

## ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE DELLA MEDICINA CONVENZIONATA

Sommario

<b>Premessa</b> .....	2
<b>1) Analisi del contesto</b> .....	2
<b>2) Specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie</b> .....	3
<b>3) Assetto delle forme organizzative dei medici convenzionati</b> .....	4
<b>4) Unità Complessa delle Cure Primarie - UCCP</b> .....	4
<b>6) Aggregazione Funzionale Territoriale - AFT</b> .....	5
<b>7) AFT pediatriche</b> .....	6
<b>8) Il referente di AFT</b> .....	7
<b>9) Ruolo unico dell'assistenza primaria</b> .....	7
<b>10) Ruolo del Distretto</b> .....	7
<b>11) Criteri per la definizione degli obiettivi</b> .....	8
<b>12) Indirizzi per la stesura degli AIR</b> .....	8
<b>13) Indirizzi per la stesura degli AAA</b> .....	9
<b>14) Programmazione delle attività di UCCP</b> .....	9
<b>15) Programmazione delle attività di AFT</b> .....	10
<b>16) Continuità dell'assistenza</b> .....	10
<b>17) Flussi informativi, sistemi informatici e informativi</b> .....	11
<b>18) Telemedicina</b> .....	11
<b>19) Disposizioni in materia di sicurezza delle cure</b> .....	12
<b>20) Medicina di iniziativa</b> .....	12
<b>21) Cruscotto direzionale</b> .....	12
<b>22) Disposizioni transitorie e finali</b> .....	13
<b>23) Glossario</b> .....	13

## Premessa

In data 28/04/2022 sono stati resi esecutivi il nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale relativo al triennio 2016-2018 ed il nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta relativo al triennio 2016-2018 che sviluppano il modello organizzativo dell'assistenza primaria attraverso l'istituzione delle aggregazioni funzionali territoriali - AFT e delle forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie - UCCP nonché, per i medici di medicina generale, il passaggio 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") convertito in Legge 8 novembre 2012, n. 189.

Nel contempo è stato approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21 del 14 luglio 2021, il Piano Nazionale di ripresa e Resilienza (PNRR) che nella Missione 6 Salute prevede interventi intesi a rinforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari attraverso la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale.

I nuovi AACCN indicano la data 28.10.2022 per la definizione degli atti di programmazione volti a istituire forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) ai sensi dell'art. 8 mentre un obiettivo della Missione 6 Salute del PNRR prevede l'adozione entro il 07.01.2023 da parte delle Regioni del provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi dell'art. 1 del DM 77/2022.

Il presente atto rappresenta pertanto l'adempimento di quanto previsto dai nuovi AACCN e si inserisce necessariamente nel quadro generale della riforma della rete di assistenza sanitaria territoriale ai sensi del PNRR di cui costituirà parte integrante e sostanziale.

Le nuove norme degli AACCN e gli obiettivi del PNRR in materia di riorganizzazione hanno pertanto offerto l'occasione per ideare il nuovo "modello multiprofessionale e interdisciplinare" dell'assistenza sanitaria di base del nostro SSR, e realizzare le "forme organizzative complesse, integrate e diffuse per l'erogazione delle cure primarie in relazione alle specifiche esigenze del territorio di competenza, sia con riferimento alla presa in carico, sia per sviluppare la medicina d'iniziativa, sia per il governo clinico delle situazioni di cronicità, fragilità, complessità che richiedono il coordinamento e l'integrazione di attività di tutte le figure professionali che insistono sui processi di cura e di assistenza" indicati dall'art. 16, comma 3, della L.R. 22/2019 recante la Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria.

### 1) Analisi del contesto

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

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

Con la Legge regionale n. 27 del 28.12.2018 è stato ridefinito l'"Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale" mediante l'istituzione delle nuove Aziende Sanitarie, nate dalla suddivisione e dall'accorpamento delle precedenti Aziende già esistenti, prevedendo che il Servizio sanitario regionale è

attualmente composto, in particolare, per quanto quindi interesse, attinente all'erogazione dell'assistenza medica primaria, dai seguenti enti dotati di personalità giuridica di diritto pubblico:

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

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

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

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

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

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 dal presente atto di programmazione.

## **2) Specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie**

Con DGR n. 1041 del 10.06.2016 è stato approvato l'"Atto di programmazione per l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT e UCCP (CAP) dei medici specialisti, veterinari e altre professionalità sanitarie" adottato ai sensi dell'art.4 comma 2 del relativo ACN stipulato in data 17.12.2015 che prevedeva la disciplina delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) disponendo che queste ultime, previste dall'art.7 dell'ACN 2015, fossero rinominate a livello regionale quali Centri di Assistenza Primaria (CAP) ai sensi dell'art. 20, comma 5, delle L.R. n.17/2014.

