

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

Sommario

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

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

Fondamentale rilevare anche che il precedente modello della continuità assistenziale basato fondamentalmente sulle sedi del servizio di continuità dell'assistenza (ex guardia medica) viene ora superato dal nuovo ACN che prevede espressamente la riorganizzazione della continuità dell'assistenza anche in orario diurno e con ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00) facendo riferimento agli Accordi stipulati ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" e n. 221/CSR del 24 novembre 2016, sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117". Al fine di recepire e declinare a livello regionale le disposizioni introdotte dai nuovi accordi collettivi della medicina convenzionata, si rende pertanto necessario aggiornare con il presente documento l'atto di programmazione adottato con la DGR 1597/2022 che ha istituito nella Regione Friuli Venezia Giulia le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e definito le modalità di partecipazione dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP).

1) Analisi del contesto

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

In prima battuta, a livello locale le forme organizzative sono state disciplinate dalla Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 sul "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia

di programmazione sanitaria e sociosanitaria.” dall’art. 20 relativo all’organizzazione dell’assistenza medica primaria.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nelle more dell’adozione del presente atto, quindi, in regione sono ancora in vigore i modelli organizzativi delle AFT dei MMG, PLS e specialisti ambulatoriali nonché le Medicine di gruppo integrate dei MMG costituite ed avviate ad

iniziativa dei medici convenzionati sulla base della previgente normativa e cesseranno a seguito della definizione dei nuovi Accordi Integrativi Regionali in attuazione di quanto previsto dal presente atto di programmazione.

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Le case della Comunità nella regione FVG

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

La CdC, intesa come forma organizzativa dell'assistenza territoriale e presidio sanitario di un territorio, costituisce quindi il riferimento naturale dell'Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP) prevista dagli Accordi collettivi nazionali della medicina convenzionata, la quale, a sua volta, deve essere funzionalmente collegata con le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta. Secondo gli standard definiti dal DM 77/2022, le Case della Comunità Hub & Spoke sono così caratterizzate:

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

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

ASUFC 10 HUB + 1 SPOKE

ASUGI 5 HUB + 2 SPOKE

ASFO 4 HUB + 1 SPOKE

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

ASUFC 3 SPOKE

ASUGI 3 SPOKE

ASFO 2 HUB

con le seguenti geolocalizzazioni:

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

ASUGI	Tarcento	Hub	Si
	Tarvisio	Hub	Si
	Tavagnacco	Spoke	No
	Tolmezzo	Hub	Si
	Udine	Hub	Si
	Zugliano	Spoke	No
	Cormons	Spoke	Si
	Duino Aurisina	Spoke	No
	Gorizia	Hub	Si
	Gradisca d'Isonzo	Spoke	No
	Grado distretto	Spoke	Si
	Monfalcone	Hub	Si
	Muggia	Hub	No
	Trieste via Sai	Hub	Si
	Trieste via Valmaura	Hub	Si
	Trieste via Pietà	Hub	Si
	Trieste via Stock	Spoke	No

2.2 La Centrale operativa 116117

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

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

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

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

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

3) Assetto delle forme organizzative dei medici convenzionati

Con il presente atto, visti i nuovi criteri generali previsti dall'ACN 2024 dei medici di medicina generale, degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, e dei pediatri di libera scelta, viene aggiornato l'atto di programmazione che ha istituito nella Regione Friuli Venezia Giulia le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e definite le modalità di partecipazione dei medici convenzionati alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) adottato con la DGR 1597/2022.

Secondo le previsioni degli Accordi Nazionali, i medici convenzionati svolgono la propria attività individualmente e in integrazione della propria AFT e partecipano inoltre alle attività della forma organizzativa multiprofessionale di

riferimento coordinandosi con gli altri professionisti del sistema territoriale e integrando le attività anche per mezzo delle costituenti Centrali operative territoriali (COT), strumento di gestione delle transizioni tra setting assistenziali e di cura al servizio del Distretto e della rete di cure territoriali.

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

4) Unità Complessa delle Cure Primarie - UCCP

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

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

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

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

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

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

Tutte le UCCP realizzano i propri compiti attraverso:

- a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;

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

5) Coordinatore di UCCP

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

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

Al coordinatore di UCCP è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore", il cui onere è finanziato secondo quanto previsto in merito dall'ACN di riferimento.

6) Aggregazione Funzionale Territoriale - AFT

6.1 AFT dei medici del ruolo unico di assistenza primaria

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

Le nuove AFT dei medici RUAP garantiscono l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa.

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

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

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

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

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

6.2 AFT pediatriche

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei pediatri di libera scelta, secondo quanto disposto dall'art. 28 dell'ACN, sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN definito dal presente atto. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

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

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

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

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

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

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

6.3 AFT specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie

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

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

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

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

7) I referenti di AFT della medicina convenzionata

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

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

8) Articolazione territoriale delle forme organizzative dei MMG

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

Azienda	Distretto	Case di comunità/sede Uccp	AFT	n. medici per AFT	Comuni di afferenza	Residenti al 1 genn 2024 fonte Istat	Casa di comunità Spoke	Altre sedi erogative UCCP
ASFO	Dolomiti Friulane	Spilimbergo	2 Spilimbergo	15	Spilimbergo, Castelnuovo del Friuli, Pinzano al Tagliamento, Vito d'Asio, Clauzetto, Sequals, Travesio	19.259		
		Maniago	1 Maniago	19	Maniago, Arba, Andreis, Barcis, Cavasso Nuovo, Cimolais, Claut, Erto e Casso, Fanna, Frisanco-Vajont, Meduno, Montereale, Vivaro, Tramonti di Sopra, Tramonti di Sotto	27.682		
	Noncello	Pordenone	3 Cordenons	23	Cordenons, Zoppola, Roveredo in Piano, San Quirino	36.294	Cordenons	
			4 Porcia	11	Porcia	14.945		
			5 Pordenone	37	Pordenone	52.344		
	Livenza	Sacile	6 Sacile	30	Sacile, Brugnera, Caneva	35.553		
			7 Fontanafredda	12	Aviano, Budoia, Fontanafredda, Polcenigo	27.522		
	Tagliamento	San Vito al Tagliamento	8 Casarsa della Delizia	12	Casarsa della Delizia, San Giorgio della Richinvelda, San Martino al Tagliamento, Valvasone-Arzene	18.280		
			9 San Vito al Tagliamento	19	San Vito al Tagliamento, Cordovado, Morsano al Tagliamento, Sesto al Reghena;	26.959		
	Sile	Azzano Decimo	10 Azzano Decimo	12	Azzano, Pravisdomini	19.232		
			11 Pasiano di Pordenone	12	Pasiano di Pordenone, Prata di Pordenone	16.195		

		12 Fiume Veneto	11	Fiume Veneto, Chions	16.884		
--	--	-----------------	----	----------------------	--------	--	--

Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Azienda	Distretto	Casa di comunità Hub/sede Uccp	AFT	n. medici per AFT	Comuni di afferenza	Residenti al 1 genn 2024 fonte Istat	Casa di comunità Spoke	Altre sedi erogative UCCP
A S U F C	Torre	Tarcento, via Coianiz	Tarcento	25	Attimis Cassacco Faedis Lusevera Magnano in Riviera Nimis Povoletto Reana del Rojale Taipana Tarcento Tricesimo	39.712		
	Natisone	Cividale del Friuli, via Carraria, 27	Cividale	17	Cividale del Friuli Torreano Drenchia Grimacco Moimacco Prepotto Pulfero Remanzacco San Leonardo San Pietro al Natisone Savogna Stregna	23.335		
			Manzano	15	Buttrio Premariacco Corno di Rosazzo Manzano S. Giovanni al Nat.	26.095	Manzano via Drusin	
	Friuli centrale	Udine, via San Valentino, 18	Udine Centro 4	27	Udine	38354* *assistiti al 03/07/2024		
			Udine Centro 2	16	Udine	21531* *assistiti al 03/07/2024		

		Udine Nord 1-3	29	Martignacco Pagnacco Tavagnacco Udine	39270* *assistiti al 03/07/2024	Tavagnacco	
		Udine Ovest 5	14	Campoformido Pasian di Prato Pozzuolo del Friuli Udine	19500* *assistiti al 03/07/2024	Zugliano	
		Udine Sud 6	16	Pavia di Udine Pradamano Udine	21654* *assistiti al 03/07/2024	Zugliano	
Medio Friuli	Codroipo, viale Duodo, 82	Codroipo	16	Bertiolo Camino al Tagliamento Codroipo Mereto di Tomba Sedegliano Varmo	28.635		
		Mortegliano	14	Basiliano Castions di Strada Lestizza Mortegliano Talmassons	21.050		
Collinare	San Daniele del Friuli, via Carducci 5	Buia	16	Buja Colloredo di Montalbano Fagagna Majano Moruzzo Treppo Grande	24.375		
		S. Daniele	14	Coseano Dignano Flaibano Forgaria del Friuli Ragogna San Daniele del Friuli Rive d'Arcano San Vito di Fagagna	21.800		

Carnia	Tolmezzo, via Carnia Libera 1944, 29	Tolmezzo	20	Amaro Ampezzo Arta Terme Cavazzo Carnico Cercivento Comeglians Enemonzo Forni Avoltri Forni di Sopra Forni di Sotto Lauco Ovaro Paluzza Paularo Prato Carnico Preone Ravascletto Raveo Rigolato Sappada Sauris Socchieve Sutrio Tolmezzo Treppo Ligosullo Verzegnis Villa Santina Zuglio	35.999		Ampezzo Paluzza Ovaro
Gemonese Val canale e canal del ferro	Gemona del Friuli Piazzale Rodolone, 2	Gemona	18	Artegna Bordano Gemona del Friuli Moggio Udinese Montenars Osoppo Trasaghis Venezzone	21.371		
	Tarvisio, via Ludmilla Tarman, 9	Tarvisio	6	Chiusaforte Dogna Malborghetto-Valbruna Pontebba Resia Resiutta Tarvisio	9.659		
Riviera Bassa Friulana	Latisana via Sabbionera, 45	Latisana	19	Latisana Lignano Sabbadoro Palazzolo dello Stella Precenico Rivignano-Teor Ronchis	32.474		

		S. Giorgio	11	San Giorgio di Nogaro Carlino Marano Lagunare Muzzana del Turgnano Pocenia Porpetto	16.421		
Agro Aquileiese	Palmanova Via Natisone, 1	Palmanova	11	Palmanova Bagnaria Arsa Bicinicco Gonars Trivignano Udinese Visco Chiopris Viscone	18.185		
		Cervignano	19	Cervignano del Friuli Torviscosa Aiello del Friuli Ruda Terzo d'Aquileia Aquileia Fiumicello-Villa Vicentina Campolongo al Torre- Tapogliano San Vito al Torre	35.648	Cervignano del Friuli, Via Trieste, 75	

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

Azienda	Distretto	Case di comunità/sede Uccp	AFT	n. medici per AFT	Comuni di afferenza	Residenti al 1 genn 2024 fonte Istat	Casa di comunità Spoke	Altre sedi erogative UCCP
A S U G I	Alto Isontino	Gorizia	Gorizia	18	Gorizia, Mossa, S. Floriano del Collio, Savogna d'Isonzo, San Lorenzo, Farra d'Isonzo, Gradisca d'Isonzo e Villesse	37.455		
			Cormons Gradisca	11	Capriva del Friuli, Cormons, Dolegna del Collio, Medea, Moraro, Romans d'Isonzo, Mariano del Friuli	26.940	Cormons Gradisca	
	Basso Isontino	Monfalcone, via Galvani 1	Monfalcone	20	Monfalcone Staranzano	36.715		
			Doberdò Ronchi	16	Doberdò del Lago Fogliano-Redipuglia Ronchi San Canzian D'Isonzo San Pier D'Isonzo Sagrado Turriaco	28.967		
			Grado	4	Grado	7.663	Grado	
	Trieste 1	Trieste, via Sai, 5	AFT 7 ROZZOL	13	Trieste	20.000		
			AFT 8 SAN GIOVANNI	16	Trieste	25.850		
		Trieste, via Pietà 2/1	AFT 3 CITTA' NUOVA	15	Trieste	24.304		
			AFT 4 SAN GIACOMO	21	Trieste	35.369		
		Trieste Via Stock, 2/o	AFT 2 ROIANO	22	Trieste	37.540	Via Stock, 2/o	
	Trieste 2	Trieste, Via Valmaura 59	AFT 5 DOMIO	19	Trieste	33.058		
		Muggia, Via C. Battisti 6	AFT 6 MUGGIA	12	Muggia S. Dorligo della Valle	22.911		
			AFT 1 ALTOPIANO	14	Monrupino Sgonico Duino Aurisina	19.221	Duino Aurisina	Duino Aurisina

9) Ruolo unico dell'assistenza primaria

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

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

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

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

10) Ruolo del Distretto

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

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

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

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

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

- applicazione di quanto previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali in materia di appropriatezza delle cure e uso delle risorse.

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

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

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

11) Programmazione delle attività di UCCP e di AFT

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

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

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

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

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

12) Criteri per la definizione degli obiettivi

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

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

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

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

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

13) Indirizzi per la stesura degli AIR

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

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

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

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

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

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

- incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio consentendo di raggiungere almeno il valore soglia del 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni;
- garantire a tutta la popolazione lo stesso livello assistenziale e qualità delle cure erogate migliorando l'efficienza organizzativa anche in contesti geograficamente svantaggiati;
- fornire al paziente un'assistenza che comprenda risposte a bisogni clinico-assistenziali, e psicologici anche per ridurre l'impatto negativo del vissuto di malattia del paziente;
- ridurre gli accessi al pronto soccorso, l'ospedalizzazione e l'esposizione ai rischi legati ad essa, nonché il ricorso all'istituzionalizzazione;
- permettere una dimissione protetta dalle strutture di ricovero potendo assicurare a domicilio la continuità di assistenza e cure di pari efficacia;
- ridurre gli accessi in day hospital sviluppando risposte alternative a domicilio;
- ridurre gli accessi, da parte degli assistiti, in luoghi di cura non appropriati per la patologia;
- prendere in carico il paziente a domicilio, coordinandone la gestione e assicurando il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche;
- fornire alla famiglia educazione terapeutica nel proprio contesto di vita, migliorando l'uso di risorse e di servizi, favorendo le attività di sorveglianza in ambito sanitario;
- accrescere l'utilizzo appropriato dei servizi a distanza finalizzato ad una più efficace risposta ai bisogni assistenziali;
- migliorare la qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei caregiver;
- migliorare le transizioni tra setting grazie all'informatizzazione e all'interoperabilità dei sistemi e favorire la continuità informativa nelle transizioni tra setting;
- sviluppare la rete locale di cure palliative al fine di migliorare la presa in carico precoce delle persone eleggibili

14) Indirizzi per la stesura degli AAA

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

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

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

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

15) Continuità dell'assistenza

La continuità dell'assistenza nei confronti di tutta la popolazione di riferimento, inclusa quella in età pediatrica per le prestazioni richieste nelle fasce orarie notturne, il sabato ed i festivi, è organizzata dalla Azienda sanitaria secondo quanto disposto dall'art. 44 ACN dei MMG, in coerenza con quanto previsto dal presente atto di programmazione regionale e tenuto conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici di scelta e dell'offerta assistenziale in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche e di densità abitativa del territorio.

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

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

ASFO 10

ASUFC 26

ASUGI 9

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

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

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

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

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

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

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

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

- Rinvio del cittadino al medico curante o all'AFT di appartenenza del medico
- Invio agli ambulatori di continuità assistenziale attivati dalle Aziende presso le case di comunità per prestazioni e/o consigli medici non urgenti
- Attivazione del medico reperibile per intervento domiciliare

- Consigli sanitari non urgenti
- Eventuale trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente alla Centrale Operativa Regionale di Emergenza Urgenza Territoriale (COREUT)
- invio al servizio di assistenza sanitaria turistica

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

- a) collegamento con la Centrale Unica per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti ovvero del Numero Unico Europeo 116117;
- b) attivazione di ambulatorio di continuità dell'assistenza gestito da medici del ruolo unico di assistenza primaria integrati, ove necessario, con personale infermieristico;
- c) organizzazione della continuità dell'assistenza in orario diurno e con ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, secondo protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.

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

16) Flussi informativi, sistemi informatici e informativi

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

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

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

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

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

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

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

Nello specifico gli strumenti in uso sono:

- 1- L'Accordo Quadro siglato tra la società ICT in house alla Regione Insiel e fornitori terzi su mandato della Regione FVG (la cui ultima sottoscrizione riguarda il periodo 2021-2023) definisce le seguenti Cartelle Cliniche in uso per MMG/PLS in FVG e i flussi di integrazione col sistema regionale:
 - Millewin (Millennium S.r.l) in utilizzo presso 573 MMG

- JuniorNit (So.Se.Pe. S.r.l) in utilizzo presso 113 PLS
- Medico 2000 (Mediatec Informatica S.r.l) in utilizzo presso 104 MMG
- CCE (CompuGroup Medical Italia S.p.a.) in utilizzo presso 30 MMG
- Sistema di Continuità della Cura (SCC) (Insiel S.p.a) in utilizzo presso 35 MMG
- FastAmb MdF (BestSoft) in utilizzo presso 25 MMG
- IATROS (Tsf S.r.l) in utilizzo presso 10 MMG
- Docunque (Docunque S.r.l) in utilizzo presso 3 MMG

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

SISTEMA REGIONALE DI ACCOGLIENZA	FLUSSO DATI ATTIVO DALLE CARTELLE
Anagrafe Sanitaria	lettura allineamento dati anagrafici ed esenzioni
Sistema di Accoglienza Regionale (SAR)	invio a SOGEI delle prescrizioni dematerializzate ed elettroniche (rosse) di farmaci SSN, non SSN e specialistica
SAR	invio a SOGEI dei piani terapeutici Nota AIFA 97
SAR INPS	invio a SOGEI/INPS dei certificati di malattia
FSE FVG	lettura documenti FSE
FSE FVG	invio del Patient Summary (le cartelle MMG/PLS di terze parti non hanno ancora adeguato il Patient Summary al nuovo formato PNRR FSE 2.0 con firma digitale)
FSE FVG	invio bilanci di salute (PLS) al FSE
I flussi Art59 bis e Stili di Vita sono attualmente sospesi (da definire aspetti privacy)	

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

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

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

17) Telemedicina

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

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi

clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

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

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

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

18) Disposizioni in materia di sicurezza delle cure

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

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

19) Formazione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20) Medicina di iniziativa

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

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

21) Cruscotto direzionale

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

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

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

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

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

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

ARCS, in collaborazione con INSIEL, predispone 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 transizione dalle attuali forme organizzative di tipo associativo (AFT, MGI) alle nuove forme organizzative AFT e UCCP.

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

23) Glossario

AAA	Accordo Attuativo Aziendale
ACN	Accordo Collettivo Nazionale
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
AIR	Accordo Integrativo Regionale
ARCS	Azienda regionale di coordinamento per la salute
CdC	Case della Comunità
COT	Centrale Operativa Territoriale
D.LGS	Decreto Legislativo
DCS	Direzione Centrale Salute, disabilità, politiche sociali
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DM	Decreto ministeriale
DPCM	Decreto Presidente Consiglio dei Ministri
ECM	Educazione Continua in Medicina
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
ICA	Infermiere Continuità Assistenziale
IFeC	Infermiere di Comunità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LR	Legge Regionale
MGI	Medicina di Gruppo Integrata
MMG	Medici di Medicina Generale
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
PAI	Piano assistenziale Individuale

PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
PFA	Piano Formativo Aziendale
PLS	Pediatri di libera scelta
PNC	Piano Nazionale della Cronicità
PNPV	Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PRI	Piano riabilitativo Individuale
PS	Pronto Soccorso
PUA	Punto Unico di Accesso
SA	Specialisti ambulatoriali
SCA	Servizio Continuità Assistenziale
SISAC	Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UCAD	Ufficio Coordinamento Attività Distrettuali
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie
UDMG	Ufficio Distrettuale Medicina Generale

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE