



Deliberazione n. FVG/ 43 /2022/FRG

REPUBBLICA ITALIANA

la

CORTE DEI CONTI

**Sezione di controllo della regione Friuli Venezia Giulia**

**II Collegio**

composta dai seguenti magistrati:

PRESIDENTE: Emanuela Pesel (relatore)

CONSIGLIERE: Daniele Bertuzzi

REFERENDARIO: Tamara Lollis

**Deliberazione del 14 luglio 2022**

\*\*\*\*\*

**REFERTO SULL'ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE REGIONALE IN ATTUAZIONE DELLA RIFORMA DI CUI ALLE LEGGI REGIONALI 27/2018 E 22/2019 ANCHE IN RIFERIMENTO AL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA. I PARTE**

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

vista la legge costituzionale 31 gennaio 1963, n. 1, e successive modifiche e integrazioni (Statuto speciale della Regione Friuli Venezia Giulia);

vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione;

visto il decreto del Presidente della Repubblica 25 novembre 1975, n. 902, così come modificato dal decreto legislativo 15 maggio 2003, n. 125, recante norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Friuli Venezia Giulia in materia di funzioni di controllo della Sezione regionale della Corte dei conti;

visto il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con R.D. 12 luglio 1934, n. 1214 e successive modifiche e integrazioni;

vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20, recante disposizioni in materia di giurisdizione e di controllo della Corte dei conti e successive modifiche e integrazioni con particolare riferimento al terzo comma dell'art.4;

Visto l'art. 22 del d.l.76 del 2020 convertito in l.120 del 2020 ;

Visto l'art.11 della l.15 del 2009 richiamato dall'art.22 sopra citato e in particolare il terzo comma riferito alle funzioni di controllo intestate alle Sezioni regionali;

Visto l'art.7 comma 7 del d.l. n.77 del 2021 convertito in l. n.108 del 2021

Vista la deliberazione delle Sezioni Riunite in sede di controllo n.21/SSRRCO/INPR/21 con la quale è stata approvata la programmazione dei controlli per l'anno 2022

Vista la deliberazione della Sezione Plenaria per il Friuli Venezia Giulia n. FVG 9/2022/INPR approvata nelle adunanze del 12e 24 gennaio 2022 avente ad oggetto il "Programma delle attività di controllo per l'anno 2022";

Vista l'ordinanza presidenziale n. 15 del 2022 relativa alla competenza e alla composizione dei Collegi della Sezione;

Considerati gli esiti dell'attività istruttoria e tenuto conto di quanto emerso nel contraddittorio tenutosi alla presenza di tutti i soggetti controllati in data 28 giugno us.;

Vista l'ordinanza presidenziale n. 25/2022 con la quale è stato convocato il II Collegio per il giorno 14 luglio 2022, per l'approvazione degli esiti del suddetto controllo;

Udito in camera di consiglio il Presidente Relatore Emanuela Pesel;

Tutto ciò premesso, il II Collegio come sopra costituito

### **DELIBERA**

di approvare l'allegato referto sull'assetto organizzativo dell'assistenza territoriale regionale in attuazione della riforma di cui alle leggi regionali 27/2018 e 22/2019 anche in riferimento al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR- I parte

### **ORDINA**

alla Segreteria di procedere all'immediata trasmissione di copia conforme della presente deliberazione e dei suoi allegati al Presidente del Consiglio regionale della Regione Friuli Venezia Giulia, al Presidente della Regione Friuli Venezia Giulia, all'Assessore alla Salute Politiche sociali e disabilità della Regione Friuli Venezia Giulia, alla Direzione Centrale della Salute Politiche sociali e disabilità della Regione Friuli Venezia Giulia, all'ARCS Azienda Regionale di Coordinamento per la salute, all'ASUGI Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, all'ASFC Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, all'ASFO Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

- di pubblicare la presente deliberazione sul sito web istituzionale della Corte dei conti e di

curare gli adempimenti necessari alla pubblicazione sull'apposito spazio dedicato del sito web regionale.

Così deciso in Trieste nella camera di consiglio del 14 luglio 2022.

Il Presidente Relatore

Emanuela Pesel

Depositato in Segreteria in data 14 luglio 2022

Il preposto al Servizio di supporto

Leddi Pasian



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DI CONTROLLO DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI  
VENEZIA GIULIA

**REFERTO SULL'ASSETTO  
ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA  
SANITARIA TERRITORIALE  
REGIONALE IN ATTUAZIONE DELLA  
RIFORMA DI CUI ALLE LEGGI  
REGIONALI 27/2018 E 22/2019, ANCHE  
ALLA LUCE DEL PIANO NAZIONALE DI  
RIPRESA E RESILIENZA**



CORTE DEI CONTI





CORTE DEI CONTI

---

SEZIONE DI CONTROLLO DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI  
VENEZIA GIULIA

**REFERTO SULL'ASSETTO  
ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA  
SANITARIA TERRITORIALE  
REGIONALE IN ATTUAZIONE DELLA  
RIFORMA DI CUI ALLE LEGGI  
REGIONALI 27/2018 E 22/2019, ANCHE  
ALLA LUCE DEL PIANO NAZIONALE DI  
RIPRESA E RESILIENZA**



## INTRODUZIONE

La Sezione regionale di controllo, in attuazione della delibera di programma FVG/9/2022 ha svolto il controllo sull'assetto organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale in Friuli Venezia Giulia secondo quanto previsto dall'art. 3 quarto comma della legge n. 20 del 1994, il quale prevede che la Corte dei Conti svolga il controllo di efficienza efficacia e legittimità sull'utilizzo delle risorse pubbliche anche in corso di gestione. In particolare questa prima parte di indagine ha inteso fotografare la situazione della sanità territoriale al momento dell'avvio del processo di attuazione del PNRR mentre nel prosieguo, seguendo un approccio ispirato ai più recenti interventi normativi quali l'articolo 22 del decreto legge 16 luglio 2020 n. 76, convertito con modificazioni dalla legge 11 settembre 2020 n. 120 e l'articolo 7, comma 7 del decreto legge n. 77/2021, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n. 108 si provvederà a monitorare il percorso attuativo del Piano in un'ottica concomitante e collaborativa volta a realizzare, attraverso la tempestività di un controllo attento ad intercettare con immediatezza eventuali criticità, il raggiungimento di tutti gli obiettivi individuati nel PNRR entro i termini stabiliti.

Già nell'ambito di questa prima fase di controllo l'attività di indagine è stata improntata al metodo del dialogo istruttorio nell'intento di assicurare, mediante un confronto costante con l'Amministrazione, modalità meno onerose di acquisizione dei dati atte ad assicurare, nel contempo, la tempestiva asseverazione degli stessi.

In quest'ottica, il controllo è stato avviato sulla base di una serie di riunioni operative con i soggetti controllati proprio al fine di definire concordemente tempistiche e modalità di reperimento dei dati.

Gli esiti ricostruiti a conclusione dell'istruttoria sono stati discussi in contraddittorio, alla presenza della Direzione Centrale Salute e di tutte le Aziende controllate il 28 giugno 2022.

Le conclusioni deliberate nella presente fase di controllo costituiranno presupposto per le verifiche che saranno operate nel prosieguo in sede di monitoraggio del processo di attuazione del PNRR.

## OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

A conclusione di questa prima fase di controllo sulla situazione della sanità territoriale in Friuli Venezia Giulia appare opportuno evidenziare, nell'ottica collaborativa e concomitante che



caratterizza il controllo affidato alla Corte dei conti nel processo di attuazione del PNRR, alcune prime considerazioni volte ad evidenziare qualche aspetto critico sul quale risulta opportuno intervenire tempestivamente al fine di garantire un percorso di attuazione più agevole e meno soggetto al rischio di ritardi.

Nel considerare la situazione attuale dell'assistenza sanitaria territoriale non possono, peraltro, essere sottovalutati gli effetti nefasti che l'epidemia di Covid ha determinato anche sull'organizzazione dei servizi sanitari che negli ultimi due anni ha dovuto affrontare l'emergenza drammatica di una situazione pandemica grave, in ragione della quale le forze e le risorse del sistema sanitario hanno dovuto essere necessariamente prioritariamente convogliate sulla lotta al Covid, con la conseguenza che i processi di riforma hanno inevitabilmente subito dei rallentamenti. Al momento attuale, tuttavia, nel quale sembrerebbe (lo si auspica) esser stata superata la fase di maggiore emergenza, si deve provvedere ad avviare senza indugi il processo di attuazione degli obiettivi PNRR intervenendo da subito sugli aspetti critici che necessitano di interventi correttivi in modo da poter rispettare le scadenze previste nel Piano Operativo regionale allegato al Piano Istituzionale di Sviluppo. Nell'ottica concomitante e collaborativa sopra evidenziata si rappresentano, quindi, le osservazioni che seguono relative alla prima rilevazione effettuata sulla situazione esistente.

In primo luogo, si deve segnalare come potrebbero essere foriere di difficoltà interpretative, ostative di un'agevole rendicontazione delle fasi di attuazione del PNRR, alcune differenze di nomenclatura e di definizione adottate dal FVG rispetto all'ordinamento nazionale. Il riferimento va rivolto in primo luogo alla definizione di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), che in sede nazionale sembrerebbe riferita a strutture residenziali assistenziali per anziani, mentre, in Friuli Venezia Giulia, le strutture così denominate sembrerebbero, invece, potersi riferire in parte agli ospedali di comunità (ODC) previsti dal PNRR e in parte alle strutture post-acuti previste nell'ordinamento regionale.

Particolare attenzione andrebbe, altresì, rivolta alle definizioni utilizzate nei documenti di programmazione regionale per individuare le strutture di coordinamento e di gestione delle emergenze, razionalizzando le strutture già previste in Friuli Venezia Giulia anche alla luce delle previsioni contenute nel PNRR (ad esempio in riferimento alle COT).

Infine, risulterebbe altrettanto opportuno intervenire con una precisa identificazione della figura dell'infermiere di famiglia/comunità (IF/C) in modo da tener conto delle indicazioni,

pur non prescrittive, contenute nel recentissimo DM 77/2022, con il quale sono stati definiti gli standard di copertura di servizio e le mansioni di tali figure, che ricopriranno un ruolo di significativo rilievo nell'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale.

Sui punti appena evidenziati va data, peraltro, positiva evidenza al fatto che nel corso del contraddittorio la Direzione Centrale Salute, ha convenuto sull'utilità di adottare nomenclature uniformemente applicate a livello nazionale e comunque previste dal PNRR nell'ottica, non solo di confrontare dati omogenei, ma di evitare confusioni nell'individuazione delle tipologie delle strutture e dei servizi comunicando che provvederà a formulare in merito delle proposte per eventuali modifiche normative.

L'aspetto più critico rilevato in questa prima fase di verifica riguarda, tuttavia, le carenze di copertura e di articolazione del servizio dei Medici di Medicina Generale MMG, dei Medici di Continuità Assistenziale MCA e degli infermieri.

In primo luogo, per quanto riguarda il grado di copertura del servizio dei MMG, si deve richiamare l'attenzione sulla difficoltà riscontrata in istruttoria nella ricostruzione di un dato omogeneo riferito alla popolazione residente di tutte e tre le Aziende: pertanto, nell'ottica di elaborare un dato univoco, è stato considerato il valore degli assistiti/residenti contenuto nel Sistema Informativo Sanitario Regionale (di cui al tabulato INSIEL SAN.11.KD.068-02 rilevato al 31-12-2021 a cui le Aziende devono attenersi per il calcolo della popolazione in base al quale si definiscono le zone carenti).

Al momento della rilevazione la situazione di copertura rispetto al parametro disciplinato dall'articolo 39 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23/03/2005 che prevede un tetto massimo di 1.500 abitanti per medico, evidenzia che in ASUGI il rapporto effettivo MMG/ABITANTI è pari a 1 MMG ogni 1.513, in ASFC è pari a 1 MMG ogni 1.529 e solo ASFO riesce a rientrare nel limite massimo di copertura con 1 MMG ogni 1.477.

In merito si deve, comunque, sottolineare che la difficoltà di provvista di MMG, nell'attuale ordinamento vigente liberi professionisti che operano in convenzione, risulta essere una variabile non completamente governabile dalla Regione, in quanto dipendente sia dai percorsi universitari a numero chiuso, sia dalle decisioni personali del singolo medico neo formato relative alla scelta dell'area territoriale nella quale operare professionalmente. Inoltre, anche in relazione all'intervento di supporto, riferito in istruttoria, che la Regione ha cercato di assicurare aumentando (fino quasi al raddoppio) con oneri a carico del bilancio regionale il

numero di borse di studio messe a disposizione per i medici partecipanti ai corsi triennali di formazione specifica in medicina generale (i cosiddetti corsi per specializzandi) è stato evidenziato dall'Amministrazione che eventuali ulteriori iniziative di finanziamento sconterebbero il limite determinato dal numero dei medici in servizio disposti a svolgere il ruolo di tutor per garantire le ore di tirocinio pratico ai borsisti - specializzandi. La disponibilità al tutoraggio, che implica la partecipazione a specifici corsi di formazione, sarebbe, infatti, rimessa, come precisato dalla Direzione Centrale nel corso del contraddittorio, alla libera scelta del medico di medicina generale.

Per quanto riguarda i Medici di Continuità Assistenziale MCA, vale a dire quella componente di professionisti che attualmente copre l'orario notturno festivo e prefestivo quando non sono operativi i medici di medicina generale (l'ex Guardia Medica), si deve rilevare una grossa difficoltà delle Aziende nel reperire il personale necessario a garantire la copertura del servizio. Si deve, peraltro, dar atto che le Aziende, a fronte della predetta situazione di difficoltà oggettiva nel reperire professionisti disponibili ad operare esclusivamente su turni di lavoro particolarmente poco appetibili, hanno cercato di individuare soluzioni attraverso forme contrattuali flessibili, ma appare, altresì, evidente che sarà necessario, sia a livello di disciplina contrattuale nazionale sia, per quanto possibile, negli spazi disponibili per la contrattazione integrativa regionale, disciplinare tali figure professionali in modo da renderle più appetibili, valorizzandole e affrancandole dal ruolo di soluzione "tampono" in attesa di migliori sviluppi professionali. In questo senso potrà risultare positivo il coinvolgimento dei MCA nelle nuove forme di medicina integrata e si rivelerà certamente utile il loro recente avvenuto inserimento nel ruolo unico di assistenza primaria.

Ulteriore elemento di criticità riguarda la provvista di infermieri, figure professionali che rivestiranno ruoli di grande rilevanza nella nuova configurazione organizzativa dell'assistenza territoriale. In relazione alla figura di infermiere di famiglia/comunità si deve tener presente che in riferimento al parametro, anche se non cogente, individuato dal recentissimo DM 77 del 2022, che dovrà essere pari a un infermiere ogni 3000 abitanti, in Friuli Venezia Giulia mancherebbero complessivamente 350 infermieri (128 su ASUFC, 118 su ASUGI, 104 su ASFO). Anche in questo caso risulta molto difficile reperire numeri adeguati di unità di personale non solo in ragione delle strategie seguite a livello nazionale in relazione ai

percorsi universitari a numero chiuso, ma anche in ragione della “concorrenza” del settore privato.

Un altro aspetto che richiederà interventi migliorativi riguarda la non completa attuazione delle formule organizzative erogative di gruppo che, attualmente, nel territorio regionale sarebbero sostanzialmente rappresentate dalla cosiddetta nuova Medicina di Gruppo Integrata. In Friuli Venezia Giulia tali strutture, che porrebbero in sinergia l'operatività di almeno 6 medici cosiddetti “di famiglia” (con deroghe per aree territoriali disagiate) al precipuo fine di consentire un ampliamento del servizio ad 8 ore giornaliere dal lunedì al venerdì, dando modo ai pazienti di un medico di usufruire, comunque, dei servizi ambulatoriali indifferibili prestati da altri medici del gruppo, erano state originariamente previste dall'art. 20 della l.r. 17 del 2014, norma abrogata a far data dall'1-1-2020 dall'art. 71 della l.r. 22 del 2019. L'art.16 della medesima l.r.22 del 2019 aveva, comunque, disposto il mantenimento dell'operatività dei raggruppamenti in essere, in attesa di farli confluire nelle nuove forme organizzative da individuare negli accordi con i MMG.

Al momento della rilevazione, pur tenendo presente che si tratta di un dato “dinamico” caratterizzato da un flusso di nuove partecipazioni e cessazioni, si è riscontrata un'operatività di medici singoli pari al 13,88% in ASUGI, al 15,47%, in ASUFC mentre in ASFO la percentuale sarebbe contenuta nel limite del 5%.

Appare evidente come il successo dello sviluppo della sanità territoriale risieda anche nella fiducia che la popolazione ripone in un assetto strutturale che dia garanzia di effettiva presenza e di certezza di risposta, così come la danno le strutture di Pronto Soccorso per le patologie acute. Per contrastare il fenomeno degli accessi inappropriati agli ospedali la maggiore disponibilità del servizio territoriale dovrà essere percepita come una risorsa effettivamente disponibile dal cittadino utente. A tale positiva percezione contribuiranno certamente le forme organizzative erogative nella misura in cui garantiranno, almeno, un effettivo accesso al servizio della medicina di base su uno spazio orario reale di 8 ore al giorno, ma proprio in quest'ottica non si può non rilevare che le eccezioni riconosciute per medici che non intendano aderire alla medicina di gruppo, in disparte dai casi giustificati da problematiche del territorio (come nel caso della montagna), finiscano per determinare per alcuni cittadini una limitazione del servizio disponibile. In tal senso si deve ribadire che i MMG i PLS i MCA pur legati all'amministrazione da un rapporto convenzionale sono retribuiti con

risorse finanziarie pubbliche quale corrispettivo dell'erogazione di un pubblico servizio. Conseguentemente, la flessibilità consentita dalla forma di rapporto convenzionale non sembra possa essere considerata un presupposto di per sé legittimante di declinazioni del rapporto convenzionale che si rivelino in qualche modo pregiudizievoli per il servizio (come nel caso della non disponibilità a fungere da tutor ai nuovi medici) o per il cittadino utente (come nel caso della non adesione alla medicina di gruppo, obbligo attualmente non sanzionato, che diminuisce, di fatto, gli orari disponibili di ambulatorio).

L'orizzonte indicato dal PNRR, si pensi ad esempio alle Case della Comunità, indica un percorso in cui la sanità territoriale deve rappresentare una presenza pervasiva di supporto al cittadino per la condizione di malattia e anche per eventuali altre fragilità e richiederà come caratteristica essenziale di tutto il personale sanitario la capacità di lavorare in *equipe* e la flessibilità necessaria ad individuare risposte personalizzate alle problematiche dei pazienti. Tutti gli operatori sanitari, compresi quelli legati da un rapporto convenzionale, dovranno essere portatori di un nuovo approccio operativo più collaborativo e sinergico e più orientato ad assicurare la garanzia concreta di un presidio sul territorio, quale reale punto di riferimento per i cittadini. Per garantire l'effettivo funzionamento dei servizi risulterà, tuttavia, necessario un significativo rafforzamento dei sistemi di controllo da parte delle aziende volti alla verifica dell'effettiva disponibilità delle strutture per l'utenza e alla vigilanza sulla qualità dei servizi resi.

# 1 L'ORDINAMENTO STATALE DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

## 1.1 L'assetto pre-Covid

L'assetto organizzativo dell'assistenza territoriale è sostanzialmente quello delineato con il decreto legislativo 502/1992, che è stato successivamente integrato e modificato da diversi interventi legislativi<sup>1</sup> volti alla riorganizzazione ed al miglioramento dell'efficienza di alcuni fondamentali elementi del Servizio sanitario nazionale, tenuto anche conto della contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale a seguito delle varie manovre di contenimento della spesa pubblica.