In data 20.05.2021 è stato sottoscritto il nuovo ACN degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali il quale ribadisce che gli specialisti ambulatoriali e i professionisti operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema

informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione e che le Regioni definiscono gli atti di programmazione inerenti le forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie), comunque denominate a livello regionale, prevedendone l'inserimento negli atti aziendali.

Il presente atto di programmazione sostituisce il precedente approvato con la DGR 1041/2016 richiamando ed applicando integralmente la disciplina ed i compiti relativi alle AFT ed alle UCCP indicati dall'ACN 2021 dei medici specialisti, veterinari e altre professionalità sanitarie.

### **3) Assetto delle forme organizzative dei medici convenzionati**

Con il presente atto, visti i nuovi criteri generali previsti dall'ACN 2022 dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nonché dell'ACN 2021 degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, vengono conseguentemente istituite nella Regione Friuli Venezia Giulia le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e definite le modalità di partecipazione dei medici convenzionati alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) in attuazione alla riforma introdotta nell'ordinamento vigente dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, con riferimento in particolare alle disposizioni contenute nell'articolo 1.

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

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

Dalla riorganizzazione delle forme organizzative dei medici convenzionati dovrà pertanto derivare una maggiore fruibilità dei servizi territoriali che dovranno essere resi in modo da essere percepiti anche dal cittadino utente come nuove risorse effettivamente disponibili.

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

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

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

L'attività ambulatoriale svolta in seno alle UCCP dai MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento è aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti.

Le UCCP hanno sede fisica nelle Case di Comunità che verranno realizzate secondo il cronoprogramma compreso nel Piano operativo regionale in attuazione del PNRR.

Nelle more dell'attuazione del PNRR, le aziende individuano le sedi delle UCCP in strutture idonee e autorizzate secondo la normativa vigente.

Le UCCP sono strutturate dalle Aziende in modo diverso a seconda dei servizi erogati e del bacino d'utenza in cui sono inserite. Di conseguenza, la complessità della forma organizzativa varia in funzione della presenza e della tipologia dei servizi erogati a partire anche dal loro dimensionamento.

Le UCCP sono pertanto classificate secondo il livello di complessità organizzativo-strutturale come segue:

- a) UCCP principali
- b) UCCP secondarie

Tutte le UCCP realizzano i propri compiti attraverso:

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

Atteso che la conoscenza del fabbisogno di salute a livello distrettuale è indispensabile per una corretta ed efficace individuazione dell'offerta assistenziale, le aziende individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali coordinate da ciascuna unità complessa delle cure primarie valorizzando le risorse esistenti.

È responsabilità distrettuale la stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico; il Direttore del Distretto è responsabile dell'attività di programmazione, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali.

## 5) Coordinatore di UCCP

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

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

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

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

## 6) Aggregazione Funzionale Territoriale - AFT

Le AFT sono forme organizzative monoprofessionali prive di personalità giuridica e sono istituite con provvedimento aziendale. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale.

A seguito dell'Accordo integrativo regionale attuativo del presente atto, 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.

In relazione a specifiche caratteristiche demografiche e/o geografiche, le Aziende possono prevedere l'istituzione della AFT presso la sede della UCCP di riferimento. I medici del ruolo unico di assistenza primaria si raccordano tramite le AFT alle attività della forma organizzativa multiprofessionale nel rispetto della presente programmazione regionale.

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

- a) assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti;
- b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- c) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.

La AFT realizza i compiti sopra elencati secondo il presente modello organizzativo regionale, in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

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.

I medici a ciclo di scelta al di sotto di un certo limite di assistiti definito dall'AIR garantiscono anche attività orarie fino a conseguimento di un orario settimanale rapportabile a 40 ore; analogamente, i medici attualmente titolari di incarico a rapporto orario potranno progressivamente acquisire assistiti a ciclo di scelta fino alla concorrenza di tale massimale.

I medici dell'assistenza primaria a ciclo di scelta curano la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata dei propri assistiti e la condividono con gli altri medici della AFT nell'ambito del sistema informativo regionale ad utilità dell'assistito e del S.S.N., nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure.

I medici partecipanti alle AFT possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative; in ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni mediche proprie del medico di medicina generale regolamentate dall'ACN e dagli accordi decentrati.

Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini sui servizi e le attività assistenziali fornite dalla AFT del medico scelto in base al programma delle attività che le stesse AFT predispongono sulla base dei progetti e delle attività specificate negli Accordi Attuativi Aziendali (AAA).

## **7) AFT pediatriche**

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei pediatri di libera scelta sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione con il presente atto. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

La AFT pediatrica, a differenza di quelle dei MMG, rappresenta un modello organizzativo che non eroga direttamente assistenza sanitaria, ma realizza le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei pediatri che ne fanno parte.

La AFT garantisce l'assistenza pediatrica, come previsto dall'art. 28, comma 6, dell'ACN 2022 su un ambito territoriale, riferito alla popolazione 0-14 anni, definito dall'Azienda per ogni Distretto in ragione del numero di pediatri di libera scelta, delle caratteristiche orografiche, di densità abitativa e di offerta assistenziale sul territorio.

## 8) Il referente di AFT

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

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

## 9) Ruolo unico dell'assistenza primaria

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

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

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

L'utilizzo dei medici del ruolo unico che operano in modo coordinato in seno all'AFT, condividendo tutte le informazioni, programmando le attività verso i pazienti cronici, aumentando gli accessi domiciliari verso i pazienti fragili, condividendo le scelte necessarie a garantire cure appropriate ai cittadini che presentano un bisogno di assistenza, è finalizzato allo sviluppo delle attività programmate diurne tale da ridurre al minimo la necessità di cure urgenti notturne, mediante il monitoraggio costante di situazioni croniche note.

## 10) Ruolo del Distretto

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

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

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

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

- rapporti interprofessionali, comprese le modalità di integrazione/interrelazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e su base oraria, PLS, e specialisti ambulatoriali interni con gli operatori assegnati al Distretto, al fine di garantire uniformità di comportamento operativo nelle attività ed interventi delle diverse articolazioni organizzative;
- bisogni e percorsi formativi delle diverse professionalità su tematiche di carattere generale (es. miglioramento continuo della qualità, sistema informativo, management, etc.);

- definizione del Programma delle Attività Territoriali;
- promozione di strategie operative condivise fra i fattori produttivi territoriali finalizzata a soddisfare il reale bisogno di salute, con l'individuazione delle modalità di raccordo fra la rete produttiva territoriale, i servizi socio-assistenziali, i MMG e i PLS, nonché di procedure e di modalità condivise di offerta dei servizi;
- qualsiasi altra materia il Direttore di Distretto ritenga opportuno sottoporre;
- applicazione di quanto previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali in materia di appropriatezza delle cure e uso delle risorse.

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

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

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

## 11) Criteri per la definizione degli obiettivi

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

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

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

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

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

## 12) Indirizzi per la stesura degli AIR

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

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

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

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

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

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

- 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 eligibili

### **13) Indirizzi per la stesura degli AAA**

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

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

- a) gli obiettivi di salute che si intendono perseguire, con particolare riferimento all'assistenza nei confronti delle persone affette da malattie croniche, anche in considerazione di quanto previsto all'Allegato 1 dell'ACN 2022 relativo alla medicina di iniziativa;
- b) le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera a).

### **14) Programmazione delle attività di UCCP**

Gli obiettivi ed i livelli di performance della forma organizzativa multiprofessionale sono parte integrante del programma delle attività territoriali. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti.

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

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

## 15) Programmazione delle attività di AFT

Gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali, costituisce un elemento per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.

Gli obiettivi di AFT sono collegati alle seguenti attività:

- Assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai MMG che la compongono;
- Garantire la continuità dell'assistenza estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana nei confronti di tutti gli assistiti della stessa AFT mediante copertura del servizio sotto forma di disponibilità domiciliare;
- Realizzare i progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
- Erogare, ove possibile, diagnostica di primo livello, anche utilizzando professionalità intrinseche nei medici che ne fanno parte;
- Partecipare ed implementare attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con il Dipartimento di Prevenzione;
- Contribuire alla creazione di condizioni e contesti favorevoli ad attuare corretti stili di vita dei propri assistiti.

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

## 16) Continuità dell'assistenza

L'attività di continuità assistenziale nei confronti di tutta la popolazione di riferimento, inclusa quella in età pediatrica, è organizzata dalla Azienda sanitaria secondo quanto disposto dall'art. 44 ACN dei MMG, in coerenza con quanto previsto dal presente atto di programmazione regionale e tenuto conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici di scelta e dell'offerta assistenziale in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche e di densità abitativa del territorio e all'offerta assistenziale. La scelta organizzativa deve supportare la presa in carico di assistiti affetti da gravi patologie o pazienti fragili ad alto rischio di ospedalizzazione o di accesso improprio al Pronto Soccorso, con particolare riferimento alla risposta ambulatoriale e domiciliare a problemi di salute non urgenti ma non differibili, nonché straordinarie situazioni di maggior impegno assistenziale.

Il rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività oraria è pari ad un medico/24 ore ogni 5.000 abitanti residenti (1:5.000). Tale rapporto può essere variato con Accordo Integrativo Regionale in diminuzione o in aumento fino al 30%. per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale un valore del rapporto ottimale con possibile variazione

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

- a) della Centrale Unica per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti ovvero del Numero Unico Europeo 116117;
- b) di ambulatori di continuità assistenziale gestiti da medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria integrati, ove necessario, con personale infermieristico, e ubicato, a seconda delle esigenze territoriali, presso una sede propria o in prossimità di un DEA di I o II livello (purché con percorso ben distinto e separato da quello dedicato all'emergenza);
- c) del servizio di continuità assistenziale realizzato con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, organizzato per fasce orarie che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, disciplinato con protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.

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

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

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

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

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

## **17) Flussi informativi, sistemi informatici e informativi**

I medici di medicina generale assolvono ai compiti informativi derivanti dalla normativa nazionale e dai conseguenti provvedimenti regionali attraverso i sistemi informativi nazionali e regionali mediante la cooperazione ed interoperabilità dei propri applicativi, nel rispetto della normativa sulla privacy, anche al fine del monitoraggio degli obiettivi stabiliti a AIR e AAA secondo i criteri identificati dalla programmazione.

Il medico assolve al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:

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

Il medico assolve, altresì, agli obblighi previsti dal flusso informativo definito a livello regionale, connesso all'attività assistenziale, senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a suo carico.

L'inadempienza agli obblighi di cui al comma 2, lettera b), documentata attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo del medico in misura pari al 1,15% su base annua. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico di medicina generale.

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

## **18) Telemedicina**

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

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

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

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

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

## **19) Disposizioni in materia di sicurezza delle cure**

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

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

## **20) Medicina di iniziativa**

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

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

## **21) Cruscotto direzionale**

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

L'integrazione professionale ed organizzativa della medicina convenzionata deve tendere all'attuazione di un innovativo sistema di presa in carico degli assistiti cronici o fragili che permetta loro di avere un unico riferimento nel percorso di cura e/o di assistenza in grado di assicurare la presa in carico complessiva dei bisogni individuali e

superare la frammentazione dei percorsi di cura, le difficoltà di prenotazione e di accesso ai servizi, le perdite di tempo con aumento dell'efficacia dei servizi ricevuti

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

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

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

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

Condizione necessaria affinché tale progetto possa vedersi realizzato è la collaborazione di INSIEL in particolare nel garantire la puntualità e la completezza dei flussi informativi necessari, nonché il supporto nella messa in produzione dei prototipi di reportistica sviluppati da ARCS.

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

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

La piena attuazione degli AACNN dei medici convenzionati nonché del presente atto di programmazione verrà progressivamente raggiunta attraverso la sottoscrizione degli Accordi Integrativi Regionali a modifica dei previgenti e la sottoscrizione degli Accordi Attuativi Aziendali a specificazione dei progetti e delle attività dei medici convenzionati a livello locale che daranno concretezza alle interrelazioni professionali per la graduale transizione dalle attuali forme organizzative di tipo associativo (AFT, MGI) alle nuove forme organizzative AFT e UCCP.

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

## **23) Glossario**

AAA	Accordo Attuativo Aziendale
ACN	Accordo Collettivo Nazionale
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
AIR	Accordo Integrativo Regionale
ARCS	Azienda regionale di coordinamento per la salute
CdC	Case della Comunità

COT	Centrale Operativa Territoriale
D.LGS	Decreto Legislativo
DCS	Direzione Centrale Salute, disabilità, politiche sociali
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DM	Decreto ministeriale
DPCM	Decreto Presidente Consiglio dei Ministri
ECM	Educazione Continua in Medicina
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
ICA	Infermiere Continuità Assistenziale
IFeC	Infermiere di Comunità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LR	Legge Regionale
MGI	Medicina di Gruppo Integrata
MMG	Medici di Medicina Generale
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
PAI	Piano assistenziale Individuale
PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
PFA	Piano Formativo Aziendale
PLS	Pediatrati di libera scelta
PNC	Piano Nazionale della Cronicità
PNPV	Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PRI	Piano riabilitativo Individuale
PS	Pronto Soccorso
PUA	Punto Unico di Accesso
SA	Specialisti ambulatoriali
SCA	Servizio Continuità Assistenziale
SISAC	Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UCAD	Ufficio Coordinamento Attività Distrettuali
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie
UDMG	Ufficio Distrettuale Medicina Generale

IL VICEPRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE