli esiti della deliberazione n. 43/2022/FRG

Azienda	Distretto	Cdc sede Uccp	AFT	N. medici per Aft	Comuni di afferenza	Residenti al 01/01/2024 (fonte Istat)	Cdc spoke	Altre sedi erogative Uccp
					Lusevera Magnano in Riviera Nimis Povoletto Reana del Rojale Taipana Tarcento Tricesimo			
	Distretto di Udine (Friuli Centrale)	Udine	4 Udine centro	27	Udine	38.354*		
			2 Udine centro	16	Udine	21.531*		
			1-3 Udine Nord	29	Udine Martignacco Pagnacco Tavagnacco	39.270*	Tavagnacco	
			5 Udine Ovest	14	Udine Campoformido Pasian di Prato Pozzuolo del Friuli	19.500*	Zugliano	
			6 Udine Sud	16	Udine Pavia di Udine Pradamano	21.654*	Zugliano	
	Distretto di Tolmezzo (Carnia)	Tolmezzo	1 Tolmezzo	20	Tolmezzo Amaro Ampezzo Arta Terme Cavazzo Carnico Cercivento Comeglians Enemonzo Forni Avoltri Forni di Sopra Forni di Sotto Lauco Ovaro Paluzza Paularo Prato Carnico Preone Ravashletto Raveo Rigolato Sappada Sauris Socchieve Sutrio Treppo Ligosullo Verzegnis Villa Santina Zuglio	35.999		Ampezzo Ovaro Paluzza
	Distretto di Gemona del Friuli (Gemonese/Canal del Ferro, Val Canale)	Gemona del Friuli	1 Gemona del Friuli	18	Gemona del Friuli Artegna Bordano Moggio Udinese Montenars Osoppo Trasaghis Venzona	21.371		
		Tarvisio	1 Tarvisio	6	Tarvisio Chiusaforte Dogna Malborghetto-Valbruna Pontebba Resia Resiutta	9.659		
	Distretto di San Daniele (Collinare)	S. Daniele del Friuli	S. Daniele del Friuli	14	S. Daniele del Friuli Coseano Dignano	21.800		

Stato di attuazione della riforma dell'assistenza territoriale nella prospettiva PNRR - Referto sugli esiti della deliberazione n. 43/2022/FRG

Azienda	Distretto	Cdc sede Uccp	AFT	N. medici per Aft	Comuni di afferenza	Residenti al 01/01/2024 (fonte Istat)	Cdc spoke	Altre sedi erogative Uccp	
					Flabiano Folgaria del Friuli Ragogna Rive d'Arcano S. Vito di Fagagna				
			Buja	16	Buja Colloredo di Montalbano Fagagna Majano Moruzzo Treppo Grande	24.375			
	Distretto di Codroipo (Medio Friuli)	Codroipo	1 Codroipo	16	Codroipo Bertiolo Camino al Tagliamento Mereto di Tomba Sedegliano Varmo	28.635			
			1 Mortegliano	14	Mortegliano Basiliano Castions di Strada Lestizza Talmassons	21.050			
	Distretto di Palmanova (Agro Aquileiese)	Palmanova	1 Palmanova	11	Palmanova Bagnaria Arsa Bicinicco Gonars Trivignano Udinese Visco Chiopris-Viscone	18.185			
			1 Cervignano del Friuli	19	Cervignano del Friuli Torviscosa Aiello del Friuli Ruda Terzo d'Aquileia Aquileia Fiemicello Villa Vicentina Campolongo al Torre Tapogliano S.Vito al Torre	35.648	Cervignano del Friuli		
	Distretto di Latisana (Riviera Bassa Friulana)	Latisana	1 Latisana	19	Latisana Lignano Sabbiadoro Palazzolo dello Stella Precenicco Rivignano-Teor Ronchis	32.474			
			1 S. Giorgio di Nogaro	11	S. Giorgio di Nogaro Carlino Marano Lagunare Muzzana del Turgnano Pocenia Porpetto	16.421			
	TOTALE						495.068		

*assistiti al 03/07/2024

Fonte: dati tratti dalla deliberazione della Giunta regionale 1864/2024

Tabella 32 – Articolazione territoriale delle AFT dei MMG in ASUGI

Zianda	Distretto	Cdc sede Uccp	AFT	N. medici per AFT	Comuni di afferenza	Residenti al 01/01/2024 (fonte Istat)	Cdc spoke	Altre sedi erogative Uccp		
ASUGI	Distretto Trieste 1	Trieste via Sai, 5	7 Rozzol	13	Trieste	20.000				
			8 S. Giovanni	16	Trieste	25.850				
		Trieste via Pietà, 2/1	3 Città Nuova	15	Trieste	24.304				
			4 S. Giacomo	21	Trieste	35.369				
	Distretto Trieste 2	Trieste via Valmaura, 59	2 Roiano	22	Trieste	37.540	via Stock, 2			
			5 Domio	19	Trieste	33.058				
		Muggia via C. Battisti, 6	6 Muggia	12	Muggia S. Dorligo della Valle	22.911				
	1 Altopiano		14	Monrupino Sgonico Duino Aurisina	19.221	Duino-Aurisina	Duino-Aurisina			
	Distretto Alto Isonzino	Gorizia	1 Gorizia	18	Gorizia Mossa S. Floriano del Collio Savogna d'Isonzo San Lorenzo isontino Farra d'Isonzo Gradisca d'Isonzo Villesse	37.455				
					1 Cormons Gradisca d'Isonzo	11	Cormons Capriva del Friuli Dolegna del Collio Medea Moraro Romans d'Isonzo Mariano del Friuli	26.940	Cormons Gradisca d'Isonzo	
	Distretto Basso Isonzino	Monfalcone	1 Monfalcone	20	Monfalcone Staranzano	36.715				
					1 Doberdò Ronchi	16	Doberdò del Lago Ronchi dei Legionari Fogliano-Redipuglia San Canzian d'Isonzo San Pier d'Isonzo Sagrado Turriaco	28.967		
							1 Grado	4	Grado	7.663
	TOTALE						355.993			
	TOTALE						1.162.210			

Fonte: dati tratti dalla deliberazione della Giunta regionale 1864/2024

In sede di contraddittorio **ASUGI e ASUFC** hanno riferito di aver già segnalato alla Regione la **necessità di rettificare l'Atto di programmazione** di cui alla deliberazione della Giunta regionale 1864/2024, con **riferimento alla definizione degli ambiti territoriali riferiti ad alcune AFT.**

Le attuali forme organizzative di tipo associativo (AFT, MGI), pertanto, verranno assorbite nelle nuove forme organizzative AFT e UCCP

Al fine di consentirne l'avvio entro il 30/06/2025, le Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2025, prevedono che entro febbraio 2025 la Regione formalizzi i

regolamenti di funzionamento delle AFT; entro aprile 2025 le aziende stipulino gli accordi aziendali per il funzionamento delle AFT dei MMG, dei PLS e dei SAI⁴² e individuino i relativi referenti entro maggio 2025.

La situazione al 31/12/2024 della nuova medicina di gruppo integrata è illustrato nella seguente tabella.

Tabella 33 - Nuove Medicine di Gruppo Integrate esistenti al 31/12/2024

Situazione della nuova medicina di gruppo integrata al 31/12/2024	ASUFC	ASUGI	ASFO	Totale
n. medici per Azienda (*)	312	183	172	667
totale assistiti in carico	441.577	285.390	263.260	990.227
n. nuove medicine di gruppo integrate	31	18	22	71
n. medici aderenti NMGI	285	173	168	626
totale assistiti in carico NMGI	413.718	271.536	258.670	943.924
n. medici singoli	27	10	4	41
totale assistiti in carico medici singoli	27.859	13.854	4.590	46.303

(*) medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta in servizio a tempo indeterminato alla data del 31/12/2024

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

Il numero dei medici al 31/12/2024 indicato dalle Aziende fa riferimento ai medici con contratto a tempo indeterminato e, unicamente per ASFO, tiene conto anche dei medici con incarico provvisorio, i quali in virtù dell'AIR recepito con deliberazione della Giunta regionale 1552/2001, possono partecipare alla forma associativa.

In ASFO solo 4 medici non sono inseriti nelle medicine di gruppo. In ASUFC i medici singoli sono 27, mentre in ASUGI sono 10. In taluni casi si tratta di situazioni complesse di medici che comunque sono prossimi alla pensione. In altri casi, la conformazione territoriale (specie nel territorio montano) non consente l'aggregazione.

Nel corso dell'istruttoria tutta le aziende hanno confermato che nei rispettivi territori non sono presenti né le UCCP (quali forme organizzative che dovranno essere presenti nelle CdC) né le AFT, nella nuova concezione di forma organizzativa erogativa.

È stato evidenziato, inoltre, che la partecipazione alle MGI è un obbligo che tuttavia non è sanzionato, anche se, come emerge dalla tabella sopra riportata, ormai sono pochi i medici che non ne fanno parte, presumibilmente anche alla luce di due elementi:

⁴² Specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.

- che lo svolgimento dell'attività in integrazione della propria AFT da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria diviene condizione irrinunciabile per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN (e verrà organizzata secondo il regolamento aziendale definito nel Comitato aziendale);

- che la valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli AIR, costituisce un elemento per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT (art. 29, ACN MMG 2024, art. 28 ACN PLS 2024).

Conclusivamente la Sezione rileva che ormai sono pochi i medici fuori dalle forme organizzative, principalmente a causa della conformazione del territorio, nella specie in montagna. E' emerso, tuttavia, che al 31/12/2024 le forme organizzative AFT erogative e UCCP non risultano ancora istituite sul territorio regionale.

4. La riforma PNRR e i fabbisogni di personale

Come già evidenziato dal presente referto, la riforma dell'assistenza territoriale è fortemente connessa alla realizzazione fisica delle strutture sanitarie sul territorio previste dal PNRR.

Il programma dell'assistenza territoriale di cui alla più volte citata DGR 2042/2022, dando attuazione al DM 77, fornisce una serie di indicazioni con riferimento a tali strutture:

- le CdC sono le strutture di prossimità fondamentali che hanno l'obiettivo di essere il punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria per la popolazione di riferimento;

- ogni CdC deve offrire servizi di base, come la medicina generale, e specialistici, in base alle necessità del territorio (Cdc hub o spoke);

- viene stabilita una rete di CdC, ciascuna con un'adeguata dotazione di personale sanitario, inclusi medici di medicina generale, pediatri, infermieri, assistenti sociali, e specialisti;

- viene sottolineata l'importanza di un coordinamento efficace tra le CdC e le altre strutture sanitarie e sociali sul territorio, per garantire una presa in carico completa e integrata dei pazienti, attraverso il raccordo operato dalle Centrali operative territoriali (COT);

- gli OdC sono strutture intermedie tra il domicilio del paziente e l'ospedale, destinate a pazienti che necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità;

- gli OdC sono dotati di un team multidisciplinare che include medici, infermieri, riabilitatori, psicologi e assistenti sociali.
- gli OdC sono parte integrante della rete territoriale dei servizi sanitari e sociali, lavorando in stretta collaborazione con le CdC e le altre strutture sanitarie;
- viene promosso l'uso di tecnologie digitali, come la telemedicina per migliorare l'accesso alle cure e la gestione dei pazienti, specialmente nelle aree più remote.

Con riferimento alle strutture previste dal PNRR, si ritiene, in questa sede di descrivere brevemente la funzione delle strutture, rinviando la disamina di dettaglio a quanto ampiamente illustrato nel precedente referto di cui alla deliberazione FVG/43/2022/FRG.

Con riferimento ai fabbisogni di personale, il presente referto fotografa la situazione dei fabbisogni di personale alla data del 31/12/2024, con una proiezione del fabbisogno presunto al 2025 e al 2026, partendo dalla simulazione di fabbisogni di personale riferito alle Casa della comunità, ai Punti salute di comunità, agli Ospedali di comunità e agli Hospice, in attuazione delle progettualità e degli standard previsti dal DM 77, contenuta nella DGR 2042/2022, come meglio illustrato nel paragrafo relativo al Fabbisogno di personale.

4.1 Assistenza domiciliare integrata (ADI)

Le **cure domiciliari** sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza e riabilitazione.

L'art. 19 della LR 22/2019 fa riferimento alle cure domiciliari nell'ambito delle attività, dei servizi e delle prestazioni erogabili a livello di assistenza distrettuale, assicurando percorsi assistenziali e riabilitativi a domicilio consistenti in un insieme organizzato di trattamenti al fine di stabilizzare il quadro clinico della persona, promuovere l'autonomia e il recupero funzionale e migliorarne la qualità della vita. Inoltre, dichiara che l'organizzazione delle attività e dei servizi per l'erogazione delle cure domiciliari deve rispondere ai criteri di prossimità, di continuità e di integrazione con le risorse presenti nelle comunità servite secondo i principi dell'assistenza primaria orientata alla comunità.

Il DM 77, sottolinea che le cure domiciliari, nelle forme previste nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire interventi a diverso livello di

intensità e complessità nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Come previsto da DM 77 il servizio di cure domiciliari deve garantire la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina.

Le risposte assistenziali differenziate per intensità e complessità vengono espresse all'interno di un **Progetto di Assistenza Individuale (PAI)** che comprende, quando necessario, anche il Piano Riabilitativo Individuale (PRI).

Il fabbisogno di personale, sia in termini numerici che di professionalità, deve essere proporzionato alla tipologia di attività erogata, in particolare **i team di cura dovranno essere composti da medici e** IFoC, professionisti della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altre figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI.

Nel corso dell'istruttoria, la DCS ha evidenziato che fanno parte delle cure domiciliari anche le Cure palliative domiciliari. La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono, infatti, affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare le équipe assistenziali multiprofessionali dedicate o specificatamente formate vengono denominate Unità di cure palliative domiciliari (UCP - DOM), che operano attraverso il servizio di cure palliative domiciliari (CPD), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7 (standard da DM 77), e che necessitano di professionisti con competenze distintive rispetto all'ADI.

La deliberazione della Giunta regionale del 12 maggio 2023, n. 745, ha approvato in via definitiva il POR per l'esecuzione degli interventi PNRR di cui al sub investimento M6C1 - 1.2.1 (Casa come primo luogo di cura - Assistenza Domiciliare), che prevede un progressivo

incremento degli ultra 65enni presi in carico con target predefiniti annuali, secondo la distribuzione di cui alla tabella che segue, assegnata alla Regione Friuli Venezia Giulia, **fino a raggiungere la copertura del 10% degli over 65 nel 2025** (il dato sarà consolidato nei primi mesi del 2026).

La tabella di cui al decreto interministeriale 23/01/2022 riporta i target annuali solamente a livello regionale, pertanto, per effettuare il computo del raggiungimento della soglia a livello aziendale, ARCS ha riproporzionato i target tra le tre aziende in base alla popolazione over 65 residente.

Tabella 34 - Obiettivi annuali ADI PNRR: Over 65. La baseline al 2019 è stata indicata da Agenas.⁴³

Azienda	Target 2019	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025
ASUFC	7.492	10.755	12.672	14.577	15.042
ASUGI	5.608	7.843	9.241	10.631	10.899
ASFO	4.008	5.807	6.842	7.871	8.163
TOT. FVG	17.108	24.405	28.755	33.097	34.105

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

La DCS ha rilevato che, a livello di prospettive future e nell'ottica che vede il domicilio come primo luogo di cura, **l'ADI riveste un ruolo primario al fine di tutelare la popolazione più fragile**. La vera sfida sarà quella dell'appropriatezza per evitare che la crescente domanda di prestazioni sociosanitarie possa saturare l'offerta disponibile.

In sede istruttoria, ARCS ha precisato che nel corso del 2023 sono state poste in essere attività di intensificazione del processo valutativo dei pazienti e di monitoraggio delle attività che hanno permesso di valorizzare le prese in carico e raggiungere il target previsto. Ha chiarito, inoltre, che ai fini dell'inserimento di un assistito in ADI per il raggiungimento del target PNRR del 10% di over 65 presi in carico entro il 31/12/2025 (implicante il caricamento del dato nel flusso ministeriale), sono necessari i seguenti requisiti: **presenza di una diagnosi**, presenza di una valutazione multidimensionale (c.d. scheda **Valgraf**) e di un **piano di assistenza individuale**. In mancanza dei suddetti requisiti, la presa in carico dell'assistito over 65 non entra nel computo dell'obiettivo PNRR del 10% di over 65 presi in carico entro il 31/12/2025. La seguente tabella illustra i dati relativi al grado di raggiungimento degli obiettivi annuali di presa in carico (PIC) della popolazione ultra 65enne, secondo i target fissati dal decreto interministeriale del 23/01/2022, pubblicato in GU n. 55 del 06/03/2023, finalizzati al

⁴³ Si precisa che i target 2025 indicati nella tabella 37 si discostano lievemente dai target 2025 indicati nelle Linee annuali 2025 a causa di alcuni arrotondamenti avvenuti in fase di calcolo del target e precisamente: ASUFC 15.049, ASUGI 10.889 e ASFO 8.167.

raggiungimento dell'obiettivo target per il Friuli Venezia Giulia del 10% (*recte* 10,49%) di presa in carico degli ultra 65enni in attuazione del PNRR.

La presa in carico, come già rilevato, comporta la presenza della diagnosi, della valutazione multidimensionale e del piano di assistenziale individuale.

La colonna "N° over 65 residenti" rappresenta i residenti, utilizzati dal cruscotto NSIS (nuovo sistema informativo sanitario), di età pari o superiore ai 65 anni, a prescindere dal domicilio sanitario (dato Istat al 1/1/2023).

La colonna "**N° soggetti in ADI**" rappresenta gli assistiti, presenti sul cruscotto NSIS, di età pari o superiore a 65 anni presi in carico (PIC) nei termini sopra specificati, nell'anno considerato.

Tabella 35 - Avanzamento della presa in carico over 65 rispetto al target finale del 10% (10,49%)

Azienda	N. over 65 residenti	2022		2023		2024*	
		N° soggetti in ADI	% su popolazione	N° soggetti in ADI	% su popolazione	N° soggetti in ADI	% su popolazione
ASUFC	141.805	4.439	3,1%	12.816	9,0%	14.874	10,5%
ASUGI	102.750	3.721	3,6%	10.105	9,8%	11.069	10,8%
ASFO	76.957	3.678	4,8%	6.705	8,7%	8.645	9,8%
TOT FVG	321.512	11.838	3,7%	29.626	9,2%	34.588	10,8%

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 574 del 21/03/2025

Come emerge dalla tabella, l'obiettivo incrementale previsto dal DM 23 gennaio 2023 per la Regione FVG per gli anni 2023 e 2024⁴⁴ è stato ampiamente raggiunto.

In ASFO l'assistenza domiciliare è garantita a tutti gli assistiti residenti e domiciliati nel territorio ASFO⁴⁵ che necessitano di valutazione e cure a domicilio. L'assistenza domiciliare prevede l'integrazione delle cure mediche, infermieristiche, riabilitative, di assistenza di base, in integrazione anche ai servizi sociali dei Comuni, e la medicina generale.

Nell'anno 2023 è stata implementata l'attività, riorganizzando i processi assistenziali di programmazione e attuazione della valutazione e presa in carico, per rispondere alla richiesta di incrementare la presa in carico dei pazienti over 65, come previsto dagli obiettivi PNRR, raggiungendo l'obiettivo finale di competenza.

In ASUGI la continuità dell'assistenza viene supportata dagli ICA (infermieri di continuità assistenziale) nell'ambito del servizio infermieristico domiciliare (SID). L'attività erogata non è esclusivamente prestazione infermieristica ma anche osservazione igienica del domicilio, piccole attività integrate all'assistenza domiciliare erogata dal Comune, educazione alla

⁴⁴ Il dato 2024 è stato pubblicato sul sito NSIS, aggiornato al 15 marzo 2025.

⁴⁵ Nella provincia di Pordenone con 310.133 abitanti, 76.081 sono gli over 65.

famiglia, all'utente e alla popolazione. La cartella multiprofessionale a domicilio riporta il piano assistenziale dell'utente utilizzato dai medici e del personale delle professioni sanitarie (infermieri, assistenti sanitari, fisioterapisti, dietiste). La scheda di continuità riporta il piano assistenziale dall'ospedale al territorio e viceversa.

La seguente tabella illustra la dotazione organica complessiva al 31/12/2024 del personale impiegato per l'assistenza domiciliare integrata, con la specificazione di quello impiegato per l'ADI over 65 (comprendente gli assistiti di età pari o superiore ai 65 anni), la cui presa in carico è oggetto di obiettivo PNRR.

Tabella 36 - Dotazione organica complessiva ADI al 31/12/2024 con la specifica relativa alla dotazione organica dell'ADI over 65.

DOTAZIONE ORGANICA ADI AL 31/12/2024 (UNITA')	ADI			di cui ADI over 65		
	ASFO	ASUFC	ASUGI	ASFO	ASUFC	ASUGI
INFERMIERI (compresi i coordinatori infermieristici)	109	193	158	stessa equipe	stessa equipe	147
<i>di cui INFERMIERI DI COMUNITA'</i>	56	76	47			47
PROFESSIONISTI DELLA RIABILITAZIONE (logopedisti, ecc.)	29	40	84			61
ASSISTENTI SOCIALI (solo dipendenti SSR)	0	0	0	0	0	0
ALTRO PERSONALE (amministrativo, tecnico sanitario e anche alle dipendenze del comune)	0	16	0	0	0	0

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

Nel personale considerato ASUFC ha riferito di non aver computato le 38,5 unità afferenti al distretto di Udine, in quanto personale esternalizzato.

In ASUGI i 61 terapisti della riabilitazione sono assegnati ai Distretti e svolgono l'attività a domicilio, ma anche presso le RSA e gli ambulatori distrettuali. Nell'ADI di ASUGI opera un'equipe dedicata alla classe di età 0-18 anni. Inoltre, nei Distretti dell'Area Isontina sono attivi due Servizi di Assistenza domiciliare integrata con circa 50 infermieri complessivi, la cui attività comprende le prestazioni infermieristiche a domicilio e negli ambulatori infermieristici dei Comuni, l'assistenza ai disabili minori a domicilio o durante le attività di vita quotidiana (frequenza scolastica, ecc.).

L'attività in area isontina viene garantita 7 gg su 7 con turnazione sulle 12 ore da lunedì a sabato; la domenica l'attività domiciliare è erogata al mattino.

In area giuliana l'assistenza domiciliare viene garantita 7 gg su 7 con turnazione sulle 12 ore oltre alla pronta disponibilità notturna e festiva. Gli infermieri di area giuliana rispondono con

prestazioni infermieristiche domiciliari, ai minori, alle residenze, alle microaree, dove vi sono ulteriori 15 infermieri.

I fisioterapisti di area isontina che si occupano delle attività territoriali (ambulatori, rsa, domicilio, consulenza per ausili nelle case di riposo) e quelli dell'area giuliana (per ambulatori, domicilio e domiciliare) non sono sufficienti per erogare la richiesta complessiva. Per garantire la copertura del 10% della popolazione over 65 come richiesto dal PNRR, ASUGI ha individuato il numero di infermieri necessari sulla base dello standard definito da Agenas, (0.9 INFERMIERI ogni 1000 abitanti over 65): servirebbero 58 infermieri per l'area giuliana e 34 per l'area isontina. Tuttavia, in considerazione della riorganizzazione e della presenza attuale di infermieri, il fabbisogno stimato da ASUGI risulta essere di 24 infermieri per l'area giuliana e 16 per l'area isontina.

In particolare, in ASFO sono assegnati alle piattaforme che si occupano di assistenza domiciliare un centinaio di infermieri e 29 professionisti della riabilitazione. Le piattaforme sono forme organizzative trasversali alle singole strutture/servizi che consentono lo spostamento del personale infermieristico all'interno della piattaforma, a seconda della specificità dei pazienti e non della singola struttura cui afferiscono. Le piattaforme infermieristiche presenti in ASFO sono tre: cure intermedie, gestione infermieristica PUA e medicina d'iniziativa, salute mentale.

4.2 Centrali Operativa Territoriale (COT)

La COT rappresenta la linea di sviluppo prevista dalla missione 6 del PNRR e dal decreto ministeriale 77/2022 quale centro di coordinamento dei percorsi di presa in carico. La COT non ha funzione di front office con il cittadino, ma è invece attivabile dai servizi che hanno in carico il paziente sia ospedalieri che territoriali. Tutti gli attori del sistema possono richiedere l'intervento della COT, quindi MMG/PLS/MCA, medici specialisti ambulatoriali interni, IFoC e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali, nonché, personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

Lo standard previsto dalla programmazione nazionale e regionale è di 1 COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore, ed è attiva 7/7 giorni. Lo standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti è di 1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto.

Il target della COT sono, quindi, i pazienti presi in carico per i quali deve essere garantita la continuità di cura anche attraverso la revisione del progetto personalizzato e la gestione dei passaggi da un setting all'altro. La COT, quindi, opera esclusivamente sui soggetti in transizione, ovvero quelli interessati a un passaggio tra servizi.

La Regione Friuli Venezia Giulia con deliberazione della Giunta regionale del 20 settembre 2024, n. 1375, ha attestato il raggiungimento del target per tutte le dodici COT previste dalla programmazione regionale che risultano, quindi, operative.

Rispetto a quanto rilevato nel precedente referto di cui alla deliberazione FVG/43/2022/FRG⁴⁶, il fabbisogno di personale al 31/12/2024 stimato a livello regionale per le COT applicando lo standard massimo è rimasto sostanzialmente invariato.

La seguente tabella illustra il fabbisogno di personale infermieristico e di oss alla data del 31/12/2024 nelle Centrali operative territoriali, sulla base dello standard di cui al DM 77 e il personale effettivamente assegnato al 31/12/2024.

Tabella 37 – Fabbisogno di personale nelle COT

AZIENDA	SEDE	PNRR	Fabbisogno infermieri al 31/12/2024	Infermieri assegnati al 31/12/2024	Fabbisogno OSS al 31/12/2024	OSS assegnati al 31/12/2024
ASFO	Pordenone	SI	8	8	2	1
	Sacile	SI	8	8	1	0
	San Vito al Tagliamento	SI	8	8	1	1
	TOTALE	3	24	24	4	2
ASUFC	Cividale del Friuli	SI	5	3	2	0
	Codroipo	SI	6	5	2	1
	Palmanova	SI	6	4	2	2
	Tolmezzo	SI	5	3	1	0
	Udine	SI	8	5	3	1
	TOTALE	5	30	20	10	4
ASUGI	Gorizia	SI	6	6	1	1
	Monfalcone	SI	6	5	1	1
	Trieste, Via Pietà	SI	6	6	1	1
	Trieste, Via Valmaura	SI	6	6	1	1
	TOTALE	4	24	23	4	4
TOTALE COMPLESSIVO		12	78	67	18	10

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

⁴⁶ Fabbisogno massimo regionale stimato per le COT dalla DGR 2042/2022: 72 infermieri e 24 oss

ASFO ha precisato di aver utilizzato il personale attualmente operante nei PUA⁴⁷ ed in altri servizi, che già organizzano le transizioni dei pazienti tra i diversi setting assistenziali, così coprendo totalmente il fabbisogno di infermieri; permane una carenza di oss di 2 unità.

Il fabbisogno individuato da ASUFC è stato calcolato utilizzando lo standard massimo del DM 77 riproporzionato sugli abitanti assicurando, anche nel caso in cui il dato fosse inferiore. Il fabbisogno di 30 infermieri e di 10 oss è coperto solo in parte da 20 infermieri e 4 oss.

In ASUGI la copertura del personale infermieristico delle 4 COT è stata assicurata con la mobilità di personale ospedaliero per l'area isontina, territoriale per la giuliana, con una copertura quasi totale; permane una carenza di 1 unità di personale infermieristico.

Emerge, quindi, che la percentuale di carenza complessiva regionale risulta essere pari al 14% per gli infermieri e al 45% per gli oss.

4.3 Case della comunità (CdC)

La CdC, intesa come forma organizzativa dell'assistenza territoriale e presidio sanitario di un territorio, si sviluppa attorno a un sistema di valori orientati a dare risposta a tutte le fasce di popolazione, rendendo i servizi accessibili, valorizzando la persona come artefice della propria cura, orientando le azioni ai reali bisogni della comunità, utilizzando la comunità come risorsa, luogo privilegiato dell'integrazione sociosanitaria che in questa sede può concretizzarsi anche con la presenza fisica e quindi la condivisione di spazi fisici e professionali ovvero attraverso l'integrazione dei percorsi, di valutazione e presa in carico finalizzati alla realizzazione del progetto personalizzato.

La CdC è anche il riferimento territoriale delle cure primarie e per le cure primarie; infatti, integra al suo interno la professionalità dei MMG/PLS, degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti che afferiscono al distretto, così da orientare la domanda del cittadino in un percorso unitario di risposta, pur articolata in più contributi professionali.

Ai sensi della DGR 2042/2022, cui si rinvia per maggiori dettagli, all'interno della CdC si possono identificare diverse aree che, sebbene distinte, devono interagire e integrarsi tra loro:

⁴⁷ Il PUA è il Punto Unico di Accesso. Per maggiori dettagli si veda la nota 44.

Area di primo accesso, che si articola nel Punto Unico di Accesso (PUA)⁴⁸, nel CUP⁴⁹ e nello Sportello unico per i servizi amministrativi⁵⁰, e un'Area clinica, che si articola nell'area dell'assistenza primaria⁵¹ e nell'area dei servizi⁵².

Le CdC possono essere di due tipologie, a seconda dei servizi che erogano, come individuati dal DM 77:

- hub che rispondono ad una popolazione di riferimento di circa 50.000 abitanti e che devono garantire una presenza continuativa medica e infermieristica, 7 giorni su 7;

- spoke che devono garantire una presenza continuativa medica e infermieristica 6 giorni su 7.

Lo standard di personale previsto dal DM 77 per la Casa di comunità hub è di 7-11 infermieri; 1 assistente sociale; 5-8 unità di supporto (socio-sanitario, amministrativo).

La seguente tabella illustra il fabbisogno presunto di personale a regime nelle Case di comunità alla data del 30/06/2026, sulla base dello standard di cui al DM 77. Nella tabella non viene preso in considerazione il fabbisogno del personale medico delle CdC, posta la necessità di

⁴⁸ Il PUA, la cui presenza costituisce standard obbligatorio, rappresenta per i cittadini il luogo di primo accesso e di primo contatto con i servizi territoriali. È il luogo, dove avviene la raccolta e la lettura della prima espressione del bisogno ed è il primo luogo dove vi è l'espressione concreta dell'integrazione con il sistema sociale, attraverso la presenza fisica o attraverso percorsi di integrazione funzionale. Deve quindi rispondere a criteri di accessibilità strutturale (sede), organizzativa (orari di apertura) e informativa (deve essere conosciuto).

In esso vi lavorano le equipe integrate che, attraverso le Unità di valutazione multidimensionale (UVM) e multiprofessionale, assicurano le funzioni di valutazione con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia e definiscono il carico assistenziale della persona e il conseguente progetto di assistenza individuale integrata, con interventi, servizi responsabilità dei diversi attori. Il PUA ha quindi due funzioni, una di front office che si traduce operativamente in percorsi di accoglienza, informazione, accompagnamento, orientamento raccolta del bisogno e una di back office che garantisce la preavalutazione, l'attivazione dell'UVM laddove necessario, l'avvio della presa in carico con successiva attivazione della COT. Vi opera personale del distretto, del servizio sociale dei comuni sulla base di accordi di programma (ambito distretto) ed eventualmente rappresentanti del Terzo Settore.

Per la strutturazione delle Case di comunità l'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS) prevede nel proprio Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di comunità, la collocazione degli ambulatori visita dei MMG, PLS e IFoC nella macro-area funzionale Cure Primarie, anticipando le proprie indicazioni generali in attesa della futura definizione formale dei requisiti di accreditamento delle nuove strutture. Come previsto dal DM 77 e ribadito da AGENAS, gli spazi degli ambulatori risultano obbligatori per la CdC, sia hub che spoke.

⁴⁹ CUP: luogo finalizzato alla prenotazione e accettazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica e ritiro referti.

⁵⁰ Sportello che raccoglie le attività di tutte le componenti amministrative dell'assistenza territoriale, ivi compresa la componente che afferisce ai servizi di prevenzione e protezione.

⁵¹ Area dell'assistenza primaria: comprende le attività di MMG/PLS, MCA, assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare attraverso lo sviluppo dell'infermieristica di comunità. Le CdC sono il riferimento per i MMG e PLS afferenti all'area territoriale che operano funzionalmente in AFT.

⁵² Area dei servizi: centro prelievi, ambulatori specialistici, area della diagnostica di base. L'attività è rivolta a tutti i cittadini, preferibilmente a quelli che insistono nel territorio di riferimento al fine di garantire la funzione di prossimità. L'attività può essere svolta da professionisti dipendenti dell'azienda o da specialisti ambulatoriali e l'obiettivo da percorrere è la ristrutturazione della tipologia di offerta che da servizio prestazionale deve essere riorientata al percorso di cura e di presa in carico.

La sfida culturale e organizzativa è quella di dare alla specialistica ambulatoriale una triplice valenza:

- attività di primo accesso con modalità di lavoro organizzate in agende a CUP (es. primo accesso per sospetto diagnostico), quindi prenotabili con impegnativa del medico;

- attività ambulatoriale finalizzata a pazienti cronici in carico (agende dedicate a MMG/PLS e a pazienti in carico);

- attività specialistica rivolta a pazienti in ADI con la finalità di permettere valutazioni e rivalutazioni specialistiche ai pazienti in carico e in assistenza domiciliare integrata.

Tale attività viene realizzata su richiesta del MMG ed ha l'obiettivo di evitare accessi ospedalieri, anche solo ambulatoriali, rendendo il domicilio il luogo di cura privilegiato.

Nella logica dell'integrazione a quest'area afferiscono anche, laddove previsti, i servizi afferenti all'area della prevenzione e promozione della salute quale attività svolta in integrazione con il Dipartimento di prevenzione. La presenza del dipartimento di prevenzione all'interno della CdC è anche un modo per integrare percorsi amministrativi, rendendoli più efficienti sul piano delle risorse utilizzate e più accessibili al cittadino che in una sede definita e unica può trovare risposta a percorsi di salute diversi. Laddove la struttura lo permetta, l'indicazione è che la CdC accolga: l'Area della residenzialità delle cure intermedie, l'Area della salute della donna e dei minori, l'Area della salute mentale e delle dipendenze, l'Area della prevenzione.

una preliminare definizione attraverso gli Accordi collettivi nazionali e integrativi regionali delle modalità di partecipazione del medico di assistenza primaria alle attività distrettuali.

Tabella 38 - Fabbisogno presunto di personale nelle CdC

Azienda	Sede	Tipo	PNRR	Fabbisogno presunto infermieri al 30/6/2026	di cui IFoC	Fabbisogno presunto OSS al 30/6/2026	Fabbisogno presunto amministrativi al 30/06/2026	Fabbisogno presunto assistenti sociali al 30/06/2026	Fabbisogno presunto altro personale al 30/06/2026
ASFO	Azzano Decimo	Hub	NO	25	18	2	1	0	0
	Cordenons	Spoke	SI	7	0	0	1	0	0
	Maniago	Hub	SI	16	9	2	1	0	0
	Pordenone	Hub	NO	42	34	2	1	0	0
	Sacile	Hub	SI	29	21	2	1	0	0
	San Vito al Tagliamento	Hub	SI	25	18	2	1	0	0
	Spilimbergo	Hub	SI	14	7	2	1	0	0
	TOTALE	7	5	158	107	12	7	0	0
ASUFC	Cervignano del Friuli	Spoke	SI	3	0	0	0	0	0
	Cividale del Friuli	Hub	SI	28	17	3	2	1	0
	Codroipo	Hub	SI	28	17	3	2	1	0
	Gemona del Friuli	Hub	SI	15	7	2	1	1	0
	Latisana	Hub	SI	29	17	3	2	1	0
	Manzano	Spoke	NO	3	0	0	0	0	0
	Palmanova	Hub	SI	31	19	3	2	1	0
	San Daniele del Friuli	Hub	SI	26	15	3	1	1	0
	Tarcento	Hub	SI	22	13	3	1	1	0
	Tarvisio	Hub	SI	11	3	2	1	1	0
	Tavagnacco	Spoke	NO	3	0	0	0	0	0
	Tolmezzo	Hub	SI	21	12	2	1	1	0
	Udine	Hub	SI	82	53	8	5	1	0
Zugliano	Spoke	NO	3	0	0	0	0	0	
TOTALE	14	11	303	173	32	18	10	0	
ASUGI	Cormons	Spoke	SI	7	7	2	1	1	0
	Duino Aurisina - TS 2	Spoke	NO	6	6	4	0	0	0
	Gorizia	Hub	SI	27	11	5	1	1	1
	Gradisca d'Isonzo	Spoke	NO	4	4	1	0	0	0
	Grado	Spoke	SI	4	4	3	0	0	0
	Monfalcone	Hub	SI	29	20	5	1	1	1
	Muggia - TS 2	Hub	NO	17	11	5	0	0	0
	Via Sai - TS 1	Hub	SI	31	21	8	1	1	1
	Via Valmaura - TS 2	Hub	SI	18	11	6	1	1	1
	piazza dell'Ospitale - TS 1	Hub	SI	28	18	7	0	1	1
	Via Stock - TS 1	Spoke	NO	9	10	8	0	1	0
TOTALE	11	7	180	123	54	5	7	5	
TOTALE	32	23	641	403	98	30	17	5	

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. CdC n. 2643 del 14/10/2024

Il fabbisogno di ASUFC è stato calcolato utilizzando lo standard massimo riproporzionato sugli abitanti assicurando, anche nel caso in cui il dato fosse inferiore, lo standard minimo.

Con riferimento agli assistenti sociali, ASUFC ha precisato di aver riportato il dato come previsto nella DGR 2042/2022. Con riferimento alla CdC di Udine, l'azienda ha specificato che nel computo degli infermieri sono stati inseriti 38,5 infermieri esternalizzati.

Per la parte infermieristica ASFO ha evidenziato che si tratta per buona parte di risorse già assegnate alle attività distrettuali che verranno collocate all'interno della CdC, mentre dovranno essere previste nuove assunzioni per le funzioni oggi non attive come, ad esempio, l'ambulatorio infermieristico aperto sulle 12 ore. Ha specificato, inoltre, che gli IFoC della CdC spoke di Cordenons sono ricompresi tra gli IFoC di Pordenone e che non è stato indicato un fabbisogno di assistenti sociali sul presupposto che questi dovrebbero essere forniti dagli ambiti.

Con riferimento al fabbisogno presunto di "Altro personale", solo ASUGI ha previsto un fabbisogno presunto pari a 5 unità, senza, tuttavia, specificarne la tipologia.

L'azienda ha, inoltre, chiarito che alle unità infermieristiche indicate nella tabella, per le Cdc hub, vanno aggiunti 1 coordinatore infermieristico e 6 infermieri UCA, fatta eccezione per la CdC di Muggia, che è priva di coordinatore infermieristico.

L'azienda ha riferito che in area isontina è attivo da molti anni il Punto unico di accesso (PUA), con 5 infermieri (anziché con i 3 previsti dallo standard). In area giuliana questo servizio è in fase sperimentale.

ASUGI ha, infine, evidenziato che la riorganizzazione e l'apertura delle 11 Case di comunità in conformità alle previsioni del DM 77, potrà essere realizzata con le risorse di personale attualmente presente.

Il fabbisogno massimo di personale stimato a livello regionale per le Case di comunità hub, secondo la previsione contenuta nell'atto di programmazione di cui alla DGR 2042/2022, ammonta a 264 infermieri, 176 unità di personale di supporto (socio-sanitario e amministrativo), 22 assistenti sociali e 128,1 medici. La stima prevede, altresì, un fabbisogno massimo di personale a livello regionale per le Case di comunità spoke che ammonta a 25,2 infermieri e 24,9 medici. Con riferimento al personale infermieristico, la DGR 2042/2022 prevede, altresì, un fabbisogno complessivo di 402,1 IFoC destinati a svolgere tutte le attività

inserite nelle Case di comunità, compresa l'assistenza domiciliare, oltre alle attività tipiche dell'IFoC (es. promozione della salute).

Come emerge dalla tabella di cui sopra, il fabbisogno stimato di personale infermieristico al 30/06/2026, individuato nel corso dell'istruttoria, è sostanzialmente in linea con le stime previste nell'atto di programmazione.

4.4 Punti salute di comunità (PSC)

La necessità di garantire gli attuali livelli di servizi di assistenza prestati, anche in zone del territorio regionale a bassa densità abitativa, spesso caratterizzate da un'utenza fragile, ha richiesto di adottare un'organizzazione della rete assistenziale che alla rete principale di erogazione dei servizi costituita dalle CdC hub e collegate CdC spoke ha aggiunto, un terzo livello organizzativo: il Punto salute di comunità (PSC), funzionalmente collegato alla CdC di riferimento.

I Punti salute di comunità sono presidi già esistenti e assicurano la continuità assistenziale nelle località servite, in un'ottica di garanzia degli attuali livelli erogativi e di progressivo rafforzamento degli stessi, anche con lo sviluppo dell'infermieristica di famiglia o di comunità (IFoC) e dell'utilizzo degli strumenti di telemedicina per garantire il domicilio come luogo privilegiato di cura della persona.

La tabella seguente illustra la consistenza organica del personale presente nelle sedi dei PSC al 31/12/2024. PSC assenti in ASUGI.

Tabella 39 - Consistenza organica dei Punti salute di comunità al 31/12/2024

AZIENDA	SEDE	Consistenza organica infermieri al 30/6/2024
ASFO	Aviano	0,1
	Brugnera	0,1
	Casarsa della Delizia	0
	Claut (stagionale)	0,2
	Fiume Veneto	0,2
	Fontanafredda	0,1
	Prata di Pordenone	0,2
	Porcia	0,3
	Zoppola	0,2
	TOTALE	0,9
ASUFC	Paluzza	1,03
	Ampezzo	1,03
	Sappada	1,03
	Ovaro	1,03

AZIENDA	SEDE	Consistenza organica infermieri al 30/6/2024
	Moggio udinese	1,03
	Pontebba	1,03
	Mortegliano	1,03
	Povoletto	1,03
	Buia	1,03
	San Giorgio di Nogaro	1,03
	Lignano Sabbiadoro	1,03
	TOTALE	11,33
TOTALE COMPLESSIVO	12,23	

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 451 del 26/02/2025

Le aziende hanno precisato che gli IFoC saranno assegnati alla CdC hub di riferimento e che svolgeranno solo una parte delle loro attività presso i PLS.

Se si confronta il dato del fabbisogno massimo di infermieri stimato a livello regionale per i Punti salute di comunità, secondo la previsione contenuta nell'atto di programmazione di cui alla DGR 2042/2022, pari a 24,5, con la consistenza organica degli infermieri al 31/12/2024, risulta che le due aziende interessate dovranno provvedere all'acquisizione di ulteriori 12 infermieri da oggi a metà 2026.

4.5 Unità di continuità assistenziale (UCA)

In attuazione del DM 77, il Programma regionale dell'assistenza territoriale⁵³ definisce l'UCA una modalità di lavoro integrato e multiprofessionale nella forma di microequipe (infermiere, medico) mobile che interviene a domicilio in contesti clinico assistenziali di particolare complessità in un contesto di comprovata difficoltà operativa.

L'UCA è, dunque, un'équipe mobile che afferisce al Distretto "ed è composta da 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. L'équipe UCA può essere eventualmente integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

⁵³Deliberazione della Giunta regionale 29 dicembre 2022, n. 2042.

L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- a supporto di una cosiddetta "dimissione difficile" del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;*
- a supporto dei Servizi di Assistenza Domiciliare Distrettuale, in particolari situazioni in cui è necessaria una rivalutazione a fini diagnostico/terapeutici."*

Lo standard previsto dal DM 77 di 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti è quello della programmazione regionale, fatte salve le deroghe per le zone disagiate.

La sede operativa dell'UCA è la Casa della comunità hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo. La programmazione dell'apertura oraria attiene alla programmazione aziendale.

Nel corso dell'istruttoria la DCS ha precisato che l'ACN non disciplina l'utilizzo dei MMG all'interno delle UCA.

ASFO ha evidenziato la necessità di chiarire quali siano le competenze che i medici operanti nelle UCA debbano avere per svolgere al meglio l'attività prevista dal DM 77/2022: in generale, rileva ASFO, rimangono le difficoltà nel reperire medici che possano operare in tale area.

Nella tabella che segue è illustrato il fabbisogno di UCA in base agli standard del DM 77 e della programmazione regionale di cui alla DGR 2042/2022⁵⁴, e in base al fabbisogno dichiarato dall'azienda che può essere maggiore dello standard minimo previsto dal DM 77, in considerazione della organizzazione del servizio che ciascuna azienda ha definito al proprio interno.

Inoltre, il fabbisogno è calcolato tenuto conto del debito orario annuo di ciascun operatore, computato secondo le indicazioni dei contratti collettivi nazionali, che è calcolato in 1.456 ore annue per gli infermieri e in 1500 ore annue per i medici non specialisti, come dettagliato nella tabella 44. Tale debito può subire piccole variazioni a seconda di alcune variabili quali ad esempio se la prestazione lavorativa è fornita su 5 o 6 giorni, se si lavori in contesti specifici (rischio radiologico, rischio anestesilogico).

⁵⁴ 1 UCA composta da 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 ab, calcolato sulla popolazione residente alla data del 31/12/2020.

Tabella 40 - Fabbisogno presunto di personale nelle UCA

Azienda	Popolazione al 31/12/2020 (dgr 2042/2022)	UCA previste da standard DM 77	Fabbisogno medici da standard DM 77	Fabbisogno medici dichiarato da Azienda	Fabbisogno infermieri da standard DM 77	Fabbisogno infermieri dichiarato da Azienda
ASUGI	369.816	4	24	36	24	36
ASUFC	526.474	5	15	15	15	15
ASFO	310.502	3	9	9	9	9
TOTALE	1.206.792	12	48	60	48	60

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

ASUGI ha previsto di collocare in ogni Casa della comunità hub una UCA, per un totale di 6 CdC; pertanto, ha applicato lo standard di 24h 7gg su 7 previsto dal DM 77.

ASUFC ha precisato che il calcolo delle unità infermieristiche è avvenuto sulla base dello standard individuato dalla DGR 2042/2022, di 12 ore 7 giorni su 7.

Come emerge dalla tabella precedente, il fabbisogno di personale ivi individuato è notevolmente più elevato rispetto alle stime previste nell'atto di programmazione sopra citato, che prevede un fabbisogno di infermieri pari a 35,4 unità e un fabbisogno di medici pari a 34,9 unità.

Il calcolo dei fabbisogni che individua il n. di medici e infermieri in ciascuna UCA è computato in base al debito orario annuo di ciascun operatore, come illustrato nella seguente tabella.

Tabella 41 - Fabbisogno presunto di personale nelle UCA calcolato in base al debito orario

Azienda	Personale	Ore die	GG anno	Ore anno operatore	Fabbisogno
ASUFC	Infermiere	12	365	1456	3,0
	Medico	12	365	1500	2,9
ASUGI	Infermiere	24	365	1456	6,0
	Medico	24	365	1500	5,8
ASFO	Infermiere	12	365	1456	3,0
	Medico	12	365	1500	2,9

Fonte: elaborazione dalla Sezione su dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

Nel corso dell'istruttoria è emerso che alla data del 31/12/2024 sul territorio regionale non è stata ancora attivata nessuna UCA, anche per la difficoltà di definire, in assenza di disposizioni contrattuali, le competenze e l'attività che i medici devono garantire all'interno delle UCA. Tale difficoltà, unitamente ad un ripensamento dell'organizzazione aziendale, può ragionevolmente costituire motivo della notevole difformità tra fabbisogno di personale stimato nella programmazione 2022 e fabbisogno stimato al 31/12/2024.

Tuttavia, giova ribadire che un'aggiornata programmazione del settore appare una necessaria e opportuna risposta all'esigenze di trasparenza della collettività.

4.6 Ospedali di comunità (OdC)

Come già illustrato nella deliberazione FVG/43/2022/FRG e a cui si rimanda per i dettagli, l'Ospedale di comunità, è una struttura sanitaria di ricovero che appartiene al setting delle cure intermedie, ovvero svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e risponde prioritariamente ai bisogni dei cittadini residenti nel distretto in cui è inserito, in quanto offerta residenziale strettamente legata al territorio di riferimento. Ha funzione di sostegno alla dimissione, ovvero garantisce la continuità delle cure nella transizione tra ospedale per acuti e domicilio.

Il ricovero dura di norma tra i 15 e i 20 giorni, con estensione massima ai 30 giorni, in considerazione delle categorie eleggibili ed è deciso dall'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM), da svolgersi entro 72 ore dall'accoglienza in struttura, che predispone il Piano Assistenziale Individuale (PAI).

L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20 potenziabili fino ad un massimo di 40. Lo standard è 1 OdC dotato di 20 pl ogni 100.000 abitanti (0,2 pl per 1000 abitanti).

Presso l'OdC è garantita l'assistenza infermieristica e medica secondo gli standard previsti dal DM 77. Tali standard prevedono per un OdC dotato di 20 pl: 1 coordinatore infermieristico, 7-8 infermieri, 4-6 OSS, 1-2 riabilitatori e 4,5 ore/die 1 medico 6 giorni su 7.

La seguente tabella illustra il fabbisogno presunto di personale negli Ospedali di comunità alla data del 30/6/2026, di completa attuazione della riforma prevista dal PNRR, calcolato sulla base dello standard minimo di cui al DM 77 ovvero in base al diverso fabbisogno valutato dall'azienda.

La tabella, inoltre, individua il Comune del Distretto sede dell'Ospedale di comunità, precisando se finanziato o meno con risorse PNRR.

Tabella 42 - Fabbisogno presunto di personale negli OdC

Azienda	Distretto	Comune	PNRR (SI/NO)	Standard DM 77/2022	PL previsti da Azienda	Fabbisogno presunto infermieri al 30/6/2026	Fabbisogno presunto OSS al 30/6/2026	Fabbisogno presunto riabilitatori al 30/06/2026
ASFO	Distretto delle Dolomiti Friulane - Maniago	Maniago	SI		16	8	7	1
	Distretto del Livenza - Sacile	Sacile	SI		16	8	7	1
	Distretto del Noncello - Pordenone	Pordenone	NO		16	8	7	2
	Distretto del Sile - Azzano Decimo	Azzano	NO		16	8	7	1

Azienda	Distretto	Comune	PNRR (SI/NO)	Standard DM 77/2022	PL previsti da Azienda	Fabbisogno presunto infermieri al 30/6/2026	Fabbisogno presunto OSS al 30/6/2026	Fabbisogno presunto riabilitatori al 30/06/2026
	TOTALE ASFO			62	64	32	28	5
ASUFC	Distretto di Cividale (Natisone)	Cividale	SI		20	9	6	2
	Distretto di Codroipo (Medio Friuli)	Codroipo	SI		20	9	6	2
	Distretto di Latisana (Riviera Bassa Friulana)	Latisana	SI		20	9	6	2
	Distretto di Tarcento (Torre)	Tarcento	NO		20	9	6	2
	Distretto di Udine (Friuli Centrale)	Udine	NO		40	9	6	2
	Distretto di Tolmezzo (Carnia)	Tolmezzo	NO		20	9	6	2
	Distretto di San Daniele (Collinare)	San Daniele	NO		20	9	6	2
	TOTALE ASUFC			105	160	63	42	14
ASUGI	Distretto Alto Isontino	Cormons	SI		20	9	6	2
		Gorizia	SI		20	9	6	2
	Distretto Basso Isontino	Monfalcone	NO		20	9	6	2
	Distretto Trieste 1	Trieste	NO		20	9	6	2
	Distretto Trieste 2	Trieste	NO		20	9	6	2
	TOTALE ASUGI:			68	100	45	30	10
TOTALE COMPLESSIVO				235	324	140	100	29

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

Il fabbisogno massimo di personale stimato a livello regionale per gli Ospedali di comunità, secondo la previsione contenuta nell'atto di programmazione di cui alla DGR 2042/2022, ammonta a 108,45 infermieri e 72,3 unità di personale di supporto (socio-sanitario e amministrativo). La stima prevede altresì 24,1 unità di personale con funzioni riabilitative e 11,3 medici.

Come emerge dalla tabella precedente, il fabbisogno di personale stimato al 30/06/2026 individuato nel corso dell'istruttoria (140 infermieri, 100 oss e 29 unità di personale con funzioni riabilitative), è più elevato rispetto alle stime previste nel già menzionato atto di programmazione.

Un ripensamento dell'organizzazione aziendale può ragionevolmente costituire motivo della difformità tra fabbisogno di personale stimato nella programmazione 2022 e il fabbisogno stimato nel corso dell'istruttoria. Giova ribadire, tuttavia, che un'aggiornata programmazione del settore appare una necessaria e opportuna risposta all'esigenze di trasparenza della collettività.

Nel corso dell'istruttoria ASUFC ha precisato che lo standard di infermieri, OSS e Fisioterapisti previsto per la RSA (i cui posti letto dovranno essere riconvertiti) è superiore a quello previsto

per l'OdC, pertanto, il fabbisogno di personale è già assicurato dalle attuali presenze. L'unica eccezione è costituita dalla struttura di nuova attivazione a Udine che richiederà 9 infermieri, 6 OSS e 2 fisioterapisti il cui fabbisogno sarà garantito, prima dell'attivazione, con nuove assunzioni.

ASUGI ha evidenziato che dal 20 dicembre 2022 ha avviato in area giuliana la sperimentazione di una struttura intermedia assimilabile all'Ospedale di comunità con 40 pl. La sperimentazione è stata definita mediante una convenzione tra l'azienda e l'Azienda pubblica di servizi alla persona ITIS.

L'azienda riferisce, altresì, che in area isontina non è stato ancora attivato l'ospedale di comunità ma che la dotazione potrà essere considerata ad isorisorse con la riconversione totale o parziale delle RSA esistenti.

ASFO ha segnalato che i posti letto negli ospedali di comunità a copertura degli standard previsti dal DM 77 sono sostanzialmente già presenti (in gestione diretta o in appalto o in convenzione con le residenze per anziani non autosufficienti) e vanno ricondotti ad un utilizzo diverso, come previsto nel decreto. Riferisce che nel complesso si riscontra una carenza di posti letto riabilitativi e di lungodegenza, che potrà essere colmata con la riclassificazione di alcuni posti letto di RSA e di post-acuti come posti letto ospedalieri (per lungodegenti o di riabilitazione), ferma la possibilità comunque di mantenere i pl come degenze intermedie mantenendo le funzioni in essere. Anche con riferimento al personale, ASFO precisa che si tratta di una riconversione del personale attualmente operante presso le RSA.

L'azienda evidenzia che il Piano attuativo 2024 prevede per il territorio del Friuli Occidentale un allineamento delle degenze intermedie alla nomenclatura nazionale. La proposta di distribuzione dei posti letto delle degenze intermedie nell'ambito del Dipartimento di assistenza territoriale (DAT), illustrata nella tabella che segue, prefigura quello che potrebbe essere l'assetto a regime, che non è stato possibile raggiungere compiutamente nel 2024.

ASFO riferisce che la nuova distribuzione dei posti letto delle degenze intermedie tiene conto di una serie di fattori condizionanti l'effettiva possibilità di accogliere i pazienti, quali:

- la disponibilità logistica delle strutture, evitando per quanto possibile di utilizzare luoghi non inseriti in un contesto organizzativo già esistente;
- gli investimenti in atto (con fondi PNRR e regionali) che costituiscono decisioni già prese non facilmente modificabili;

- i bacini d'utenza di riferimento, considerando le distanze fra altre strutture e la dispersione della popolazione;
- la contestuale disponibilità nel territorio di posti letto ospedalieri, in particolar modo d'area medica, con la necessità di tutelare le strutture riconvertite;
- l'opportunità/necessità di essere collocate in comprensori protetti nei quali sono già presenti organizzazioni distrettuali o residenziali;
- la disponibilità di strutture con le quali potersi convenzionare;
- il livello di complessità dei pazienti che vi possono accedere, maggiore per le degenze post-acute rispetto all'Ospedale di comunità;
- i diversi livelli di complessità dei pazienti che possono essere accolti se la struttura è inserita in un contesto ospedaliero, dove può usufruire degli altri servizi di supporto presenti;
- il fatto che il DM 77 stabilisce che i moduli di Ospedale di comunità sono di 15-20 PL;
- l'equilibrata distribuzione delle strutture nel territorio aziendale.

La tabella che segue illustra la distribuzione dei posti letto delle degenze intermedie nei territori aziendali sulla base degli standard minimi previsti dal DM 77 (e dalla DGR 2042/2022), con riferimento agli OdC, oltreché, con riferimento all'hospice, dalla DGR 147/2023 (Piano di potenziamento delle cure palliative). Con riferimento ai post-acute e allo Suap, lo standard è quello previsto dalla DGR 1965/2021. La tabella, inoltre, individua il Distretto e il Comune del Distretto dove è ubicata la degenza intermedia.

Tabella 43 - Distribuzione posti letto delle degenze intermedie

Azienda	Tipologia	Distretto	Comune	PL previsti da DM 77/2022	PL previsti da Azienda
ASFO	Ospedale di Comunità	Sile	Azzano		16
		Dolomiti friulane	Maniago		16
		Livenza	Sacile		16
		Noncello	Pordenone		16
		TOTALE		62	64
	Post-Acuti	Dolomiti friulane	Maniago		16
		Livenza	Sacile		28
		Noncello	Pordenone		36
		Sile	Azzano		8
		Tagliamento	San Vito al Tagliamento		20
		Dolomiti friulane	Spilimbergo		16
		TOTALE		124	124
	Hospice	Dolomiti friulane	Aviano		12
		Tagliamento	San Vito al Tagliamento		10
		Noncello	Pordenone		8
		TOTALE		30	30
	SUAP	Livenza	Sacile		4
		Noncello	Pordenone		8
		Dolomiti friulane	Spilimbergo		4

Stato di attuazione della riforma dell'assistenza territoriale nella prospettiva PNRR - Referto sugli esiti della deliberazione n. 43/2022/FRG

Azienda	Tipologia	Distretto	Comune	PL previsti da DM 77/2022	PL previsti da Azienda	
		TOTALE		16	16	
		TOTALE ASFO		232	234	
ASUFC	Ospedale di Comunità	Carnia	Tolmezzo		20	
		Medio Friuli	Codroipo		20	
		Collinare	San Daniele		20	
		Torre	Tarcento		20	
		Natisone	Cividale		20	
		Friuli Centrale	Udine		40	
		Riviera Bassa Friulana	Latisana		20	
			TOTALE		105	160
	Post-Acuti	Gemonese, Canal del Ferro, Val Canale	Gemona			40
		Carnia	Tolmezzo			10
		Collinare	San Daniele			10
		Natisone	Cividale			30
		Friuli Centrale	Udine			60
		Agro Aquileiese	Palmanova			40
		Riviera Bassa Friulana	Latisana			20
			TOTALE		210	210
	Hospice	Gemonese, Canal del Ferro, Val Canale	Gemona			8
		Medio Friuli	Codroipo			12
		Natisone	Cividale			8
		Friuli Centrale	Udine			12
Riviera Bassa Friulana		Latisana			12	
		TOTALE		52	52	
SUAP	Gemonese, Canal del Ferro, Val Canale	Gemona			8	
	Medio Friuli	Codroipo			8	
	Natisone	Cividale			10	
		TOTALE		26	26	
		TOTALE ASUFC		393	448	
ASUGI	Ospedale di Comunità	Basso Isontino	Monfalcone		20	
		Alto Isontino	Cormons		20	
		Alto Isontino	Gorizia		20	
		TS 1	Trieste		20	
		TS 2	Trieste		20	
			TOTALE		68	100
	Post-Acuti	Basso Isontino	Monfalcone		30	47
		Alto Isontino	Cormons		25	15
		Alto Isontino	Gorizia			6
		TS 1	Trieste		57	110
		TS 2	Trieste		32	97
			TOTALE		144	275
	Hospice	Alto Isontino	Gorizia		7	7
		Basso Isontino	Monfalcone		7	9
		Trieste	Trieste		22	20
			TOTALE		36	36
	SUAP	Alto Isontino	Gorizia		7	9
Trieste		Trieste		10	0	
		TOTALE		17	9	
		TOTALE ASUGI		265	420	
TOTALE FVG				890	1.102	

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

Nell'ambito di ASUGI, i posti letto di post acuti riferiti a Monfalcone sono comprensivi dei 20 pl in convenzione a Grado. In merito a SUAP e Post acuti, l'azienda ha precisato che la valutazione del numero dei posti letto (e relativa collocazione), non è ancora definitiva.

Il numero dei posti letto complessivamente individuati dalle aziende (1.102 PL) sono maggiori (+ 212 posti letto) rispetto a quelli previsti dal DM 77/2022 (890 PL).

Nelle tabelle che seguono viene illustrato come evolve la presenza di posti letto di degenze intermedie per tipologia di degenza, indicando il Distretto e il Comune dove sono ubicati i PL, anche alla luce della riconversione dei PL delle RSA.

Tabella 44 - Evoluzione presenza posti letto degenze intermedie in ASFO

Azienda	Distretto	Comune		RSA	OdC	Post-Acuti	Hospice	SUAP	TOTALE
ASFO	Dolomiti friulane	Maniago	Attuali	30	0	0	0	0	30
			Previsti	0	16	16	0	0	32
			DIFFERENZA	30	-16	-16	0	0	-2
	Dolomiti friulane	Spilimbergo	Attuali	0	0	0	0	0	0
			Previsti	0	0	16	0	4	20
			DIFFERENZA	0	0	-16	0	-4	-20
	Livenza	Sacile	Attuali	24	0	28	0	0	52
			Previsti	0	16	28	0	4	48
			DIFFERENZA	24	-16	0	0	-4	4
	Noncello	Roveredo	Attuali	24	0	0	0	0	24
			Previsti	0	0	0	0	0	0
			DIFFERENZA	24	0	0	0	0	24
	Noncello	Pordenone	Attuali	30	0	0	0	0	30
			Previsti	0	16	36	8	8	68
			DIFFERENZA	30	-16	-36	-8	-8	-38
	Sile	Azzano	Attuali	24	0	0	0	0	24
			Previsti	0	16	8	0	0	24
			DIFFERENZA	24	-16	-8	0	0	0
	Dolomiti friulane	Aviano	Attuali	0	0	0	12	0	12
			Previsti	0	0	0	12	0	12
			DIFFERENZA	0	0	0	0	0	0
Tagliamento	San Vito al Tg	Attuali	0	20	6	10	0	36	
		Previsti	0	0	20	10	0	30	
		DIFFERENZA	0	20	-14	0	0	6	
TOTALE									-26

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

Tabella 45 - Evoluzione presenza posti letto degenze intermedie in ASUFC

Azienda	Distretto	Comune		RSA	OdC	Post-Acuti	Hospice	SUAP	TOTALE
ASUFC	Gemonese, Canal del Ferro, Val Canale	Gemona	Attuali	40	0	0	0	10	50
			Previsti	0	0	40	8	8	56
			DIFFERENZA	40	0	-40	-8	2	-6
	Carnia	Tolmezzo	Attuali	22	0	0	0	0	22
			Previsti	0	20	10	0	0	30
			DIFFERENZA	22	-20	-10	0	0	-8
	Medio Friuli	Codroipo	Attuali	24	0	0	0	0	24
			Previsti	0	20	0	12	8	40
			DIFFERENZA	24	-20	0	-12	-8	-16
	Collinare	San Daniele	Attuali	24	0	0	0	0	24

Azienda	Distretto	Comune		RSA	OdC	Post-Acuti	Hospice	SUAP	TOTALE
			Previsti	0	20	10	0	0	30
			DIFFERENZA	24	-20	-10	0	0	-6
			Attuali	33	0	0	0	0	33
	Torre	Tarcento	Previsti	0	20	0	0	0	20
			DIFFERENZA	33	-20	0	0	0	13
			Attuali	45	0	0	0	0	45
	Natisone	Cividale	Previsti	0	20	30	8	10	68
			DIFFERENZA	45	-20	-30	-8	-10	-23
			Attuali	86	0	0	12	0	98
	Friuli Centrale	Udine	Previsti	0	40	60	12	0	112
			DIFFERENZA	86	-40	-60	0	0	-14
			Attuali	20	0	0	0	0	20
	Agro Aquileiese	Palmanova	Previsti	0	0	40	0	0	40
			DIFFERENZA	20	0	-40	0	0	-20
			Attuali	15	0	0	7	0	22
	Riviera Bassa Friulana	Latisana	Previsti	0	20	20	12	0	52
			DIFFERENZA	15	-20	-20	-5	0	-30
			TOTALE						

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

Tabella 46 - Evoluzione presenza posti letto degenze intermedie in ASUGI

Azienda	Distretto	Comune		RSA	OdC	Post-Acuti	Hospice	SUAP	TOTALE
ASUGI	Alto Isontino	Cormons	Attuali	35	0	0	0	0	35
			Previsti	0	20	15	0	0	35
			DIFFERENZA	35	-20	-15	0	0	0
	Alto Isontino	Gorizia	Attuali	26	0	0	0	9	35
			Previsti	0	20	6	7	9	42
			DIFFERENZA	26	-20	-6	-7	0	-7
	Basso Isontino	Monfalcone	Attuali	67	0	0	7	0	74
			Previsti	0	20	47	9	0	76
			DIFFERENZA	67	-20	-47	-2	0	-2
	Trieste	Trieste	Attuali	207	40	0	20	0	267
			Previsti	0	40	207	20	0	267
			DIFFERENZA	207	0	-207	0	0	0
TOTALE									-9

Fonte: dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 2643 del 14/10/2024

Come emerge dalle tabelle, contenenti i dati aggiornati a maggio 2024, i posti letto da attivare dopo la riorganizzazione/riconversione dei posti letto delle RSA sono complessivamente 145. L'evoluzione dei posti letto non sembra sollevare particolari profili di criticità per ASUGI, dove nove sono i posti letto ancora da realizzare entro metà 2026⁵⁵. In ASUFC, invece, il numero di posti letto ancora da realizzare, risulta piuttosto consistente, ammontando a -110 posti letto, mentre in ASFO la differenza di posti letto rispetto alla previsione aziendale è di - 26 PL.

⁵⁵ In sede di contraddittorio, con nota acquisita al prot. Cdc n. 924 del 28/04/2025, ASUGI ha riferito che i posti letto di Hospice erano 7 al 14/10/2024, come presentato nelle tabelle. Sono stati aperti altri 2 posti letto Hospice a Monfalcone e per tale apertura sono state acquisite 2 unità infermieristiche. A marzo 2025 sono stati realizzati 7 posti letto Hospice a Cormons e per questo sono state acquisite da gennaio 2025 (che hanno completato la formazione) 6 unità di personale infermieristico e 6 unità di operatori di supporto. Da acquisire ancora 1 fisioterapista

4.7 La programmazione regionale per l'anno 2025

Per garantire la piena operatività delle strutture sanitarie previste dalla riforma e, dunque, il raggiungimento del target del PNRR entro giugno del 2026, nell'ottica di rendere attuale l'effettività dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, risulta necessario, in primo luogo, mettere tempestivamente in atto politiche assunzionali programmate, in coerenza con le diverse specializzazioni professionali richieste per il personale dedicato all'assistenza territoriale che consentano l'avvio delle relative procedure di acquisizione; secondariamente, provvedere a dotare le strutture previste dalla riforma di beni mobili e tecnologici, affinché siano in grado di erogare la gamma di servizi previsti dal DM 77, secondo gli standard ivi stabiliti. A tali fini, l'Amministrazione regionale ha approntato alcuni strumenti nell'ambito della programmazione 2025.

Con riferimento all'acquisizione di personale, le Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2025 (approvate con DGR 30 dicembre 2024 n. 2052), nell'ambito delle procedure concorsuali centralizzate assicurate da ARCS, prevedono, nel primo semestre 2025, la conclusione, con l'approvazione della graduatoria di merito, di 7 procedure concorsuali riguardanti diversi profili professionali, tra cui quello di infermiere per 335 posti, di assistente sanitario per 27 posti e di amministrativo per 14 posti.

Per ulteriori 4 procedure concorsuali, per altri profili professionali, si prevede la conclusione nel secondo semestre 2025.

Si ricorda, peraltro, che gli enti del servizio sanitario regionale devono rispettare il vincolo di spesa per il personale annualmente e complessivamente determinato a livello regionale. Per l'anno 2025 il vincolo ammonta complessivamente a più di 1.163 milioni, assegnato a ciascun ente del SSR, come dettagliato nella sotto riportata tabella.

Tabella 47 - Vincolo di spesa per il personale 2025

Ente	Vincolo di spesa 2025
ARCS	13.597.869,90 €
ASFO	205.518.085,32 €
ASUFC	500.718.755,68 €
ASUGI	351.329.677,30 €
BURLO	47.013.580,46 €
CRO	44.999.647,35 €
TOTALE	1.163.177.616,01

Fonte: deliberazione della Giunta regionale n. 2052 del 30/12/2024

Nel rispetto del vincolo di spesa del personale e sempreché i monitoraggi infrannuali non evidenzino stime di chiusura in perdita, le Linee annuali 2025 autorizzano l'impiego delle prestazioni aggiuntive, con la precisazione che tale istituto riveste carattere di eccezionalità e temporaneità e che non può essere utilizzato quale strumento di normale pianificazione delle attività istituzionali. In particolare, viene previsto che le prestazioni integrative dell'attività istituzionale ordinaria possano essere richieste dalle aziende prioritariamente come strumento eccezionale e temporaneo per il governo e il contenimento delle liste di attesa ovvero per far fronte alla necessità di improvvisi aumenti di domanda di prestazioni ovvero qualora risulti oggettivamente impossibile il ricorso ad assunzioni a tempo indeterminato o determinato ovvero in presenza di effettive insufficienze degli organici delle discipline carenti sul mercato per le quali nell'ultimo triennio siano state indette normali procedure di reclutamento andate deserte.

Sul punto va evidenziato come la Regione, stante la contingente carenza di personale sanitario, per salvaguardare l'erogazione dei LEA e il miglioramento nell'andamento delle liste di attesa, abbia autorizzato con la legge regionale di stabilità 2025 in via straordinaria e temporanea, e fino al 31 dicembre 2026, gli enti del SSR ad acquistare prestazioni aggiuntive anche in deroga ai relativi limiti di spesa nazionali, fermo restando il rispetto del tetto di spesa complessivo per il personale previsto per ciascun ente dalla programmazione regionale e nel rispetto dei criteri di sostenibilità economica e invarianza finanziaria (art. 8, c. 3, l.r. 13/2024).

Con riferimento alla dotazione di attrezzature, le Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2025, prevedono che le aziende sanitarie inseriscano nella propria programmazione le linee di investimento destinate a tale finalità. Anche al fine di garantire un'omogenea applicazione sul territorio regionale, viene previsto che ciascuna azienda costituisca un gruppo di lavoro interno con i rappresentanti sanitari e tecnici che dovrà redigere una relazione nella quale, a prescindere dalla fonte di finanziamento, per ciascuna Casa della comunità, Punto salute di comunità e Ospedale di comunità, venga riportata la descrizione delle attività sanitarie previste, unitamente al dettaglio del fabbisogno di beni mobili e tecnologici (tipologia, quantità e costo stimato).

Tale relazione, corredata dal nulla osta di ARCS sulla coerenza e omogeneità del contenuto con la programmazione sanitaria regionale e sulla congruità tecnica ed economica delle tecnologie proposte, dovrà essere inviata da ciascuna azienda alla DCS entro il 30/06/2025.

Entro il 31/07/2025 le aziende presenteranno l'istanza per l'inserimento nella Programmazione preliminare degli investimenti 2025, di specifiche linee di investimento dedicate al fabbisogno di tecnologie per ciascuna struttura, non soddisfabile con l'attuale dotazione aziendale.

In ragione della stretta correlazione con la presente indagine, è utile evidenziare alcuni ulteriori obiettivi che le Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2025 prevedono nell'ambito del complesso percorso di attuazione del Programma regionale dell'assistenza territoriale di cui alla DGR 2042/2022, per la realizzazione del modello di sviluppo dell'assistenza territoriale delineato dal DM 77.

Si tratta, in particolare:

- dell'implementazione dell'ADI con la presa in carico, nel 2025, di un numero di over 65 pari a 34.105 soggetti, in conformità al target annuale previsto dal PNRR, come illustrato nel paragrafo relativo all'assistenza domiciliare integrata;
- dell'implementazione del percorso di formazione dell'IFoC;
- dell'implementazione di tutti i percorsi specifici gestiti dalle COT;
- della definizione del modello di casa della comunità e l'attivazione, entro il 31 dicembre 2025, delle prime 6 Case delle comunità nelle sedi di Gemona del Friuli, Cividale del Friuli e Udine nel territorio di ASUFC, Sacile e Maniago nell'ambito di ASFO e Trieste (presso l'ospedale Maggiore) nel territorio di ASUGI.
- della definizione di un piano dell'offerta delle cure intermedie, attraverso l'elaborazione, entro il 30/06/2025, di una revisione e riorganizzazione dei fabbisogni e dotazioni dei posti letto riabilitativi, post acuti e delle cure intermedie e dell'attività riabilitativa ambulatoriale, con la definizione dei criteri di accreditamento degli ospedali di comunità e della relativa tariffa;
- dell'attivazione del numero unico europeo 116117 per le cure non urgenti, come meglio dettagliato nel paragrafo relativo alla continuità assistenziale.

Inoltre, le Linee annuali 2025 autorizzano ogni azienda territoriale regionale a effettuare nell'anno 2025 una sperimentazione per lo svolgimento delle funzioni da parte delle strutture di assistenza intermedia Ospedali di comunità, di cui al DM 77 e speciali unità di assistenza protratta (SUAP), di cui all'art. 20, c. 3, lett. d), della legge regionale 22/2019, nella misura massima di una struttura per tipologia e per azienda.

5. I controlli sull'operatività delle strutture e sulla qualità dei servizi resi.

Nel precedente referto sull'assetto organizzativo della sanità territoriale, di cui alla deliberazione FVG/43/2022/FRG, era emersa l'assenza di un sistema di controlli volto alla verifica dell'effettiva disponibilità delle strutture per l'utenza e alla vigilanza sulla qualità dei servizi resi. La Sezione, pertanto, per garantire l'effettivo funzionamento dei servizi auspicava un significativo rafforzamento dei sistemi di controllo da parte delle aziende.

Come già evidenziato, il rapporto convenzionale con il SSR intrattenuto dal MMG e dal PLS è conseguenza di un contratto tra il professionista e l'azienda sanitaria, sulla quale insistono anche gli obblighi dell'azione di controllo e verifica. Le eventuali manchevolezze dei professionisti, qualora ritenute di grave entità possono comportare anche la rescissione del rapporto convenzionale, come stabilito dall'art. 25 dell'ACN 2024 per i MMG e l'art. 24 dell'ACN 2024 per i PLS. Nella sostanza entrambi gli articoli prevedono che i professionisti siano tenuti ad una condotta informata a principi di correttezza e rispetto e all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dagli accordi di settore. Il mancato rispetto di tali obblighi può costituire oggetto di contestazione, che nei casi di minore gravità danno luogo all'applicazione del richiamo verbale ovvero del richiamo scritto da parte del Direttore di Distretto, sentito il referente di AFT.

Le violazioni di maggiore gravità, invece, possono dar luogo all'applicazione di una sanzione pecuniaria di importo non inferiore al 10% e non superiore al 20% della retribuzione corrisposta nel mese precedente; alla sospensione dall'incarico per una durata non inferiore a 1 mese e non superiore a 6 mesi; alla revoca dell'incarico convenzionale. Le infrazioni che comportano la revoca dell'incarico devono essere di gravità tale da compromettere irrimediabilmente il rapporto di fiducia con l'azienda e da non consentire la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto di lavoro.

Per le contestazioni relative a fatti di maggiore gravità, uno dei componenti dell'ufficio competente per i procedimenti disciplinari, istituito presso ciascuna azienda, viene sostituito con un componente in rapporto di convenzionamento, nominato dal Direttore generale su una terna di nominativi proposti dal Comitato aziendale. In tal caso l'ufficio assume la denominazione di Ufficio per i procedimenti disciplinari del personale convenzionato.

L'esito dell'istruttoria evidenzia che permane, nelle aziende l'assenza di una struttura dedicata a controllare l'offerta di servizio dei MMG e dei PLS. La DCS e ARCS, nel corso della riunione

istruttoria del 16/01/2025 hanno precisato che negli ultimi dieci anni il Comitato non ha mai sospeso o revocato la convenzione per difetto di servizio, anche se nell'ambito dell'istruttoria non è emerso se tale circostanza sia stata determinata dal sostanziale adempimento da parte dei medici degli obblighi convenzionali o sia una conseguenza della carenza di controlli. In sede di contraddittorio ASUGI ha riferito che l'Ufficio per i procedimenti disciplinari del personale convenzionato (UPDC) è stato istituito a seguito dell'entrata in vigore dell'ACN 2022 in osservanza all'art. 25 e che nel corso della sua attività è stata comminata una sola sanzione pari al 10% della retribuzione corrisposta nel mese precedente, per la durata di 5 mesi.

Orbene, anche in considerazione della realizzazione delle nuove strutture previste dal PNRR, la Sezione ribadisce che la necessità di una puntuale verifica sulla effettiva erogazione dei servizi, sulla presenza del personale medico e infermieristico, sulla copertura oraria e sulla qualità delle prestazioni fornite, costituisce elemento imprescindibile di una sanità pubblica adeguata alle richieste sempre crescenti di salute e conformata agli standard minimi normativamente definiti.

6. Declinazione della riforma della sanità territoriale nella contrattazione collettiva

Da quanto emerso nel corso dell'istruttoria, appare condivisa l'opinione che la concreta realizzazione del nuovo assetto organizzativo della sanità territoriale dipenderà in larga parte dalla capacità che saranno in grado di esprimere i diversi attori coinvolti nel processo di programmazione delle attività e di controllo capillare del corretto ed efficiente impiego delle risorse umane e strumentali, anche alla luce delle stringenti tempistiche imposte dal PNRR per la realizzazione della riforma dell'assistenza territoriale e della portata innovativa delle regole introdotte.

La riscrittura delle regole che riguardano gli obblighi di servizio che i singoli medici sono chiamati a rispettare, si pone in coerenza con il nuovo disegno del modello organizzativo attraverso il quale si mira, anche facendo leva sulle risorse messe a disposizione dal PNRR, a garantire modelli e standard uniformi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Un ruolo fondamentale sarà assunto dai medici convenzionati che saranno attori protagonisti delle attività erogate nelle nuove strutture previste dal PNRR.

6.1 La disciplina del rapporto di lavoro con i medici di medicina generale

MMG. Gli accordi collettivi nazionali

Come è noto, il rapporto convenzionale tra SSN e i MMG (e i PLS) è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, c. 9, della legge 412/1991, come novellato dall'art. 52, c. 27 della legge 289/2002, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative (art. 8, c. 1 del d.lgs. 502/1992)⁵⁶. Il procedimento di contrattazione collettiva, in virtù del richiamo operato dall'art. 4, c. 9, l. 412/1999 agli artt. 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 165/2001, si declina secondo il procedimento previsto per il pubblico impiego privatizzato. A tal fine il medesimo comma 9 citato istituisce, altresì, la struttura interregionale sanitari convenzionati (SISAC) che rappresenta la delegazione di parte pubblica e demanda la disciplina del procedimento, sempre nella cornice costituita dai richiamati articoli del decreto legislativo 165/2001, ad un accordo Stato regioni (accordo adottato il 5 dicembre 2013 – Rep. Atti n. 164/CSR).

L'art. 2 *nonies* del decreto legge n. 81 del 2004 ha, successivamente, confermato la suddetta struttura di regolazione del contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale, precisando come tale accordo nazionale venga reso esecutivo attraverso un'intesa assunta nella citata Conferenza permanente.

La Corte di cassazione⁵⁷ ha più volte affermato che il rapporto convenzionale dei medici di medicina generale, pur se costituito in vista dell'interesse pubblico di soddisfare le finalità istituzionali del servizio sanitario nazionale, è un rapporto privatistico di lavoro autonomo di tipo professionale con la pubblica amministrazione che, per la sua particolare disciplina, si configura in termini di parasubordinazione. Giova, per converso, sottolineare che la Corte costituzionale, pur facendo propria questa ricostruzione, ha precisato che *“pur qualificandosi il rapporto convenzionale dei medici di medicina generale con il Servizio sanitario nazionale nei ricordati termini di “parasubordinazione” prima indicati, non sussistono apprezzabili differenze rispetto alla*

⁵⁶ L'art. 8 del d.lgs. 502/1992 sancì la riconduzione in via esclusiva alla medicina convenzionata delle funzioni di assistenza primaria, eliminando la possibilità che questa fosse esercitata da personale dipendente del SSN operante nelle allora USL. Si ricorda, infatti, che l'art. 25, 3° co della legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, stabiliva che l'assistenza medico-generica e pediatrica fosse prestata dal personale dipendente o convenzionato del SSN operante nelle USL o nel comune di residenza del cittadino; la scelta del medico di fiducia doveva avvenire tra questi professionisti. Il legislatore del 1978, dunque, poneva sullo stesso piano il ruolo delle due categorie di personale (dipendente o convenzionato), lasciando in tal modo aperta la possibilità che l'assistenza primaria non facesse capo esclusivamente al modello convenzionale.

⁵⁷ Cass. civ., SS.UU, ordinanza 21 ottobre 2005, n. 20344; Cass. civ. sez. lavoro Cass. civ., sentenza 8 aprile 2008, n. 9142.

ricordata giurisprudenza elaborata in ordine al rapporto di lavoro pubblico.” (Corte costituzionale, sentenza n. 157/2019)

Risulta, peraltro, opportuno evidenziare che, anche in virtù dei richiami operati alla disciplina del pubblico impiego privatizzato, il rapporto di lavoro del personale medico di MMG, sebbene di natura convenzionale, risulta comunque strettamente ancorato alla necessità di garantire un'efficiente ed efficace erogazione dell'assistenza sanitaria di livello primario, considerato che non risulterebbe rispettosa del diritto alla salute tutelato dalla Costituzione, una declinazione dell'attuazione del servizio che, per la necessità di giungere ad un accordo in sede contrattuale, finisse per pregiudicare o anche solo limitare l'efficienza del servizio offerto ai cittadini.

Per quanto concerne, poi, i rapporti tra i diversi livelli di negoziazione collettiva (nazionale, regionale e aziendale) si deve tenere presente che la contrattazione collettiva integrativa si svolge sulle materie, con i vincoli e nei limiti stabiliti dai contratti collettivi nazionali, tra i soggetti e con le procedure negoziali che questi ultimi prevedono.

A garanzia del rispetto di tali stringenti vincoli, lo stesso art. 40 del d.lgs. 165/2001 ha disposto la nullità e l'inapplicabilità di clausole dei contratti collettivi integrativi difformi dalle previsioni del livello nazionale.

Come esplicitato dall'art. 3, comma 1, dell'ACN 2024, *“l'accordo collettivo nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del S.S.N., nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.”* In particolare, il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale, demandando alla contrattazione regionale o aziendale aspetti che attengono più ai profili organizzativi del servizio. Gli aspetti generali sono individuati nell'elencazione esemplificativa di cui all'art. 3, c. 3, ACN 2024:

- a) la definizione dei compiti, delle funzioni e dei relativi livelli di responsabilità del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
- b) la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale medico convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
- c) la definizione e le modalità di distribuzione dell'onorario professionale (parte economica fissa);
- d) la definizione della parte variabile del compenso;

- e) la rappresentatività sindacale, nazionale, regionale ed aziendale;
- f) la definizione di requisiti e criteri per l'accesso ed il mantenimento della convenzione;
- g) la responsabilità delle Regioni e delle aziende sanitarie nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Il nuovo Accordo con i medici di medicina generale riferito all'arco temporale 2019-2021, oltre a disporre benefici economici a favore del personale calcolati in termini percentuali con i medesimi criteri previsti per il restante personale pubblico (3,78%), ha aggiornato il quadro normativo sulla base delle disposizioni di settore introdotte nel corso degli ultimi anni. Si tratta, nello specifico, delle norme collegate:

- a) all'attuazione della Missione 6 del PNRR e allo sviluppo dell'assistenza territoriale;
- b) al trattenimento in servizio oltre il 72° anno di età;
- c) alla limitazione, fino al 31 dicembre 2026, del massimale in carico fino a 1.000 assistiti per i medici con incarico a quota oraria di 24 ore;
- d) alle procedure semplificate di attribuzione degli incarichi provvisori o di sostituzione dei medici di medicina generale (prorogate al 2024).

Sul piano più generale, l'ipotesi contrattuale ha portato a compimento la disciplina contrattuale del triennio 2016-18, con la quale sono state recepite le rilevanti modifiche introdotte dal decreto Balduzzi⁵⁸ in materia di programmazione regionale delle funzioni di regolazione del servizio di assistenza sanitaria territoriale, caratterizzate dall'introduzione dell'obbligo di adesione dei medici convenzionati sia all'assetto organizzativo articolato in AFT e UCCP sia al sistema informativo, entrambi definiti dalla Regione.

Con riferimento ai contenuti, il testo ha riscritto gran parte delle disposizioni già presenti nel precedente accordo⁵⁹, eliminando refusi e dubbi applicativi e adeguando l'articolato alle modifiche normative richiamate in precedenza. In particolare, in aderenza agli obiettivi e progetti del PNRR, è stata disposta una radicale revisione del ruolo unico dei medici di assistenza primaria, con conseguenti riflessi applicativi su diversi istituti negoziali.

Gli incarichi di "medico di assistenza primaria" saranno conferiti a tempo pieno in un'unica azienda per lo svolgimento di attività di scelta ed oraria, modulata sulla base di rinnovati parametri. In ragione di ciò, è stata data all'azienda la possibilità di proporre prioritariamente al medico già in servizio il completamento dell'impegno settimanale con integrazione

⁵⁸ Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito nella legge 189/2012.

⁵⁹ ACN del 28 aprile 2022.

dell'attività di scelta o oraria, consentendo, in caso di adesione, il transito diretto nel ruolo unico. È stata modificata la disciplina del rapporto ottimale e della carenza assistenziale, abbandonando il criterio unico nazionale di determinazione di mera proporzione numerica medico/popolazione, ed attribuendo alle Regioni il compito di individuare, tramite appositi accordi, ulteriori indicatori che tengano in considerazione non solo il dato numerico ma anche le caratteristiche strutturali del territorio.

Ulteriore rilevante modifica riguarda le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa in ragione del numero degli assistiti (disciplina dei massimali art. 38). La nuova ipotesi contrattuale, infatti, ha sancito, per i medici inquadrati nel ruolo unico a tempo pieno, che lo svolgimento dell'attività di scelta ed oraria sarà articolato e modulato attraverso un meccanismo dinamico finalizzato a contemperare la necessità di prestare attività assistenziale nell'ambito delle Case ed Ospedali di comunità con il mantenimento del sistema di libera scelta del medico.

Gli accordi collettivi nazionali rimettono alla contrattazione integrativa la disciplina di una moltitudine di materie. Anche il succitato ACN 2024 demanda espressamente all'AIR la regolazione di numerosi istituti.

Nella seguente tabella sono indicate le disposizioni dell'ACN del 2024 che demandano la disciplina di dettaglio agli accordi integrativi regionali. In considerazione delle finalità e del perimetro tracciato dalla presente analisi, la tabella riporta le sole disposizioni afferenti ai profili di interesse connessi con l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale.

Tabella 48 - Disposizioni dell'ACN 2024 che richiamano l'AIR

Articolo	Descrizione
TITOLO I - DISPOSIZIONI GENERALI CAPO I - CONTESTO ISTITUZIONALE	
Art. 3 - Livelli di contrattazione	L'AIR definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del SSR ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto dagli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale di cui all'art. 4, nonché le materie esplicitamente rinviate dall'accordo medesimo. Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie si impegnano a definire gli AIR come previsto dall'articolo 8, c. 3. Eventuali clausole degli Accordi regionali ed aziendali difformi rispetto all'ACN sono nulle, non possono essere applicate.
Art. 4 - Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale	La programmazione regionale finalizza gli AIR alle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di performance, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini e tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nel medesimo articolo.
CAPO II - CONTESTO ORGANIZZATIVO	
Art. 8 - Istituzione delle forme organizzative	Gli AIR definiscono, ai sensi della normativa vigente e agli atti di programmazione regionale inerenti alle forme organizzative monoprofessionali (AFT), le modalità di

Articolo	Descrizione
	partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, osservando i seguenti criteri generali: a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale; b) istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa; c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi.
Art. 10 - Il coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP).	Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore".
TITOLO II - ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE CAPO I - RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA	
Art. 29 - Caratteristiche generali delle aggregazioni funzionali AFT	L'AIR può integrare i compiti e le funzioni delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico assicurata alla popolazione di riferimento. Gli AIR stabiliscono, altresì, gli indicatori per valutare i risultati raggiunti dalle AFT (può così essere erogata la parte variabile del trattamento dei medici componenti le AFT).
Art. 30 - Il referente AFT	L'AIR disciplina la durata del mandato, la modalità di svolgimento dell'attività del referente delle AFT e stabilisce la sua remunerazione.
Art. 32 - Rapporto ottimale e carenza assistenziale	L'AIR individua i nuovi parametri e il criterio di determinazione del rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio ed abitanti residenti, coerentemente con i modelli organizzativi adottati. Tali Accordi possono indicare per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale rapporti ottimali diversi, tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, anche con riferimento a territori a bassa densità abitativa, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale. Gli AIR possono individuare specifiche modalità di determinazione degli ambiti da definirsi carenti per renderli più aderenti al fabbisogno assistenziale delle varie AFT, tenendo conto, in particolare, di alcune condizioni previste nel medesimo articolo.
Art. 35 - Requisiti degli studi medici	L'AIR stabilisce le modalità di contattabilità del medico del ruolo unico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio. Gli AIR possono, altresì, disciplinare le modalità di erogazione delle prestazioni medico specialistiche in regime di accreditamento con contratto tra medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti nelle forme organizzative, le Aziende sanitarie e quelle erogatrice pubbliche e/o private accreditate del medesimo ambito territoriale.
Art. 38 - Massimale e sue limitazioni	L'AIR può prevedere l'innalzamento del massimale di assistiti fino al limite massimo di 1.800.
Art. 39 - Scelta del medico del ruolo unico di assistenza primaria	Gli AIR possono disciplinare eventuali scelte in deroga territoriale in Comuni limitrofi di Aziende/Regioni diverse da quella di appartenenza.
Art. 43 - Compiti del medico del ruolo unico di assistenza primaria	L'AIR individua i compiti e gli obblighi del medico del ruolo unico di assistenza primaria. Per l'attività a ciclo di scelta: -assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli allegati 8 e 9 dell'ACN ovvero secondo gli AIR; - l'assistenza programmata nei confronti dei pazienti ospiti di strutture residenziali, disciplinata da protocolli definiti dagli AIR; - il rilascio delle certificazioni connesse con le valutazioni multidimensionali, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli AIR. Per l'attività oraria: - l'integrazione di programmi di medicina d'iniziativa come previsto dall'allegato 1 dell'ACN.
Art. 44 - Attività assistenziale a prestazione oraria del medico del ruolo unico di assistenza primaria	L'AIR definisce le modalità di attuazione e retribuzione dei turni di reperibilità domiciliare, per garantire l'assistenza in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico in servizio, nonché, le modalità di reperibilità domiciliare per garantire la continuità dell'assistenza, prevedendo, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina. Gli AIR possono individuare nello svolgimento dell'attività oraria, ulteriori compiti e modalità di partecipazione del medico alle attività previste nelle nuove forme organizzative.

Articolo	Descrizione
Art. 46 - Assistenza ai turisti e visite occasionali	Sulla base di indirizzi definiti negli AIR, con apposite determinazioni regionali sono individuate le località a forte flusso turistico nelle quali organizzare un servizio di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti. Nell'ambito degli accordi possono essere individuate ulteriori e differenti modalità di erogazione e di retribuzione delle visite, nonché ulteriori prestazioni.
Art. 47 - Trattamento economico del medico del ruolo unico di assistenza primaria	La retribuzione per l'attività a ciclo di scelta, al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, si articola in: A. quota capitaria per assistito, definita e negoziata a livello nazionale; B. quota variabile, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale, C. quota per servizi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale; D. quota del fondo aziendale dei fattori produttivi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale; E. quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale. Nell'ambito della quota di cui alla lettera A, è ripartita dagli AIR la quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie. Nell'ambito della quota di cui alla lettera B, è ripartita dagli AIR la quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico. Gli AIR, inoltre, definiscono le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalle AFT. Nell'ambito della quota di cui alla lettera C, è demandata agli AIR la definizione di ulteriori quote variabili per servizi non definiti dagli allegati 6, 8 e 9 dell'accordo. Salvo che gli accordi regionali non dispongano diversamente, i compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata di cui all'Allegato 8 non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili. Nell'ambito della quota di cui alla lettera D, gli AIR possono stabilire diversi criteri di destinazione delle risorse costituenti il fondo medesimo. Nell'ambito della quota di cui alla lettera E, gli AIR possono prevedere eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di LEA diversi dalla assistenza primaria ed a queste complementari, nonché per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate. Le eventuali integrazioni già stabilite con AIR sono negoziate a livello regionale.
CAPO II - MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI	
Art. 50 - Massimale orario, variazioni e limitazioni	Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti di orario fino a un massimo di 38 ore settimanali sulla base degli Accordi regionali.
Art. 51 - Compiti del medico di medicina dei servizi territoriali	I medici titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti assistenziali secondo quanto definito dagli Accordi regionali ed aziendali. L'AIR, tenendo conto anche delle esigenze organizzative, affida incarichi per specifiche responsabilità ai medici dei servizi territoriali.
ART. 52 - Trasferimenti - Disponibilità	Gli Accordi regionali disciplinano la disponibilità del medico di medicina dei servizi territoriali, previo suo consenso, presso strutture o Enti del Servizio sanitario nazionale o regionale.
Art. 57 - Trattamento economico - Contributi previdenziali	Il trattamento economico dei medici dei servizi territoriali si compone del compenso professionale e della quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni, negoziata a livello regionale. Gli AIR possono stabilire attività, che danno diritto all'attribuzione di quote variabili definiti negli accordi stessi.
CAPO III - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	
Art. 62 - Campo di applicazione ed attività	Gli AIR definiscono le modalità organizzative del Servizio di emergenza sanitaria convenzionata.
Art. 64: Massimale orario	Gli AIR possono individuare le modalità organizzative e di collaborazione dei medici del 118 presso le strutture aziendali dell'emergenza-urgenza in cui operano.
Art. 65 - Compiti del medico di emergenza sanitaria territoriale	Gli AIR e gli accordi aziendali possono attribuire ai medici di emergenza attività ulteriori rispetto a quelle dettagliate negli ACN, in particolare, di formazione sia del personale sanitario e medico, sia di educazione sanitaria dei cittadini.
Art. 66 - Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza	Nell'ambito degli Accordi regionali sono definiti i criteri di accesso e modalità di partecipazione al corso.
Art. 68 - Trattamento economico riposo annuale	Il trattamento economico del medico di emergenza sanitaria si compone del compenso orario e della quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni, negoziata a livello regionale. Gli Accordi regionali ed aziendali, per lo svolgimento dei compiti di cui all'articolo 65, commi 2, 3, 4 e 5, nonché di ulteriori compiti individuati dalla contrattazione,

Articolo	Descrizione
	prevedono i compensi da corrispondere ai medici che partecipano alle relative attività. Le eventuali ore di servizio eccedenti le 38 settimanali, sono retribuite aggiuntivamente secondo le determinazioni previste dagli AIR.

Fonte: elaborazione della Sezione

6.2 La contrattazione di secondo livello: gli Accordi integrativi regionali

(AIR)

La Consulta, con la pronuncia n. 157 del 25 giugno 2019, ha definito il rapporto intercorrente tra i diversi livelli di contrattazione (nazionale e decentrata) come “*sistema integrato delle fonti*” al fine di tracciare e definire al meglio il rapporto intercorrente tra gli stessi.

Il caposaldo di tale struttura si rinviene, innanzitutto, nell'attribuzione alla legislazione nazionale e alla contrattazione collettiva nazionale del compito di presidiare l'uniformità dell'intero sistema e demandare parzialmente alla legislazione regionale⁶⁰, per le sole materie e i soli aspetti definiti dall'ACN, la regolamentazione di taluni ambiti, come dettagliato nella tabella precedente.

Invero, così come esplicitato dall'art. 3, comma 4, dell'ACN 2024, emerge come il livello di negoziazione regionale definisce mediante AIR obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del SSR ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché le materie esplicitamente rinviate dall'accordo. Gli AIR sono, dunque, 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 AIR definiscono gli obiettivi generali in coerenza con gli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari indicati dagli ACN (art. 4 ACN 2024).⁶¹

La Regione, quindi, con l'atto di programmazione regionale di cui alla DGR 1864/2024, ha dettagliato gli obiettivi di salute perseguiti dagli AIR.⁶²

⁶⁰ In materia dirimente risulta il richiamo alla pronuncia della Consulta, 20 luglio 2016, n. 186 nella parte in cui dichiarava costituzionalmente illegittimo l'art. 50, c. 4, della l.r. Calabria n. 15/2018 poiché aveva conferito rango legislativo ad una previsione della contrattazione collettiva decentrata affetta da nullità e disapplicabile in quanto contrastante con la pertinente legislazione.

⁶¹ 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.

⁶² Gli AIR perseguono, in particolare, i seguenti obiettivi di salute:

Con riferimento alla scansione temporale della negoziazione, l'art. 3, c. 4, dell'ACN 2022 ha disposto che *le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire gli AIR entro il termine successivo di cui all'art. 8, comma 3 ovvero entro dodici mesi decorrenti dalla definizione degli atti di programmazione di cui al comma 2, che a loro volta vanno definiti dalle Regioni entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo*. Le Regioni, dunque, avrebbero dovuto adottare gli atti di programmazione entro 6 mesi dalla sottoscrizione dell'Intesa raggiunta in Conferenza Stato Regioni (nel caso di specie il 28/04/2022), ed entro i successivi 12 mesi, procedere alla sottoscrizione degli AIR.

Con riferimento alla Regione FVG, la sottoscrizione dell'AIR sarebbe, quindi, dovuta intervenire entro il 28 ottobre 2023⁶³; termine che non è stato rispettato.

L'ACN 2024, diversamente rispetto al precedente contratto, non prevede delle scansioni temporali precise con riguardo al termine finale per l'adozione degli atti di programmazione regionale.

Tuttavia, non può ritenersi ammissibile, in un'ottica attenta alla tutela del diritto alla salute garantito dalla Costituzione, che un'eccessiva procrastinazione delle trattative possa incidere negativamente su aspetti significativi dell'erogazione del servizio.

Proprio nell'ottica di scongiurare gli eventuali pregiudizi per il servizio appena citati, la stessa Corte costituzionale recentemente, nella sentenza n. 26 del 2024 riguardante la Regione Sardegna, ha ritenuto legittimo l'intervento suppletivo del legislatore regionale volto a garantire l'assistenza primaria anche in aree disagiate, in ragione della coesistenza di tre fattori:

-
- incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio consentendo di raggiungere 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.

⁶³ La Regione FVG ha adottato l'atto di programmazione con deliberazione della Giunta regionale del 28/10/2022, n. 1597, avente ad oggetto "Atto di programmazione volto a istituire le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici della medicina convenzionata alle forme organizzative multiprofessionali. Adozione".

in primo luogo perché l'intervento previsto dalla legge regionale impugnata risultava rispettoso degli ambiti che l'ACN riserva alla contrattazione decentrata, in secondo luogo perché l'oggetto dell'intervento riguardava aspetti organizzativi e, da ultimo, perché lo stesso risultava contenuto negli stretti limiti temporali necessari ad addivenire alla stipula degli AIR. Nella citata sentenza, la Corte ha evidenziato che *la fisiologica, consistente durata del predetto percorso negoziale – e, in ipotesi, il suo prolungarsi – potrebbero invero comportare il rischio di lasciare senza assistenza primaria la platea di cittadini di aree disagiate della Regione [...] per un considerevole lasso di tempo.*

La negoziazione collettiva relativa alla disciplina del rapporto in convenzione dei medici dell'assistenza primaria deve, dunque, necessariamente confrontarsi con gli effetti che essa produce nei confronti del diritto dei cittadini alla tutela della salute, in attuazione dell'art. 32 Cost. In tale prospettiva, la disposizione impugnata persegue la prioritaria finalità di contribuire [...] ad assicurare l'assistenza sanitaria di base ai cittadini di aree disagiate della Regione [...], così sopperendo, in attesa della definizione dell'AIR, alle maggiori criticità che si sono presentate a livello locale.

Nella ricostruzione operata dalla Corte la Regione avrebbe, quindi, individuato *una soluzione di tipo organizzativo che trova la sua radice nel diritto tutelato dall'art. 32 Cost., in attesa della definizione dell'AIR di cui, comunque, non pregiudica gli esiti*⁶⁴.

Del resto, lo stesso contenuto dell'art. 40, c. 3 ter del d. lgs. 165/2001⁶⁵, di cui si deve tener conto quale riferimento per la dinamica contrattuale, contempla, al fine di evitare pregiudizi alla funzionalità del servizio pubblico, la possibilità per l'Amministrazione regionale di intervenire in via unilaterale sulle materie oggetto del mancato accordo decentrato.

⁶⁴ Corte Cost., sentenza n. 26/2024.

⁶⁵ Nel caso in cui non si raggiunga l'accordo per la stipulazione di un contratto collettivo integrativo, qualora il protrarsi delle trattative determini un pregiudizio alla funzionalità dell'azione amministrativa, nel rispetto dei principi di correttezza e buona fede fra le parti, l'amministrazione interessata può provvedere, in via provvisoria, sulle materie oggetto del mancato accordo fino alla successiva sottoscrizione e prosegue le trattative al fine di pervenire in tempi celeri alla conclusione dell'accordo. Agli atti adottati unilateralmente si applicano le procedure di controllo di compatibilità economico-finanziaria previste dall'articolo 40-bis. I contratti collettivi nazionali possono individuare un termine minimo di durata delle sessioni negoziali in sede decentrata, decorso il quale l'amministrazione interessata può in ogni caso provvedere, in via provvisoria, sulle materie oggetto del mancato accordo. È istituito presso l'ARAN, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un osservatorio a composizione paritetica con il compito di monitorare i casi e le modalità con cui ciascuna amministrazione adotta gli atti di cui al primo periodo. L'osservatorio verifica altresì che tali atti siano adeguatamente motivati in ordine alla sussistenza del pregiudizio alla funzionalità dell'azione amministrativa. Ai componenti non spettano compensi, gettoni, emolumenti, indennità o rimborsi di spese comunque denominati...

6.3 La contrattazione aziendale

Il livello di negoziazione aziendale - Accordi attuativi aziendali (AAA), specifica i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale (art. 3, c. 5 ACN 2024).

Ai sensi dell'art. 13 del nuovo ACN, 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. 502/1992, 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, individuando⁶⁶:

- 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 relativo alla medicina di iniziativa;
- b) le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera a).

7. I modelli operativi di attuazione della riforma e le possibili criticità organizzative

Il complesso quadro giuridico che caratterizza il rapporto intercorrente tra i diversi livelli di contrattazione nazionale e decentrata ha portato nel tempo all'insorgere di contenziosi aventi ad oggetto, principalmente, l'individuazione delle materie demandate all'uno o all'altro livello di contrattazione.

Negli ultimi anni la Corte costituzionale in più occasioni si è pronunciata sulla legittimità di talune disposizioni regionali – soprattutto provenienti dalle Regioni ad autonomia speciale – aventi ad oggetto la regolazione di profili organizzativi e finanziari del SSR.

Il più recente filone giurisprudenziale si è espresso in senso favorevole anche su disposizioni delle Regioni ad autonomia speciale riguardanti casi in cui non risulterebbero rispettati vincoli

⁶⁶ Si veda la deliberazione della Giunta regionale 6 dicembre 2024, n. 1864, punto 14) Indirizzi per la stesura degli AAA.

di finanza pubblica recati dalla legislazione statale qualora siano le stesse Regioni a provvedere integralmente al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale⁶⁷.

In particolare, la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 124 del 2023 ha escluso che disposizioni della Regione Friuli Venezia Giulia, volte a fronteggiare la difficoltà di assicurare l'assistenza primaria anche nelle zone disagiate attraverso criteri di premialità nella scelta, comportassero la dedotta violazione della competenza legislativa esclusiva statale in materia di ordinamento civile sul rapporto in convenzione dei medici di medicina generale, poiché è stato ritenuto che le disposizioni impugnate fossero invece dettate, in via prioritaria, da esigenze organizzative producenti *effetti secondari sull'andamento dei rapporti convenzionali*.

Da ultimo, con la recente sentenza n. 26 del 27 febbraio 2024, già in precedenza citata, la Corte, chiamata ad esprimersi sulla legittimità di una norma della Regione autonoma Sardegna⁶⁸, nel richiamare la propria recente giurisprudenza nel contenzioso Stato-Regioni in materia di assistenza sanitaria primaria (cfr. sent. n. 112/2023, sent. n. 124/2023), ha ritenuto che la disposizione impugnata fosse legittima in considerazione della finalità e dei contenuti della stessa che consentivano di identificare l'interesse tutelato in via prioritaria nell'esigenza di organizzare il servizio sanitario regionale in modo da non lasciare i cittadini sprovvisti di assistenza medica di base. Il riferimento ai profili organizzativi necessari ad assicurare l'assistenza primaria, risultava, quindi, utile ad escludere la lesione della competenza legislativa esclusiva dello Stato nella materia "ordinamento civile".

Nella predetta ottica improntata alla garanzia del servizio, anche tenendo presenti gli spazi di autonomia riconosciuti dalla Corte costituzionale alle autonomie speciali che finanziano interamente il proprio servizio sanitario, la necessità di dare attuazione sostanziale alla riforma del servizio sul territorio nei termini temporali stabiliti dal PNRR, impone una riflessione sulle difficoltà organizzative che possono derivare dai diversi regimi contrattuali a cui sono assoggettati i medici che attualmente fanno parte del Servizio Sanitario Regionale e che

⁶⁷ La Corte costituzionale con la sentenza del 22 luglio 2024 n. 141, ha statuito che "Il finanziamento integrale degli oneri del servizio sanitario regionale a carico del bilancio della Regione autonoma Sardegna comporta, per orientamento costante di questa Corte, che lo Stato non possa intervenire con norme che definiscano le modalità di contenimento di una spesa sanitaria che è interamente sostenuta dalla Regione autonoma. E' stato difatti affermato che in siffatta ipotesi «lo Stato, quando non concorre al finanziamento della spesa sanitaria, neppure ha titolo per dettare norme di coordinamento finanziario (sentenza n. 341 del 2009; successivamente ribadita dalle sentenze n. 174 del 2020, n. 241 del 2018, n. 231 del 2017, n. 75 del 2016, n. 125 del 2015, n. 115 del 2012 e n. 133 del 2010)» (sentenza n. 11 del 2021)".

⁶⁸ Trattasi dell'art. 1, comma 1, l. reg. Sardegna 5 maggio 2023, n. 5, impugnato per violazione degli artt. 3 e 117, comma 2, lett. l), Cost., nonché degli artt. 3, 4 e 5 dello statuto speciale per la Sardegna, in quanto autorizza, nelle more dell'approvazione dell'AIR di categoria, l'innalzamento del massimale fino al limite massimo di 1.800 scelte, su base volontaria, per i medici del ruolo unico dell'assistenza primaria che operano in aree disagiate individuate dalla Regione nelle quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza.

dovrebbero assicurare un'assistenza sinergica e coordinata all'interno delle Case della Comunità.

A tal fine, può risultare utile il confronto delle diverse situazioni retributive da collegare alle rispettive sfere di attività, dei medici in convenzione e dei medici dipendenti delle aziende sanitarie.

Con riferimento alle attività, giova sottolineare che il nuovo ACN 2024 stabilisce che il medico di MMG già in servizio deve garantire la presenza in ambulatorio secondo il seguente orario: 5 ore fino a 500 assistiti, 10 ore da 501 a 1.000 assistiti e 15 ore da 1.001 a 1.500 assistiti, mentre il medico di MMG neoassunto dovrà garantire la presenza in ambulatorio secondo un orario congruo e non inferiore a (art. 35 ACN 2024):

- 5 ore fino a 500 assistiti;
- 10 ore da 501 a 1.000 assistiti;
- 15 ore da 1.001 a 1.500 assistiti;
- 18 ore fino a 1800 assistiti.

L'ACN 2024 prevede, inoltre, che l'attività dovrà essere suddivisa tra ambulatorio e Case della comunità con l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito indicato (art. 38):

- 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 a 1.500 assistiti, allo stato, non è prevista alcuna ora di servizio a favore dell'azienda.

Analogamente, un dirigente medico dipendente dal SSR (non ospedaliero), neoassunto svolge l'attività per un impegno orario di 38 ore settimanali.

Nella situazione configurata si dovrà tener conto del fatto che i nuovi incarichi del ruolo unico di assistenza primaria, che comportano un impegno a tempo pieno, con progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria, sono conferiti solo a decorrere dal 1° gennaio 2025. Per contro, parrebbe che i medici del ruolo unico di assistenza primaria, già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta o su base oraria (il cui ruolo unico è disciplinato dall'art. 31 dell'ACN 2022), non siano tenuti a svolgere l'attività oraria a favore dell'azienda, ma possano scegliere se aderirvi o meno.

In merito la DCS, con comunicazione acquisita al prot. Cdc n. 1128 del 14/05/2025, successiva al contraddittorio, ha riferito che a marzo 2025 solo tre medici con incarico convenzionale (tutti in ASUFC) hanno optato per il passaggio al nuovo ruolo unico di assistenza primaria disciplinato dall'art. 31 dell'ACN 2024.

Si rileva, altresì, che 278 medici su 693, pari al 40,11% superano i 1.500 assistiti⁶⁹ e potrebbero non essere tenuti a prestare attività oraria a favore dell'azienda, in assenza di una specifica previsione in tal senso nell'ACN (art. 38 ACN2024).

Ai fini dell'evidenza di un quadro più completo del sistema retributivo dei medici che dovranno operare in sinergia nei nuovi modelli di offerta della medicina territoriale si è svolta un'analisi dell'evoluzione dei diversi sistemi retributivi, aziendale e in convenzione, anche sulla scorta della considerazione della riscontrata difficoltà di copertura dei posti vacanti.

Tuttavia, in considerazione delle criticità emerse nella definizione dei dati richiesti, pur in precedenza asseverati e confermati in contraddittorio, che hanno reso necessaria una seconda camera di consiglio dopo un ulteriore approfondimento istruttorio (come da ordinanza n. 25 del 2025) la ricostruzione delle tabelle oggetto di rivisitazione e tutta la parte di analisi relativa viene rimandata al contenuto di un allegato unito alla presente relazione.

Appare evidente come, al fine di garantire l'operatività delle strutture previste dal PNRR, risulterà necessaria un'attenta programmazione delle risorse umane, in particolare, con riferimento al personale da collocare nelle CdC, sia in relazione alle tipologie di servizi che dovranno essere assicurati nella specifica struttura in attuazione del DM 77/2022 (es. medici specialisti), sia in termini di ore prestate dai medici di MMG. Tuttavia, gli attuali profili di criticità derivanti sia dalla diversità di trattamenti contrattuali stabiliti in sede nazionale e quindi sottratti all'ambito decisionale della Regione, sia da un'oggettiva carenza di risorse umane (non risolta nemmeno dagli ulteriori vantaggi previsti in sede regionale) impongono, ai fini del rispetto degli ormai prossimi termini temporali stabiliti dal PNRR, improcrastinabili scelte di definizione dei modelli organizzativi che si intenderà adottare per le Case della Comunità da rendere operative sul territorio regionale.

⁶⁹ I dati sono stati forniti dalla DCS con comunicazione acquisita al prot. della Sezione n. 841 del 14/04/2025 e sono aggiornati al 01/01/2025.

Tabella 49 - Elenco delle abbreviazioni

Abbreviazioni	Descrizione estesa
AAA	ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE
ACN	ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
ADI	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
AFT	AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI
AGENAS	AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI
AIR	ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
ATS	AMBITI TERRITORIALI SOCIALI
ARCS	AZIENDA REGIONALE DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE
ASAP	AMBULATORI SPERIMENTALI DI ASSISTENZA PRIMARIA
ASFO	AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE
ASUGI	AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA
ASUFC	AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE
CA	CONTINUITA' ASSISTENZIALE
CdC	CASA DELLA COMUNITA'
CIA	COEFFICIENTE DI ATTIVITA' ASSISTENZIALE
COT	CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
CP	CURE PALLIATIVE
CPD	CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
DAT	DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI
DCS	DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI E DISABILITA'
DEA	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE
DGR	DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
DM 77	DECRETO MINISTERIALE 77/ 2022
DPCM	DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
FKT	FISIOKINESITERAPISTA
FVG	FRIULI VENEZIA GIULIA
GDC	GIORNATE DI CURE
GEA	GIORNATE EFFETTIVE DI ASSISTENZA
ICA	INFERMIERE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
IFoC	INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'
LEA	LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
LEPS	LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI
MCA	MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
MGI	MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA
MMG	MEDICO DI MEDICINA GENERALE
NMGI	NUOVA MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA
NSIS	NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO
OdC	OSPEDALE DI COMUNITA'
OSS	OPERATORE SOCIO SANITARIO
PAI	PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE
PACU	POST ACUZIE
PLS	PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
PNRR	PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA
PRI	PIANO RIABILITATIVO INDIVIDUALE
PSC	PUNTO SALUTE DI COMUNITA'
PUA	PUNTO UNICO DI ACCESSO
RSA	RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
SID	SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE
SISAC	STRUTTURA INTERREGIONALE SANITARI CONVENZIONATI
SUAP	STRUTTURE AD ASSISTENZA PROTRATTA
SSN	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
SSR	SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
UCA	UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
UCCP	UNITA' COMPLESSE DI CURE PRIMARIE
UCP - DOM	UNITA' DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
UVM	UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

INDICE

Esiti del contraddittorio e osservazioni conclusive	2
Obiettivi dell'indagine e attività istruttoria	7
Premessa.....	11
1. Differenza di nomenclatura adottate dalla regione FVG rispetto all'ordinamento nazionale	12
2. Fabbisogno di risorse umane	13
2.1 Prospettive della programmazione per l'attuazione della riforma PNRR	13
2.2 Medici di Medicina Generale (MMG).....	16
2.3 Ambulatori Sperimentali di Assistenza Primaria (ASAP).....	28
2.4 Medici di continuità assistenziale (MCA)	31
2.5 Pediatri di libera scelta (PLS)	40
2.6 Personale infermieristico	47
2.7 Altro personale (OSS, fisioterapisti, psicologi, amministrativi, ecc.)	57
3. Le forme organizzative	59
3.1 La programmazione	60
3.2 Le Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)	62
3.3 Le Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT).....	63
4. La riforma PNRR e i fabbisogni di personale	70
4.1 Assistenza domiciliare integrata (ADI)	71
4.2 Centrali Operativa Territoriale (COT)	76
4.3 Case della comunità (CdC).....	78
4.4 Punti salute di comunità (PSC)	82
4.5 Unità di continuità assistenziale (UCA)	83
4.6 Ospedali di comunità (OdC)	86
4.7 La programmazione regionale per l'anno 2025.....	93
5. I controlli sull'operatività delle strutture e sulla qualità dei servizi resi.....	96
6. Declinazione della riforma della sanità territoriale nella contrattazione collettiva ...	97
6.1 La disciplina del rapporto di lavoro con i medici di medicina generale MMG. Gli accordi collettivi nazionali.....	98
6.2 La contrattazione di secondo livello: gli Accordi integrativi regionali (AIR).....	104
6.3 La contrattazione aziendale.....	107

7. I modelli operativi di attuazione della riforma e le possibili criticità organizzative
107

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 - Simulazione fabbisogno di personale in applicazione del DM 77/2022 con specifiche regionali.	14
Tabella 2 - Simulazione fabbisogno di personale in applicazione del DM 77/2022 con specifiche regionali (continuazione)	14
Tabella 3 - Simulazione fabbisogno di personale in applicazione del DM 77/2022 con specifiche regionali (continuazione)	14
Tabella 4 - Simulazione fabbisogno personale per lo sviluppo della progettualità DM 77/2022. Ospedali di comunità - posti letto 0,2 per mille - e Hospice (continuazione).....	15
Tabella 5 - Rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per attività a ciclo di scelta.....	16
Tabella 6 - Rapporto effettivo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per attività a ciclo di scelta al 31/12/2024.....	17
Tabella 7 - Differenza tra rapporto ottimale e rapporto effettivo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per attività a ciclo di scelta	18
Tabella 8 - Differenza tra rapporto ottimale e rapporto effettivo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per attività a ciclo di scelta a decorrere dal 01/01/2025.....	18
Tabella 9 - Previsione cessazioni biennio 2025-2026	20
Tabella 10 - Pubblicazione ordinaria zone carenti 2023.....	22
Tabella 11 - Pubblicazione straordinaria zone carenti 2023st.....	24
Tabella 12 - Pubblicazione ordinaria zone carenti 2024.....	26
Tabella 13 - Ambulatori sperimentali di assistenza primaria.....	29
Tabella 14 - Medici in ASAP.....	30
Tabella 15 - Attività erogate dai Servizi di continuità assistenziale - anno 2023	36
Tabella 16 - Rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.....	39
Tabella 17 - Rapporto effettivo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.....	39
Tabella 18 - Differenza tra rapporto ottimale e rapporto effettivo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria	40
Tabella 19 - Rapporto ottimale dei pediatri di libera scelta - popolazione 0-6.....	41
Tabella 20 - Rapporto effettivo dei pediatri di libera scelta - popolazione 0-6	41
Tabella 21 - Pubblicazione ordinaria zone carenti 2023	43
Tabella 22 - Pubblicazione ordinaria zone carenti 2024	44
Tabella 23- Posti di infermiere banditi per ciascuna ente del SSR e domande pervenute.	48
Tabella 24 - Fabbisogno di personale infermieristico al 31/12/2024 e assegnati al 31/12/2024.	48

Tabella 25 - Fabbisogno presunto personale infermieristico 2025-2026.....	51
Tabella 26 - Fabbisogno presunto di IFoC al 30/06/2026 e assegnazioni al 31/12/2024.....	53
Tabella 27 - Fabbisogno di IFoC	56
Tabella 28 - Formazione IFoC anni 2023 - 2026.....	56
Tabella 29 - Fabbisogno presunto di personale	58
Tabella 30 - Articolazione territoriale delle AFT dei MMG in ASFO	64
Tabella 31 - Articolazione territoriale delle AFT dei MMG in ASUFC	65
Tabella 32 - Articolazione territoriale delle AFT dei MMG in ASUGI.....	68
Tabella 33 - Nuove Medicine di Gruppo Integrate esistenti al 31/12/2024	69
Tabella 34 - Obiettivi annuali ADI PNRR: Over 65. La baseline al 2019 è stata indicata da Agenas.	73
Tabella 35 - Avanzamento della presa in carico over 65 rispetto al target finale del 10% (10,49%)	74
Tabella 36 - Dotazione organica complessiva ADI al 31/12/2024 con la specifica relativa alla dotazione organica dell'ADI over 65.	75
Tabella 37 - Fabbisogno di personale nelle COT	77
Tabella 38 - Fabbisogno presunto di personale nelle CdC.....	80
Tabella 39 - Consistenza organica dei Punti salute di comunità al 31/12/2024.....	82
Tabella 40 - Fabbisogno presunto di personale nelle UCA	85
Tabella 41 - Fabbisogno presunto di personale nelle UCA calcolato in base al debito orario..	85
Tabella 42 - Fabbisogno presunto di personale negli OdC.....	86
Tabella 43 - Distribuzione posti letto delle degenze intermedie.....	89
Tabella 44 - Evoluzione presenza posti letto degenze intermedie in ASFO	91
Tabella 45 - Evoluzione presenza posti letto degenze intermedie in ASUFC.....	91
Tabella 46 - Evoluzione presenza posti letto degenze intermedie in ASUGI.....	92
Tabella 47 - Vincolo di spesa per il personale 2025	93
Tabella 48 - Disposizioni dell'ACN 2024 che richiamano l'AIR.....	101
Tabella 49 - Elenco delle abbreviazioni.....	111

CORTE DEI CONTI - CENTRO UNICO PER LA FOTORIPRODUZIONE E LA STAMPA - ROMA





CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER IL FRIULI VENEZIA GIULIA

ALLEGATO AL REFERTO SULLO
STATO DI ATTUAZIONE DELLA
RIFORMA DELL'ASSITENZA
TERRITORIALE NELLA PROSPETTIVA
PNRR - REFERTO SUGLI ESITI DELLA
DELIBERAZIONE N. 43/2022/FRG



CORTE DEI CONTI



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER IL FRIULI VENEZIA GIULIA

**ALLEGATO AL REFERTO SULLO
STATO DI ATTUAZIONE DELLA
RIFORMA DELL'ASSISTENZA
TERRITORIALE NELLA PROSPETTIVA
PNRR - REFERTO SUGLI ESITI DELLA
DELIBERAZIONE N. 43/2022/FRG**

Trattamenti retributivi medi dei medici dipendenti dell'azienda e dei medici in convenzione

1. Retribuzione dirigente medico dipendente SSR - neoassunto ad impegno orario di 38 ore settimanali

1.1 Analisi derivante dall'istruttoria anteriore all'ordinanza 25 del 2025

La tabella che segue rappresenta la retribuzione individuale annua del personale della dirigenza medica dipendente del SSN con anzianità inferiore ai 5 anni e impegno orario di 38 ore settimanali, al netto del trattamento accessorio collegato alle specifiche condizioni di lavoro (es. indennità di turno, pronta disponibilità, indennità di Pronto Soccorso, ecc.) e della retribuzione di risultato.

Il rapporto del medico può essere esclusivo, o non esclusivo, e viene opzionato dal medico all'atto dell'assunzione.

Ai dirigenti medici con rapporto esclusivo è consentito lo svolgimento dell'attività libera professionale all'interno dell'Azienda o Ente (fuori orario di lavoro).

Il rapporto esclusivo comporta:

- il riconoscimento dell'indennità di esclusività;
- l'accesso alla retribuzione di risultato;
- l'accesso all'incremento della retribuzione variabile al superamento del periodo di prova.

Tabella 1 - Retribuzione dirigente medico dipendente SSR - neoassunto ad impegno orario di 38 ore settimanali, a rapporto esclusivo

	Min (Rapporto esclusivo) - Annuo	Min (Rapporto esclusivo) - Mensile
Stipendio base	47.015,77	3.917,98
Indennità specifica medica	9.162,22	763,52
Retribuzione posizione fissa	1.620,00	135,00
Indennità esclusività	3.199,37	266,61
Tot Importo	60.997,36	5.083,11
IVC 22-24	235,08	19,59
Magg. IVC 22-24	1.575,04	131,25
Tot. Netto	62.807,48	5.233,96
Oneri e IRAP (37%)	23.238,77	1.936,56
Lordo	86.046,25	7.170,52

Fonte: elaborazione della Sezione su dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 574 del 21/03/2025

Un numero limitato di medici può percepire la retribuzione di posizione variabile per un importo fino a un massimo di 28.380 euro. Tale grandezza eventuale, priva di limite minimo, riguarda un numero ristretto di medici (circa il 10%) che possono ricoprire un incarico professionale o gestionale, quali ad esempio direttore di struttura complessa (SOC) o di struttura semplice dipartimentale (SOS) e che rappresentano i ruoli a più alta valorizzazione. Sul punto, in sede di contraddittorio, ASUGI ha precisato che gli incarichi di struttura complessa e/o di struttura semplice dipartimentale sono definiti nell'Atto aziendale di ciascuna Azienda e ha confermato che in ASUGI, per il profilo medico, sono attualmente circa il 10% del totale dei dirigenti. L'azienda ha, altresì, evidenziato che il valore delle indennità correlate agli incarichi, per ogni tipologia, è fissato a livello aziendale sulla base della graduazione delle funzioni e della disponibilità dello specifico fondo contrattuale di riferimento, nel rispetto degli importi minimi (parte fissa) e massimi (indennità parte fissa + variabile) definiti dal CCNL. Sempre in sede di contraddittorio ASUFC ha riferito che il valore di variabile aziendale massimo in azienda è di 7.000 euro.

A fronte dell'utilizzo dei dati derivanti dalle risposte formulate dagli Enti in esito alle richieste istruttorie, successivamente asseverati e confermati in sede di contraddittorio, è emersa la necessità di acquisire ulteriori precisazioni in conseguenza di talune discrepanze inerenti alle tabelle relative al trattamento economico dei medici dipendenti e della medicina convenzionata.

A seguito della richiesta del Direttore centrale della DCS di un breve termine al fine di verificare con le aziende e i dati in contestazione e correggere quanto rilevato, con ordinanza 25 del 2025 il termine è stato concesso, al fine di implementare le tabelle espone nel referto con i dati corretti ed è stata rinviata l'adunanza del competente Collegio.

Con nota del 19/05/2025, acquisita al prot. Cdc n. 1189 del 20/05/2025 il Direttore Unità operativa specialistica di bilancio e coordinamento strategico della DCS, con riferimento al trattamento economico del personale medico dipendente del SSR, ha rettificato i dati inviando le seguenti precisazioni espone nelle tabelle di seguito riportate.

1.2 Nota DCS del 19/05/2025, acquisita al prot. Cdc n. 1189 del 20/05/2025 di risposta all'ordinanza 25 del 2025

"trattamento economico del personale medico dipendente del SSR, disaggregato per azienda, tipologia contrattuale e livello di inquadramento

- il dato è stato aggiornato dalla (...) - Responsabile della SC Gestione risorse umane che precisa che:

1) Il totale 2 – Imponibile lordo è ciò che viene corrisposto dall'Ente al dirigente medico e corrisponde alle voci stipendiali lorde previste dal vigente CCNL 23.1.2024

2) Su detto importo l'Ente provvede a calcolare e versare gli oneri riflessi e IRAP per un totale pari al 37%

3) Sul Totale 2 – imponibile Lordo vengono prima applicate le ritenute per contributi a carico del dipendente

4) Dal totale 2 vengono detratti gli oneri a carico dipendente e si determina l'imponibile fiscale sul quale viene applicata l'IRPEF per scaglioni di reddito

5) Dall'imponibile fiscale si detrae l'IRPF calcolata e si ricava il netto busta annuale e mensile."

Descrizione voci	Dirigente medico neo assunto				
	in prova		superata la prova		
	esclusivo	non esclusivo	tipo rapporto		
			esclusivo minimo	esclusivo massimo	non esclusivo
Stipendio	47.015,77 €	47.015,77 €	47.015,77 €	47.015,77 €	47.015,77 €
Inf. Specificità medica	9.162,22 €	9.162,22 €	9.162,22 €	9.162,22 €	9.162,22 €
Retribuzione posizione fissa			1.620,00 €	1.620,00 €	891,00 €
Retribuzione di posizione variabile				28.380,00 €	
Indennità di esclusività	3.199,37 €		3.199,37 €	3.199,37 €	
Totale 1	59.377,36 €	56.177,99 €	60.997,36 €	89.377,36 €	57.068,99 €
IVC 22-24	235,08 €	235,08 €	235,08 €	235,08 €	235,08 €
Magg. IVC 22-24	1.575,04 €	1.575,04 €	1.575,04 €	1.575,04 €	1.575,04 €
Totale IVC	1.810,12 €	1.810,12 €	1.810,12 €	1.810,12 €	1.810,12 €
Totale 2 - imponibile lordo	61.187,48 €	57.988,11 €	62.807,48 €	91.187,48 €	58.879,11 €
Oneri riflessi carico Ente	17.438,43 €	16.526,61 €	17.900,13 €	25.988,43 €	16.780,55 €
IRAP	5.200,94 €	4.928,99 €	5.338,64 €	7.750,94 €	5.004,72 €
Totale Oneri riflessi	22.639,37 €	21.455,60 €	23.238,77 €	33.739,37 €	21.785,27 €

Costo complessivo a carico ente	83.826,85 €	79.443,71 €	86.046,25 €	124.926,85 €	80.664,38 €
---------------------------------	-------------	-------------	-------------	--------------	-------------

Stima netto busta					
Oneri carico dip. 9,20 %	5.629,25 €	5.334,91 €	5.778,29 €	8.389,25 €	5.416,88 €
Maggiorazione 1% oneri c/dip.	57,39 €	25,40 €	73,59 €	357,39 €	34,31 €
Onaosi	224,60 €	224,60 €	224,60 €	224,60 €	224,60 €
Imponibile fiscale	55.276,24 €	52.403,20 €	56.731,00 €	82.216,24 €	53.203,32 €
Ritenuta IRPEF	16.408,00 €	15.173,00 €	17.034,00 €	27.992,00 €	15.516,00 €
Netto busta annuale	38.868,24 €	37.230,20 €	39.697,00 €	54.224,24 €	37.687,32 €
Netto Busta mensile (*)	3.239,02 €	3.102,52 €	3.308,08 €	4.518,69 €	3.140,61 €

(*) comprensivo rateo tredicesima mensilità

2. Composizione compensi medici del ruolo unico di assistenza primaria.

Analisi derivante dall'istruttoria anteriore all'ordinanza 25 del 2025.

Per quanto riguarda, invece, i medici del ruolo unico di assistenza primaria la retribuzione per l'attività a ciclo di scelta, al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, ai sensi dell'art. 47 dell'ACN 2024, risulta come qui di seguito definita:

- A. quota capitaria per assistito, definita e negoziata a livello nazionale;
- B. quota variabile, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale, finalizzata all'effettuazione di specifici programmi di attività per la promozione del governo clinico, allo sviluppo della medicina d'iniziativa ed alla presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica;
- C. quota per servizi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;
- D. quota del fondo aziendale dei fattori produttivi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;
- E. quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale.

Le risorse contrattuali relative alle quote B, C e D possono rappresentare fino al 30% del totale e sono finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote possono essere ulteriormente integrate con gli incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale-territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali di assistenza primaria.

A. La quota capitaria è composta dal:

- a) compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, pari ad euro 42,14;
- b) compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico, determinato a livello regionale con le risorse trasferite dall'INAIL al Fondo Sanitario Nazionale;
- c) compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età, pari ad euro 31,09;
- d) compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito di età inferiore a 14 anni, pari ad euro 18,95;
- e) assegno individuale ad personam riconosciuto ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato al 23 marzo 2005 e determinato al 31 dicembre 2005 secondo la tabella di cui all'articolo 59, lettera A, c. 2, dell'ACN 2005;

- f) quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, pari ad euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali. Tale fondo è integrato, nel rispetto del termine e dei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge, con gli assegni individuali di cui alla lettera e), resisi disponibili per effetto della cessazione dal rapporto convenzionale di singoli medici (art. 59, lett. A, c. 2 dell'ACN 2005);
- g) quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso pari ad euro 13,46, per le prime 500 scelte, riconosciuta ai medici incaricati a tempo indeterminato in data successiva al 23 marzo 2005. Tale quota non è dovuta per le scelte oltre la cinquecentesima.

B. La quota variabile è composta dalla:

- a) quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari ad euro 3,08 per assistito, ripartita dagli AIR sulla base degli obiettivi raggiunti e nel rispetto dei livelli programmati di spesa, incrementata di euro 1,66 per assistito con decorrenza dal 1° ottobre 2022. L'incremento ulteriore di euro 1,90 per assistito, con decorrenza 1° gennaio 2021, come previsto dall'art. 5, c. 1, tabella A2 del presente Accordo, è finalizzato ad obiettivi di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici;
- b) quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010 quale incremento contrattuale, pari ad euro 0,81 per assistito, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6 del citato Accordo;
- c) quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad euro 0,20 per assistito, attribuita ai medici in base al numero di assistiti in carico affetti da una o più delle patologie croniche di cui alla normativa vigente.

Le risorse della quota variabile sono ripartite tra le AFT in ragione degli obiettivi assegnati ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico.

Nell'ambito degli AIR vengono definite le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori.

C. La quota per servizi è composta dalla:

- a) quota per prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6;
- b) quota per assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8;
- c) quota per assistenza domiciliare integrata (ADI) di cui all'Allegato 9.

È demandata agli AAIIRR la definizione delle ulteriori quote variabili per servizi non definite dagli Allegati 6, 8 e 9.

L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle sopra indicate prestazioni viene definita annualmente dalla programmazione regionale. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8 non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili. Sono fatti salvi diversi Accordi regionali.

- D. La quota del fondo aziendale dei fattori produttivi in cui confluiscono, tra l'altro, i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario, come determinati dall'articolo 59, lettera B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., già erogati ai medici alla data di costituzione del fondo stesso. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda.
- E. La quota per ulteriori attività e prestazioni per la quale l'art. 47 stabilisce: gli Accordi regionali possono prevedere eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalla assistenza primaria ed a queste complementari, nonché per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate.

Con riferimento al compenso orario dei medici convenzionati, l'art. 47 prevede che *il compenso per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente Capo, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda, si articola in:*

- A. *quota oraria di euro 24,25, negoziata a livello nazionale, con la decorrenza prevista dall'articolo 5, comma 1, tabella B2, del presente Accordo;*
- B. *quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6, ACN 8 luglio 2010. Tali risorse sono per ciascun anno preventivamente decurtate delle risorse necessarie al finanziamento disposto ai sensi dell'articolo 10, comma 4 e dell'articolo 30, comma 6;*

C. quota oraria derivante dalle risorse destinate, nel limite dello stanziamento annuale ripartito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma, ai medici del ruolo unico di Assistenza Primaria ed individuate all'art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Tale quota oraria è pari ad euro 13,62 per ciascuna ora di incarico svolta per le attività previste dal PNRR e dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77 all'interno delle Case della Comunità hub e spoke.

Come emerge dalla lettura dell'art. 47, la situazione retributiva dei MMG risulta particolarmente articolata, proprio in quanto dipendente dal numero degli assistiti e, quindi, correlata a fattori dipendenti dalla scelta dei pazienti non completamente governabili da parte dell'Azienda.

2.1 Compensi medici MMG

2.1.1 Analisi derivante dall'istruttoria anteriore all'ordinanza 25 del 2025

Nelle tabelle che seguono, sono stati considerati i compensi dei medici MMG differenziati per numero di assistiti, prendendo in considerazione tre fasce: 500, 1000 e 1500 assistiti.

Si ricorda che l'ACN 2024 consente agli accordi regionali l'innalzamento del massimale di assistiti fino al limite massimo di 1.800 scelte.

La tabella che segue individua i compensi fissi per le tre fasce considerate.

Tabella 2 - Compensi Fissi MMG 500/1000/1500 assistiti

COMPENSI	Importo unitario	Num. Assistiti 500		Num. Assistiti 1000		Num. Assistiti 1500		ACN/AIR
		Importo annuo	Mensile	Importo annuo	Mensile	Importo annuo	Mensile	
ONORARIO PROFESSIONALE 1501	42,14	21.070,00	1.755,83	42.140,00	3.511,67	63.210,00	5.267,50	ACN 2024 - art. 47, lett. A I)
QUOTE OLTRE 75 (media assistiti 196) ***	31,09	2.020,85	168,40	4.041,70	336,81	6.093,64	507,80	ACN 2024 - art. 47, lett. A III)
QUOTE MINORI 14 (media assistiti 10) **	18,95	63,17	5,26	113,70	9,48	208,45	18,95	ACN 2024 - art. 47, lett. A IV)
QUOTA INGRESSO (primi 500 assistiti) *	13,46	6.730,00	560,83	6.730,00	560,83	6.730,00	560,83	ACN 2024 - art. 47, lett. A VII)
QUOTA PONDERAZIONE	385,26	4.623,12	385,26	4.623,12	385,26	4.623,12	385,26	ACN 2024 - art. 47, lett. A VI)
ASSISTENZA AL CRONICO (sulla media assistiti over 75)	0,20	13,00	1,08	26,00	2,17	39,20	3,27	ACN 2010 - art. 8, comma 8
INDENNITA' INFORMATICA	77,47	929,64	77,47	929,64	77,47	929,64	77,47	ACN 2005 - art. 59, comma 11
MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA	12,00	6.000,00	500,00	12.000,00	1.000,00	15.600,00	1.300,00	AIR - DGR 1381/2019
TOTALE LORDO		41.449,78	3.454,15	70.604,16	5.883,68	97.434,05	8.121,08	
ENPAM		6.476,53	358,37	11.031,90	610,43	15.224,07	842,56	

COMPENSI	Importo unitario	Num. Assistiti 500		Num. Assistiti 1000		Num. Assistiti 1500		ACN/AIR
		Importo annuo	Mensile	Importo annuo	Mensile	Importo annuo	Mensile	
IRPEF		6.994,65	582,89	11.914,45	992,87	16.442,00	1.455,70	
BOLLO		24,00	2,00	24,00	2,00	24,00	2,00	
TOTALE RITENUTE		13.495,18	1.124,60	22.970,35	1.914,20	31.690,07	2.300,27	
NETTO STIPENDIO		27.954,60	2.329,55	47.633,81	3.969,48	65.743,98	5.820,82	

*A partire dall'ACN 2005, esaurendosi l'incremento della quota capitaria legata all'anzianità di laurea del medico, questo è trasformato, limitatamente ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato all'entrata in vigore dell'Accordo, in assegno individuale non riassorbibile. Lo stesso ACN istituisce a partire dall'anno 2004 il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie che si arricchisce con gli assegni individuali resisi nel tempo disponibile per effetto della cessazione dei medici. Dopo l'entrata in vigore dell'ACN 2005 a ciascun Medico di assistenza primaria che assume l'incarico convenzionale a tempo indeterminato spetta per le prime 500 scelte una quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso.

** Il calcolo effettuato è stato riproporzionato in base al numero di assistiti (3 per 500 assistiti e 6 per 1000 assistiti).

*** Il calcolo è stato riproporzionato in base al numero di assistiti (65 per 500 assistiti e 130 per 1000 assistiti).

Fonte: elaborazione della Sezione su dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 574 del 21/03/2025

Con riferimento alla tabella 2, si evidenzia:

- che il calcolo afferente alle quote minori 14 è stato effettuato non considerando 10 assistiti bensì 11 assistiti (analogamente alla formula utilizzata nel file trasmesso da ARCS che prende in considerazione quest'ultimo numero);
- che, con riferimento al calcolo del ENPAM, è stata applicata una percentuale differente sul lordo totale annuo e sul lordo totale mensile. La prima percentuale è data da 15,625% mentre la seconda è del 10,375%. La discrepanza non è stata chiarita in contraddittorio.

In sede di contraddittorio ASUGI ha precisato che non ci sono variazioni significative sotto il profilo retributivo in ragione dell'anzianità; l'indennità si esaurisce con la cessazione degli aventi diritto, mentre ai nuovi assunti è riconosciuta la quota d'ingresso.

La tabella che segue individua la parte variabile dei compensi per le tre fasce considerate.

Tabella 3 - Compensi parte variabile MMG 500/1000/1500 assistiti

COMPENSI PARTE VARIABILE	Importo unitario	Num. Assistiti 500		Num. Assistiti 1000		Num. Assistiti 1500		ACN/AIR
		Importo annuo	Mensile	Importo annuo	Mensile	Importo annuo	Mensile	
OBIETTIVI AFT	3,00	1.500,00	125,00	3.000,00	250,00	4.500,00	375,00	AIR -DGR 899/2024
COLLABORATORE DI STUDIO	12,00	6.000,00	500,00	12.000,00	1.000,00	15.600,00	1.300,00	ACN + AIR - DGR 286/2022
QUOTA CAPITARIA REGIONALE (governo clinico)	4,74	2.370,00	197,50	4.740,00	395,00	7.110,00	592,50	ACN 2024 - art. 47, lett. B I)
OBIETTIVI GESTIONALI GOVERNO CLINICO	3,26	1.630,00	135,83	3.260,00	271,67	4.890,00	407,50	AIR -DGR 899/2024
TOTALE LORDO PARTE VARIABILE		11.500,00	958,33	23.000,00	1.916,67	32.100,00	2.675,00	



COMPENSI PARTE VARIABLE	Importo unitario	Num. Assistiti 500		Num. Assistiti 1000		Num. Assistiti 1500		ACN/AIR
		Importo annuo	Mensile	Importo annuo	Mensile	Importo annuo	Mensile	
ENPAM		1.796,88	99,43	3.593,75	2.386,25	5.015,63	277,53	
IRPEF		1.940,63	161,72	3.881,25	323,44	5.416,88	479,49	
TOTALE RITENUTE		3.737,50	311,46	7.475,00	622,92	10.432,50	757,03	
NETTO PARTE VARIABLE		7.762,50	646,88	15.525,00	1.293,75	21.667,50	1.917,98	

Fonte: elaborazione della Sezione su dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 574 del 21/03/2025

Anche con riferimento alla tabella 3, per il calcolo del ENPAM, è stata applicata una percentuale differente sul lordo totale annuo (15,625%) e sul lordo totale mensile (10,375%), che non ha trovato chiarimento in sede di contraddittorio.

Con riferimento al collaboratore di studio, è emerso che per garantire omogeneità territoriale, sono fissati per ciascuna Azienda dei limiti di spesa per questa specifica finalità, limiti oltre ai quali l'Azienda non può accogliere eventuali domande volte ad ottenere l'indennità di collaboratore. In sede di contraddittorio Tale indennità è rimborsata nella misura del 100% delle spese effettivamente sostenute fino al tetto di 1.300 euro mensili. Ad oggi, quasi il 60% dei medici di MMG usufruisce del collaboratore di studio. In particolare, ASUGI in sede di contraddittorio ha riferito che il tetto di spesa storico 2013 dell'azienda è di 1.221.455,10 a cui si aggiunge un finanziamento aggiuntivo di 399.129,56, per un totale di 1.620.584,66, che consente di accogliere 104 domande. Considerato che al 31/12/2024 i medici titolari in servizio erano 183 la percentuale risulta essere pari al 56,8%. ASUGI ha riferito, altresì, che sono rimaste scoperte una ventina di domande, che, se accolte, porterebbero la percentuale a quasi il 68% (67,76).

Tabella 4- Totale compensi (parte fissa + parte variabile) MMG 500/1000/1500 assistiti

Totale compenso netto (Compensi Fissi + Parte variabile)	Num. Assistiti 500		Num. Assistiti 1000		Num. Assistiti 1500	
	Importo annuo	Mensile	Importo annuo	Mensile	Importo annuo	Mensile
	35.717,10	2.976,42	63.158,81	5.263,23	87.411,48	7.738,79

Fonte: elaborazione della Sezione su dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 574 del 21/03/2025

Anche i medici di medicina generale possono percepire un'indennità di funzione che interessa meno del 10% dei medici. Infatti, solo 62 MMG (18 componenti di diritto UDMG + 44 coordinatori AFT) su un totale di 667 con contratto a tempo indeterminato al 31/12/2024

possono percepire una o l'altra indennità di funzione, pari al 9,3% come riportato nella tabella che segue.

Tabella 5 - Indennità di funzioni MMG 500/1000/1500 assistiti

	Importo unitario	Numero Assistiti 500		Numero Assistiti 1000		Numero Assistiti 1500		ACN/AIR
		Importo annuo	Mensile	Importo annuo	Mensile	Importo annuo	Mensile	
INDENNITA' DI FUNZIONE								
COMPONENTE DI DIRITTO UDMG (max 18, 1 per distretto)	1.200,00	14.400,00	1.200,00	14.400,00	1.200,00	14.400,00	1.200,00	AIR 2018 - DGR 1963/2018
ENPAM		2.250,00	124,50	2.250,00	124,50	2.250,00	124,50	
IRPEF		2.430,00	215,10	2.430,00	215,10	2.430,00	215,10	
TOTALE RITENUTE		4.680,00	339,60	4.680,00	339,60	4.680,00	339,60	
NETTO COMPONENTE DI DIRITTO UDMG		9.720,00	860,40	9.720,00	860,40	9.720,00	860,40	
COORDINATORE AFT-indennità massima (max 44, 1 per AFT)	1.083,33	13.000,00	1.083,33	13.000,00	1.083,33	13.000,00	1.083,33	AIR 2024 - DGR 1963/2018 e DGR 1864/2024
ENPAM		1.348,75	112,40	1.348,75	112,40	1.348,75	112,40	
IRPEF		2.330,25	194,19	2.330,25	194,19	2.330,25	194,19	
TOTALE RITENUTE		3.679,00	306,58	3.679,00	306,58	3.679,00	306,58	
NETTO INDENNITA' COORDINATORE AFT		9.321,00	776,75	9.321,00	776,75	9.321,00	776,75	

Fonte: elaborazione della Sezione su dati forniti da ARCS con nota acquisita al prot. Cdc n. 574 del 21/03/2025

Anche con riferimento alla tabella 5, per il calcolo del ENPAM, è stata applicata una percentuale differente sul lordo totale annuo (15,625%) e sul lordo totale mensile (10,375%), che non ha trovato chiarimento in sede di contraddittorio.

Come sopra meglio specificato, successivamente al contraddittorio, è emersa la necessità di acquisire ulteriori precisazioni in conseguenza di talune discrepanze inerenti anche alle tabelle del trattamento economico della medicina convenzionata.

A seguito della concessione, con ordinanza 25 del 2025, di un breve termine per l'effettuazione delle opportune verifiche dei dati in contestazione, con la nota sopra citata del 19/05/2025, acquisita al prot. Cdc n. 1189 del 20/05/2025, il Direttore Unità operativa specialistica di bilancio e coordinamento strategico della DCS, con riferimento al trattamento economico dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, articolato per tipologia di compenso e ambito territoriale, ha rettificato i dati allegando le tabelle e le precisazioni di seguito riportate.

2.1.2 Nota DCS del 19/05/2025, acquisita al prot. Cdc n. 1189 del 20/05/2025 di risposta all'ordinanza 25 del 2025

“trattamento economico dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, articolato per tipologia di compenso e ambito territoriale.

I dati sono stati verificati e validati da:

- (...) - resp. Servizio Distrettuale e Ospedaliero
- (...) - Posizione organizzativa gestione delle attività giuridico amministrative del servizio assistenza distrettuale e ospedaliera e della contrattazione territoriale
- (...) - direttore SOC relazioni Sindacali ed applicazioni contrattuali (ASUFC)
- (...) - dirigente presso SOC politiche del personale e medicina convenzionata (ASFO)
- (...) - collaboratore amministrativo presso Medicina Convenzionata (ASUGI)

che al riguardo specificano che:

nel file sono presenti 3 fogli di lavoro, per il calcolo del trattamento economico a seconda del numero di assistiti in carico agli MMG: 1000 assistiti, 1500 assistiti, 1800 assistiti.

Rispetto al precedente invio:

- 1) è stato aggiornato il **numero medio, per medico, di assistiti over 75, pari a 256 assistiti all'1/1/2025**
- 2) è stato aggiunto il calcolo del costo totale a carico dell'Azienda, comprensivo degli oneri

Nella parte variabile, l'importo “altre attività”, corrisponde al valore medio per medico calcolato sul totale regionale dei compensi, a tal proposito si segnala una variabilità tra le medie calcolate per ogni azienda, trattandosi di attività che dipendono dalle modalità organizzative e dal fabbisogno a livello locale.

Nella parte variabile è previsto una voce specifica a copertura del solo costo sostenuto per il personale di studio, mentre restano a carico del professionista le altre spese di gestione dell'attività.

*Va precisato inoltre che il **calcolo qui effettuato è relativo ai MMG assoggettati ad un regime fiscale ordinario, con ritenuta d'acconto al 20%.***

Inoltre, tra i compensi percepiti non viene considerata nel presente documento gli introiti derivanti dall'attività resa in regime di libera professione, qualora abbiano i requisiti richiesti dalla normativa.”

TRATTAMENTO ECONOMICO MMG - CALCOLO SU 1000 ASSISTITI IN CARICO

COMPENSI	importo unitario	importo annuo	mensile	ACQ/ AIR	1000	NOTE
COMPENSI FISSI						
ONORARIO PROFESSIONALE 1800	42,14	42.140,00	3.511,67	ACQ		art. 47, lett. A I)
QUOTE OLTRE 75 (media assistiti 256)	31,09	7.959,04	663,25	ACQ		art. 47, lett. A III)
QUOTE MINORI 14 (media assistiti 11)	18,95	208,45	17,37	ACQ		art. 47, lett. A IV)
QUOTA INGRESSO (primi 500 assistiti)*	13,46	6.730,00	560,83	ACQ		art. 47, lett. A VII)
QUOTA PONDERAZIONE	3,08	4.255,35	354,61	ACQ		art. 47, lett. A VI)
ASSISTENZA AL CRONICO (sulla media assistiti over 75)	0,20	51,20	4,27	ACQ 2010		art. 8, comma 8
INDENNITA' INFORMATICA	77,47	929,64	77,47	ACQ 2005		art. 59, comma 11
MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA	12,00	12.000,00	1.300,00	AIR		DGR 1381/2019
A) TOTALE LORDO (ai fini del calcolo EMPAM)		74.273,68	6.489,47			
EMPAM (10,375% a carico dell'Azienda)		7.705,89	673,28			
MALATTIA 0,72% SU ONORARIO PROFESSIONALE		303,41	25,28			
B) Totale costo Azienda		82.282,98	7.188,04			
Ritenute su A)						
su A) ENPAM (15,625% a carico del medico)		11.605,26	1.013,98			
su A) IRPEF (aliquota al 20%)		12.533,68	1.095,10			
BOLLO		24,00	2,00			
TOTALE RITENUTE		24.162,95	2.111,08			
Voce 1 TOTALE AL NETTO DELLERITENUTE		50.110,73	4.378,39			
PARTE VARIABILE						
OBIETTIVI AFT	3,00	3.000,00	250,00	AIR		DGR 899/ 2024
COLLABORATORE DI STUDIO (pers annuo e/ o inf)	12,00	12.000,00	1.000,00	ACQ + AIR		DGR 286/ 2022
QUOTA CAPITARIA REGIONALE (governo clinico)	4,74	4.740,00	395,00	ACQ		art. 47, lett. B I)
OBIETTIVI GESTIONALI GOVERNO CLINICO	3,26	3.260,00	271,67	AIR		DGR 899/ 2024
ALTRE ATTIVITA' (VACCINI, ADI, ECC. - VEDI FOGLIO "ALTRE ATTIVITA'")		6.669,25	555,77			media/ medico calcolata su totale regionale (vedi foglio altre attività)
C) TOTALE LORDO PARTE VARIABILE		29.669,25	2.472,44			
EMPAM (10,375% a carico dell'Azienda)		3.078,18				
D) Totale costo Azienda		32.747,44				
Ritenute su C)						
su C) ENPAM (15,625% a carico del medico)		4.635,82	386,32			
su C) IRPEF (aliquota al 20%)		5.006,69	417,22			
TOTALE RITENUTE		9.642,51	803,54			
Voce 2 TOTALE AL NETTO DELLERITENUTE		20.026,75	1.668,90			
INDENNITA' DI FUNZIONE						DGR 1963/ 2018
E) COMPONENTE DI DIRITTO UDMG	1200,00	14.400,00	1.200,00	AIR		
EMPAM (10,375% a carico dell'Azienda)		1.494,00	124,50			
F) Totale costo Azienda		15.894,00	1.324,50			
Ritenute su E)						
su E) ENPAM (15,625% a carico del medico)		2.250,00	187,50			
su E) IRPEF (aliquota al 20%)		2.430,00	202,50			
TOTALE RITENUTE		4.680,00	390,00			
Voce 3 NETTO COMPONENTE DI DIRITTO UDMG		9.720,00	810,00			DGR 1963/ 2018
G) COORDINATORE AFT (indennità massima)	1.083,33	13.000,00	1.083,33	AIR		valore dell'indennità varia a seconda del n.ro componenti dell'AFT (13.000 euro se >25 componenti; 11.000 euro da 11 a 24 componenti; 9.000 euro fino a 10 componenti)
EMPAM (10,375% a carico dell'Azienda)		1.348,75	112,40			
H) Totale costo Azienda		14.348,75	1.195,73			
Ritenute su G)						
su G) ENPAM (15,625% a carico del medico)		2.031,25	169,27			
su G) IRPEF (aliquota al 20%)		2.193,75	182,81			
TOTALE RITENUTE		4.225,00	352,08			
Voce 4 NETTO INDENNITA' COORDINATORE AFT		8.775,00	731,25			

Voce 1+2	TOTALE COMPENSO MMG AL NETTO DELLE RITENUTE		70.137,48	6.047,29		
	al netto della quota Collaboratore di studio (12.000 Euro/anno)		58.137,48	5.047,29	si tratta del rimborso del costo sostenuto dal MMG per l'attività svolta presso lo studio dal collaboratore (infermiere o amministrativo)	
Voce 1+2+3	TOTALE COMPENSO MMG + INDENNITA' COMPONENTE UDMG AL NETTO DELLE RITENUTE		79.857,48	6.654,79		
	al netto della quota Collaboratore di studio (12.000 Euro/anno)		67.857,48	5.654,79		
Voce 1+2+4	TOTALE COMPENSO MMG + INDENNITA' COORDINATORE AFT AL NETTO DELLE RITENUTE		78.912,48	6.576,04		
	al netto della quota Collaboratore di studio (12.000 Euro/anno)		66.912,48	5.576,04		
	B+D TOTALE COSTO AZIENDA		115.030,42	9.585,87		
	B+D+F TOTALE COSTO AZIENDA + INDENNITA' COMPONENTE UDMG		130.924,42	10.910,37		
	B+D+H TOTALE COSTO AZIENDA + INDENNITA' COORDINATORE AFT		129.379,17	10.781,60		
	<p>* A partire dall'ACN 2005, esaurendosi l'incremento della quota capitaria legata all'anzianità di laurea del medico, questo è trasformato, limitatamente ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato all'entrata in vigore dell'Accordo, in assegno individuale non riassorbibile. Lo stesso ACN istituisce a partire dall'anno 2004 il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie che si arricchisce con gli assegni individuali resisi nel tempo disponibile per effetto della cessazione dei medici. Dopo l'entrata in vigore dell'ACN 2005 a ciascun Medico di assistenza primaria che assume l'incarico convenzionale a tempo indeterminato spetta per le prime 500 scelte una quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso.</p>					

TRATTAMENTO ECONOMICO MMG - CALCOLO SU 1500 ASSISTITI IN CARICO					
	importo unitario	importo annuo	mensile	ACN/ AIR	1500 NOTE
COMPENSI					
COMPENSI FISSI					
ONORARIO PROFESSIONALE 1800	42,14	63.210,00	5.267,50	ACN	art. 47, lett. A I)
QUOTE OLTRE 75 (media assistiti 256)	31,09	7.959,04	663,25	ACN	art. 47, lett. A III) n. medio assistiti over 75 - dato insiel
QUOTE MINORI 14 (media assistiti 11)	18,95	208,45	17,37	ACN	art. 47, lett. A IV) n. medio assistiti minori 14 - dato insiel
QUOTA INGRESSO (primi 500 assistiti)*	13,46	6.730,00	560,83	ACN	art. 47, lett. A VII) Vedi nota sotto
QUOTA PONDERAZIONE	3,08	5.795,35	482,95	ACN	art. 47, lett. A VI) aggiunta la media assegni cessati,
ASSISTENZA AL CRONICO (sulla media assistiti over 75)	0,20	51,20	4,27	ACN 2010	art. 8, comma 8 n. medio assistiti over 75 - dato insiel
INDENNITA' INFORMATICA	77,47	929,64	77,47	ACN 2005	art. 59, comma 11
MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA	12,00	15.600,00	1.300,00	AIR	DGR 1381/ 2019 1300 assistiti tetto massimo
A) TOTALE LORDO (a fini del calcolo EMPAM)		100.483,68	8.373,64		
EMPAM (10,375% a carico dell'Azienda)		10.425,18	868,77		
MALATTIA 0,72% SU ONORARIO PROFESSIONALE		455,11	37,93		
B) Totale costo Azienda		111.363,97	9.280,33		
Ritenute su A)					
su A) ENPAM (15,625% a carico del medico)		15.700,58	1.308,38		
su A) IRPEF (aliquota al 20%)		16.956,62	1.413,05		
BOLLO		24,00	2,00		
TOTALE RTENUTE		32.681,20	2.723,43		
Voce 1 TOTALE AL NETTO DELLE RTENUTE		67.802,48	5.650,21		
PARTE VARIABILE					
OBIETTIVI AFT	3,00	4.500,00	375,00	AIR	DGR 899/ 2024
COLLABORATORE DI STUDIO (pers ammu e/ o inf)	12,00	15.600,00	1.300,00	ACN + AIR	DGR 286/ 2022 rimborso non erogato a tutti gli MMG importo che viene erogato a seguito della valutazione degli obiettivi, non mensilmente
QUOTA CAPITARIA REGIONALE (governo dinico)	4,74	7.110,00	592,50	ACN	art. 47, lett. B I) importo che viene erogato a seguito della valutazione degli obiettivi, non mensilmente
OBIETTIVI GESTIONALI GOVERNO CLINICO	3,26	4.890,00	407,50	AIR	DGR 899/ 2024 media/ medico calcolata su totale regionale (vedi foglio altre attività)
ALTRE ATTIVITA' (VACCINI, ADI, ECC. - VEDI FOGLIO "ALTRE ATTIVITA'")		6.669,25	555,77		
C) TOTALE LORDO PARTE VARIABILE		38.769,25	3.230,77		
EMPAM (10,375% a carico dell'Azienda)		4.022,31			
D) Totale costo Azienda		42.791,56			
Ritenute su C)					
su C) ENPAM (15,625% a carico del medico)		6.057,70	504,81		
su C) IRPEF (aliquota al 20%)		6.542,31	545,19		
TOTALE RTENUTE		12.600,01	1.050,00		
Voce 2 TOTALE AL NETTO DELLE RTENUTE		26.169,25	2.180,77		
INDENNITA' DI FUNZIONE					
E) COMPONENTE DI DIRITTO UDMG	1.200,00	14.400,00	1.200,00	AIR	DGR 1963/ 2018
EMPAM (10,375% a carico dell'Azienda)		1.494,00	124,50		
F) Totale costo Azienda		15.894,00	1.324,50		
Ritenute su E)					
su E) ENPAM (15,625% a carico del medico)		2.250,00	187,50		
su E) IRPEF (aliquota al 20%)		2.430,00	202,50		
TOTALE RTENUTE		4.680,00	390,00		
Voce 3 NETTO COMPONENTI DI DIRITTO UDMG		9.720,00	810,00		DGR 1963/ 2018
G) COORDINATORE AFT (indennità massima)	1.083,33	13.000,00	1.083,33	AIR	valore dell'indennità varia a seconda del nro componenti dell'AFT (13.000 euro se >25 componenti; 11.000 euro da 11 a 24 componenti; 9.000 euro fino a 10 componenti)
EMPAM (10,375% a carico dell'Azienda)		1.348,75	112,40		
H) Totale costo Azienda		14.348,75	1.195,73		
Ritenute su G)					
su G) ENPAM (15,625% a carico del medico)		2.031,25	169,27		
su G) IRPEF (aliquota al 20%)		2.193,75	182,81		
TOTALE RTENUTE		4.225,00	352,08		
Voce 4 NETTO INDENNITA' COORDINATORE AFT		8.775,00	731,25		

Voce 1+2	TOTALE COMPENSO MMG AL NETTO DELL'ERTENUTE		93.971,73	7.830,98		
	al netto della quota Collaboratore di studio (15.600 Euro/ anno)		78.371,73	6.530,98	si tratta del rimborso del costo sostenuto dal MMG per l'attività svolta presso lo studio dal collaboratore (infermiere o amministrativo)	
Voce 1+2+3	TOTALE COMPENSO MMG + INDENNITA' COMPONENTE UDMG AL NETTO DELL'ERTENUTE		103.691,73	8.640,98		
	al netto della quota Collaboratore di studio (15.600 Euro/ anno)		88.091,73	7.340,98		
Voce 1+2+4	TOTALE COMPENSO MMG + INDENNITA' COORDINATORE AFT AL NETTO DELL'ERTENUTE		102.746,73	8.562,23		
	al netto della quota Collaboratore di studio (15.600 Euro/ anno)		87.146,73	7.262,23		
	B+D TOTALE COSTO AZIENDA (compensi fissi + parte variabile)		154.155,54	12.846,29		
	B+D+F TOTALE COSTO AZIENDA + INDENNITA' COMPONENTE UDMG		170.049,54	14.170,79		
	B+D+H TOTALE COSTO AZIENDA + INDENNITA' COORDINATORE AFT		168.504,29	14.042,02		
	<p>* A partire dall'ACN 2005, esaurendosi l'incremento della quota capitaria legata all'anzianità di laurea del medico, questo è trasformato, limitatamente ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato all'entrata in vigore dell'Accordo, in assegno individuale non riassorbibile. Lo stesso ACN istituisce a partire dall'anno 2004 il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie che si arricchisce con gli assegni individuali resisi nel tempo disponibile per effetto della cessazione dei medici. Dopo l'entrata in vigore dell'ACN 2005 a ciascun Medico di assistenza primaria che assume l'incarico convenzionale a tempo indeterminato spetta per le prime 500 scelte una quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso.</p>					

TRATTAMENTO ECONOMICO MMG - CALCOLO SU 1800 ASSISTITI IN CARICO							
COMPENSI	importo unitario	importo annuo	mensile	ACN/ AIR		1800 NOTE	
COMPENSI FISSI							
ONORARIO PROFESSIONALE 1800	42,14	75.852,00	6.321,00	ACN	art. 47, lett. A I)		
QUOTE OLTRE 75 (media assistiti 256)	31,09	7.959,04	663,25	ACN	art. 47, lett. A III)	n. medio assistiti over 75 - dato	
QUOTE MINORI 14 (media assistiti 11)	18,95	208,45	17,37	ACN	art. 47, lett. A IV)	n. medio assistiti minori 14 - dato	
QUOTA INGRESSO (primi 500 assistiti)*	13,46	6.730,00	560,83	ACN	art. 47, lett. A VII)	Vedi nota sotto	
QUOTA PONDERAZIONE	3,08	6.719,35	559,95	ACN	art. 47, lett. A VI)	aggiunta la media assegni cessati,	
ASSISTENZA AL CRONICO (sulla media assistiti over 75)	0,20	51,20	4,27	ACN 2010	art. 8, comma 8	n. medio assistiti over 75 - dato	
INDENNITA' INFORMATICA	77,47	929,64	77,47	ACN 2005	art. 59, comma 11		
MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA	12,00	15.600,00	1.300,00	AIR	DGR 1381/ 2019	1300 assistiti tetto massimo	
A) TOTALE LORDO (ai fini del calcolo EMPAM)		114.049,68	9.504,14				
EMPAM (10,375% a carico dell'Azienda)		11.832,65	986,05				
MALATTIA 0,72% SU ONORARIO PROFESSIONALE		546,13	45,51				
B) Totale costo Azienda		126.428,47	10.535,71				
Ritenute su A)							
su A) ENPAM (15,625% a carico del medico)		17.820,26	1.485,02				
su A) IRPEF (aliquota al 20%)		19.245,88	1.603,82				
BOLLO		24,00	2,00				
TOTALE RITENUTE		37.090,15	3.090,85				
Voce 1 TOTALE AL NETTO DELLE RITENUTE		76.959,53	6.413,29				
PARTE VARIABILE							
OBIETTIVI AFT	3,00	5.400,00	450,00	AIR	DGR 899/ 2024		
COLLABORATORE DI STUDIO (pers. annuo e/ o inf)	12,00	15.600,00	1.300,00	ACN + AIR	DGR 286/ 2022	rimborso non erogato a tutti gli MMG	
QUOTA CAPITARIA REGIONALE (governo dinico)	4,74	8.532,00	711,00	ACN	art. 47, lett. B I)	importo che viene erogato a seguito della valutazione degli obiettivi, non mensilmente	
OBIETTIVI GESTIONALI GOVERNO CLINICO	3,26	5.868,00	489,00	AIR	DGR 899/ 2024	importo che viene erogato a seguito della valutazione degli obiettivi, non mensilmente	
ALTRE ATTIVITA' (VACCINI, ADI, ECC - VEDI FOGLIO "ALTRE ATTIVITA'")		6.669,25	555,77			media/ medico calcolata su totale	
C) TOTALE LORDO PARTE VARIABILE		42.069,25	3.505,77				
EMPAM (10,375% a carico dell'Azienda)		4.364,68					
D) Totale costo Azienda		46.433,94					
Ritenute su C)							
su C) ENPAM (15,625% a carico del medico)		6.573,32	547,78				
su C) IRPEF (aliquota al 20%)		7.099,19	591,60				
TOTALE RITENUTE		13.672,51	1.139,38				
Voce 2 TOTALE AL NETTO DELLE RITENUTE		28.396,75	2.366,40				
INDENNITA' DI FUNZIONE							
E) COMPONENTI DI DIRITTO UDMG	1.200,00	14.400,00	1.200,00	AIR	DGR 1963/ 2018		
EMPAM (10,375% a carico dell'Azienda)		1.494,00	124,50				
F) Totale costo Azienda		15.894,00	1.324,50				
Ritenute su E)							
su E) ENPAM (15,625% a carico del medico)		2.250,00	187,50				
su E) IRPEF (aliquota al 20%)		2.430,00	202,50				
TOTALE RITENUTE		4.680,00	390,00				
Voce 3 NETTO COMPONENTE DI DIRITTO UDMG		9.720,00	810,00		DGR 1963/ 2018		
G) COORDINATORE AFT (indennità massima)	1.083,33	13.000,00	1.083,33	AIR		valore dell'indennità varia a seconda del n.ro componenti dell'AFT (13.000 euro se >25 componenti; 11.000 euro da 11 a 24 componenti; 9.000 euro fino a 10 componenti)	
EMPAM (10,375% a carico dell'Azienda)		1.348,75	112,40				
H) Totale costo Azienda		14.348,75	1.195,73				
Ritenute su G)							
su G) ENPAM (15,625% a carico del medico)		2.031,25	169,27				
su G) IRPEF (aliquota al 20%)		2.193,75	182,81				
TOTALE RITENUTE		4.225,00	352,08				
Voce 4 NETTO INDENNITA' COORDINATORE AFT		8.775,00	731,25				

Voce 1+2	TOTALE COMPENSO MMG AL NETTO DELLE RITENUTE	105.356,28	8.779,69		
	al netto della quota Collaboratore di studio (15.600 Euro/anno)	89.756,28	7.479,69	si tratta del rimborso del costo sostenuto dal MMG per l'attività svolta presso lo studio dal collaboratore (infermiere o amministrativo)	
Voce 1+2+3	TOTALE COMPENSO MMG + INDENNITA' COMPONENTE UDMG AL NETTO DELLE RITENUTE	115.076,28	9.589,69		
	al netto della quota Collaboratore di studio (15.600 Euro/anno)	99.476,28	8.289,69		
Voce 1+2+4	TOTALE COMPENSO MMG + INDENNITA' COORDINATORE AFT AL NETTO DELLE RITENUTE	114.131,28	9.510,94		
	al netto della quota Collaboratore di studio (15.600 Euro/anno)	98.531,28	8.210,94		
	B+D TOTALE COSTO AZIENDA (compensi fissi + parte variabile)	172.862,41	14.405,20		
	B+D+F TOTALE COSTO AZIENDA + INDENNITA' COMPONENTE UDMG	188.756,41	15.729,70		
	B+D+H TOTALE COSTO AZIENDA + INDENNITA' COORDINATORE AFT	187.211,16	15.600,93		
	<p>* A partire dall'ACN 2005, esaurendosi l'incremento della quota capitaria legata all'anzianità di laurea del medico, questo è trasformato, limitatamente ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato all'entrata in vigore dell'Accordo, in assegno individuale non riassorbibile. Lo stesso ACN istituisce a partire dall'anno 2004 il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie che si arricchisce con gli assegni individuali resisi nel tempo disponibile per effetto della cessazione dei medici. Dopo l'entrata in vigore dell'ACN 2005 a ciascun Medico di assistenza primaria che assume l'incarico convenzionale a tempo indeterminato spetta per le prime 500 scelte una quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso.</p>				

Altre attività

	ASUFC	ASUGI	ASFO	REGIONE	IMPORTI MEDI	MEDIA ASUFC	MEDIA ASUGI	MEDIA ASFO
142 ASSISTENZA RES. PROTETTE	380.508,66	249.767,79	372.718,32	1.002.994,77	1.359,07	1.181,70	1.105,17	2.070,66
143 PRESTAZIONI EXTRA	151.605,87	71.082,61	132.838,66	355.527,14	481,74	470,83	314,52	737,99
145 VACCINAZ. ANTINFLUENZALI	1.049.880,00		600.710,00	1.650.590,00	2.236,57	3.260,50	-	3.337,28
146 VACCINAZ. ANTINFLUENZALI		646.170,00		646.170,00	875,57	-	2.859,16	-
193 VISITE OCCASIONALI AMB. LI	5.340,00	6.975,00	2.310,00	14.625,00	19,82	16,58	30,86	12,83
194 VISITE OCCAS. LI DOMICILIARI	205,00	375,00	12.790,00	13.370,00	18,12	0,64	1,66	71,06
213 COMPENSO ZONE DISAGIATE	80.682,92	1.161,28	7.986,95	89.831,15	121,72	250,57	5,14	44,37
218 UNITA' VALUTAZIONE DISTRETTUALE	9.492,68	14.149,36	1.136,08	24.778,12	33,57	29,48	62,61	6,31
voci varie INDENNITA' INFERMIERI*				0,00	0,00	-	-	-
282 VACCINAZIONI ANTIPNEUMOCOCCO	23.180,00	22.460,00	5.190,00	50.830,00	68,88	71,99	99,38	28,83
297 ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA	191.286,90	183.840,30	226.138,50	601.265,70	814,72	594,06	813,45	1.256,33
337 VACCINAZIONI NON OBBLIGATORIE	209,44	104,72	4.244,24	4.558,40	6,18	0,65	0,46	23,58
447 COMPENSO ZONE DISAGIATISSIME	144.588,28		49.268,20	193.856,48	262,68	449,03	-	273,71
515 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	139.996,04	47.741,18	85.774,04	273.511,26	370,61	434,77	211,24	476,52
TOTALE	2.176.975,79	1.243.827,24	1.501.104,99	4.921.908,02	6.669,25	6.760,79	5.503,66	8.339,47
FONTE: BILANCI AZIENDALI 2022	332,00	226,00	180,00	738,00		6.557,16	5.503,66	8.339,47
	6.557,16	5.503,66	8.339,47	6.669,25				
* o tecnico riabilitazione, assistente sanitario, ostetrico o altro professionista sanitario equivalente ACN 2010 (in FVG solo infermieril)								

anno 2022	n. medici	n. scelte
Assistenza primaria	727	1.039.777
Assistenza primaria - incarico provvisorio	11	14.258
TOTALI	738	1.054.035
FONTE: SISAC		
Dati ASFO		
Descrizione	n. medici	n. scelte
Assistenza primaria	180	273.243
Assistenza primaria - incarico provvisorio	-	-
	180	273.243
Dati ASUFC		
Descrizione	n. medici	n. scelte
Assistenza primaria	324	445.072
Assistenza primaria - incarico provvisorio	8	9.902
	332	454.974
Dati ASUGI		
Descrizione	n. medici	n. scelte
Assistenza primaria	223	321.462
Assistenza primaria - incarico provvisorio	3	4.356
	226	325.818
	738	

INDICE

Trattamenti retributivi medi dei medici dipendenti dell'azienda e dei medici in convenzione	1
1. Retribuzione dirigente medico dipendente SSR – neoassunto ad impegno orario di 38 ore settimanali	1
1.1 Analisi derivante dall'istruttoria anteriore all'ordinanza 25 del 2025	1
1.2 Nota DCS del 19/05/2025, acquisita al prot. Cdc n. 1189 del 20/05/2025 di risposta all'ordinanza 25 del 2025	3
2. Composizione compensi medici del ruolo unico di assistenza primaria. Analisi derivante dall'istruttoria anteriore all'ordinanza 25 del 2025.....	4
2.1 Compensi medici MMG.....	7
2.1.1 Analisi derivante dall'istruttoria anteriore all'ordinanza 25 del 2025	7
2.1.2 Nota DCS del 19/05/2025, acquisita al prot. Cdc n. 1189 del 20/05/2025 di risposta all'ordinanza 25 del 2025	11

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 – Retribuzione dirigente medico dipendente SSR – neoassunto ad impegno orario di 38 ore settimanali, a rapporto esclusivo.....	1
Tabella 2 – Compensi Fissi MMG 500/1000/1500 assistiti.....	7
Tabella 3 – Compensi parte variabile MMG 500/1000/1500 assistiti	8
Tabella 4– Totale compensi (parte fissa + parte variabile) MMG 500/1000/1500 assistiti.....	9
Tabella 5 – Indennità di funzioni MMG 500/1000/1500 assistiti	10

CORTE DEI CONTI - CENTRO UNICO PER LA FOTORIPRODUZIONE E LA STAMPA - ROMA