Come noto, il riordino della disciplina in materia sanitaria previsto **dal d.lgs. 502/1992, come modificato dal d.lgs. 517/1993** ha apportato una profonda trasformazione del servizio sanitario. Si è passati da una concezione di assistenza pubblica illimitata ed incondizionata a una concezione di assistenza pubblica con una spesa sociale e sanitaria proporzionata alla effettiva realizzazione di entrate e ad una riorganizzazione funzionale del servizio pubblico per recuperare efficienza, economicità e qualità.

Con la **riforma Bindi, di cui al d.lgs. 229/1999**, viene valorizzata la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività che deve essere garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, inteso quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale.

Il Servizio sanitario nazionale, infatti, deve garantire a tutti i cittadini, attraverso le risorse finanziarie pubbliche, i livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA), nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza,

---

<sup>1</sup> Si vedano, in particolare, gli interventi più significativi operati dal d.lgs. 517/1993, dal d.lgs 229/1999 (c.d riforma Bindi), dal d.l. 158/2012 (c.d decreto Balduzzi).

della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Si tratta di prestazioni e servizi essenziali, necessari e appropriati per rispondere ai bisogni fondamentali di tutela della salute, che il SSN è tenuto a fornire uniformemente a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Con il citato decreto legislativo 229/1999, l'attività viene orientata a criteri di efficacia, efficienza ed economicità con rispetto del vincolo di bilancio. Viene conseguentemente rafforzata la connotazione aziendalistica e quindi l'autonomia imprenditoriale, organizzativa e di funzionamento che vengono definiti con atto aziendale di diritto privato.

L'articolazione delle Aziende USL viene strutturata in Distretti, con una forte approccio integrato che prevede percorsi assistenziali integrati con prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale.

Vengono istituiti fondi integrativi sanitari destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive ovvero superiori ai livelli di assistenza garantiti dal SSN.

Vengono ammesse sperimentazioni gestionali con forme di collaborazione tra strutture SSN e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato. Viene prevista la riforma della dirigenza sanitaria collocata in unico ruolo distinto per profili professionali e con esclusività di rapporto di lavoro e un'attività di formazione continua con qualificazione specifica per i diversi profili professionali.

### **1.1.1 Le nuove aziende**

Il d.lgs 502/1992 e s.m.i., prevede un assetto organizzativo strutturato in:

a) **Aziende Unità Sanitarie Locali** (art. 3 d.lgs. 502/1999) costituite per tutelare la salute della popolazione residente sul suo territorio e garantire i livelli di assistenza, per gestire i propri presidi ospedalieri e i servizi territoriali, perseguendo equilibrio tra remunerazione di prestazioni e costi di gestione e per produrre e acquistare prestazioni attraverso accordi di fornitura/committenza con aziende ospedaliere, IRCCS e strutture private accreditate e altri soggetti convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta);

b) **Aziende ospedaliere o ospedaliero-universitarie** (art. 4 d.lgs. 502/1999 e d.lgs. 517/1999), ospedali di rilievo nazionale o interregionale – alta specialità, policlinici universitari, costituite per esigenze assistenziali, di ricerca scientifica e didattica, il cui modello ordinario di gestione operativa è costituito dall'organizzazione dipartimentale. Erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali, ricoveri e trattamenti riabilitativi. Non possono acquistare e non erogano servizi tipicamente territoriali (assistenza distrettuale e assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro).

### 1.1.2 L'assetto organizzativo dei servizi territoriali

Le aziende Unità Sanitarie Locali contemplate dal decreto legislativo 502/1992 e s.m.i., sono articolazioni territoriali del SSN, dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica, sono costituite da strutture attraverso cui assicurano i servizi di assistenza primaria (sanitaria e sociosanitaria). Tali strutture sono:

**a) distretti** (art. 3 quater del d.lgs. 502/1992) costituenti un'articolazione territoriale ed organizzativa dell'azienda USL per attività finalizzate a garantire i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie sul territorio attraverso la gestione integrata delle risorse dell'azienda e degli Enti Locali (delega di funzioni).

Il distretto garantisce una popolazione minima di almeno 60.000 abitanti, salvo che la Regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

È dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda USL e predispone il Programma delle attività territoriali (PAT), basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative;

**b) dipartimenti** (art. 17 bis del d.lgs. 502/1992), strutture operative aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico.

Sono dotati di elevata autonomia gestionale con diretta assunzione di responsabilità professionali, organizzative, economiche e strategiche;



**c) presidi ospedalieri dell'USL** (art. 4 d.lgs. 502/1992); si tratta di ospedali non diventati azienda che erogano prestazioni ospedaliere (prestazioni sanitarie in regime di ricovero ordinario o day hospital o ambulatoriale).

Il presidio ospedaliero ha un'organizzazione dipartimentale e nelle aziende USL ove sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali.

E' garantita una forma di autonomia sotto profilo tecnico-gestionale e economico-finanziario, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda USL.

Ai presidi ospedalieri si applicano le disposizioni previste per le aziende ospedaliere, ove compatibili.

Fanno parte del sistema del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza territoriale, anche le **farmacie pubbliche e private convenzionate**, la cui disciplina trova fondamento nell'articolo 8 del decreto legislativo 502/1992, modificato e integrato dal decreto legislativo 153/2009 che ha individuato i nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale<sup>2</sup>. Le farmacie convenzionate, infatti, quale parte integrante del Servizio sanitario nazionale, si configurano quali presidi sanitari che, in un'ottica di prossimità e nell'ambito della Farmacia dei servizi propongono alle persone l'adesione a servizi di assistenza sanitaria rivolti, in particolare, alla cronicità ed alla prevenzione.

Con particolare riferimento all'assistenza sanitaria territoriale, allo scopo di garantire e promuovere un più alto livello di tutela della salute, il **decreto legge 158/2012 (c.d. decreto Balduzzi)**<sup>3</sup>, ha previsto la riorganizzazione delle cure primarie nella consapevolezza che il

---

<sup>2</sup> Sul punto vedasi l'art. 1. - Nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale del d.lgs. 153/2009.

<sup>3</sup> Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189. In particolare, i commi da 1 a 3 dell'art. 1 così dispongono: *1. Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003,*

processo di de-ospedalizzazione, se non viene accompagnato da un corrispondente e contestuale rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio, determina di fatto una impossibilità per i cittadini di beneficiare di prestazioni sanitarie adeguate.

I punti qualificanti del riordino delle cure primarie di cui al decreto Balduzzi, sono:

- l'integrazione monoprofessionale e multiprofessionale per favorire il coordinamento operativo tra i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, secondo modelli individuati dalle Regioni, anche al fine di decongestionare gli ospedali;
- il ruolo unico ed accesso unico per tutti i professionisti medici nell'ambito della propria area convenzionale al fine di far fronte alle esigenze di continuità assistenziale, organizzazione e gestione;
- sviluppo dell'ICT quale strumento irrinunciabile per l'aggregazione funzionale e per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere.

Sulla base del decreto citato, le Regioni sono state dunque chiamate a organizzare l'assistenza primaria secondo modalità operative monoprofessionali denominate **aggregazioni funzionali territoriali (AFT)** e forme organizzative multiprofessionali denominate **unità complesse di cure primarie (UCCP)** che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria<sup>4</sup>.

---

*n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.*

*2. Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.*

*3. Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali.*

<sup>4</sup> Si veda anche l'art. 5 del Patto per la Salute 2014-2016, Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014, ai sensi del quale, entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN e comunque non oltre la vigenza del Patto 2014-2016, le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni. (di cui all'art. 54 dell'ACN 2009).

Le unità complesse di cure primarie sono costituite in reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione. Le unità complesse operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Le Regioni, attraverso sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria nonché la partecipazione attiva all'implementazione della ricetta elettronica.<sup>5</sup>

Le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le unità complesse di cure primarie (UCCP) erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il SSN. Le Regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, nelle medesime strutture sulla base della convenzione nazionale, anche di personale dipendente del SSN in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza<sup>6</sup>.

Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale viene istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali<sup>7</sup>.

Le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale sono individuate tra quelle previste nei LEA nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del SSN, fatto salvo quanto previsto dalle singole Regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale.

Il citato decreto legge 158/2012 prevede, inoltre, che nell'ambito del Patto della salute siano definite modalità, criteri e procedure per valorizzare, ai fini della formazione specifica in

---

<sup>5</sup> Art. 1, comma 1 del decreto legge 158/2012.

<sup>6</sup> Art. 1, comma 2 del decreto legge 158/2012.

<sup>7</sup> Art. 1, comma 3 del decreto legge 158/2012.

medicina generale, l'attività remunerata svolta dai medici in formazione presso i servizi dell'azienda sanitaria e della medicina convenzionata<sup>8</sup>.

Il decreto 158/2012 ha altresì previsto il necessario adeguamento degli accordi collettivi nazionali che disciplinano i rapporti con i MMG<sup>9</sup>, PLS<sup>10</sup> e gli specialisti ambulatoriali, fissando i termini per l'adeguamento<sup>11</sup>.

Più recentemente, nell'ambito del Patto della salute 2019-2021<sup>12</sup>, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socioassistenziali, si è convenuto di definire linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, con l'obiettivo di promuovere:

1. le modalità e gli strumenti per **favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria** della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno;
2. il completamento del processo di **riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta**, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone;
3. specifiche **politiche attive di promozione e tutela della salute** con particolare attenzione all'infanzia e all'adolescenza, alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza. Saranno inoltre potenziate politiche a favore dell'area materno-infantile, delle patologie croniche, delle dipendenze patologiche, dei disturbi del comportamento alimentare, delle cure palliative e della terapia del dolore;

---

<sup>8</sup> Art. 1, comma 5 del decreto legge 158/2012.

<sup>9</sup> In data 28/4/2022, in sede di Conferenza Stato Regioni, è stata sancita l'intesa sull'ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., - Triennio giuridico 2016-2018. Rep. Atti n. 71/CSR del 28 aprile 2022.

<sup>10</sup> In data 28/4/2022, in sede di Conferenza Stato Regioni, è stata sancita l'intesa sull'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta, ai sensi dell'articolo 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i. -Triennio normativo 2016-2018. Rep. atti n. 70/CSR del 28 aprile 2022.

<sup>11</sup> Art. 1, commi 6 e 7 del decreto legge 158/2012

<sup>12</sup> Scheda 8 del Patto per la Salute 2019-2020, Rep. 209/CSR del 18 dicembre 2019. In tale sede, si è, tra l'altro, convenuto di accelerare i percorsi di implementazione e integrazione dei flussi informativi necessari per un effettivo monitoraggio dell'assistenza territoriale, completando il sistema anche con i flussi delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità e dei consultori familiari.

4. la **valorizzazione delle professioni sanitarie**, in particolare di quella infermieristica, finalizzato alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità;
5. la **valorizzazione del ruolo del farmacista in farmacia** che è un presidio rilevante della rete dei servizi territoriali per la presa in carico dei pazienti e per l'aderenza terapeutica degli stessi e non solo per la dispensazione dei medicinali, al fine di rafforzare l'accesso ai servizi sanitari. Tale processo trova la prima attuazione nell'ambito del percorso di definizione e attuazione della Farmacia dei servizi e della nuova convenzione nazionale.

Sulla medesima direttrice si pone l'ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., - Triennio giuridico 2016-2018, sul quale è stata sancita l'intesa in sede di Conferenza Stato Regioni in data 28/4/2022.

L'ACN esprime la volontà di aggiornare e ridefinire il ruolo del medico di medicina generale e di individuarlo come il fulcro per coordinare e garantire le cure primarie territoriali e la presa in carico dei bisogni socio-sanitari dei cittadini. Con la firma dell'ACN, vengono confermati e consolidati i principi cardini della medicina generale: libera professione convenzionata, scelta fiduciaria del medico da parte dell'assistito, autonoma organizzazione. Evolve il modello organizzativo delle AFT, che da forme organizzative monoprofessionali funzionali, si trasformano in forme organizzative erogative che si integrano con gli altri professionisti socio-sanitari, assumendo una strutturazione multiprofessionale; viene istituito il ruolo unico di assistenza primaria in cui confluiscono i medici di assistenza primaria e i medici di continuità assistenziale. Viene salvaguardato l'intero monte compensi e consolidato l'incremento in quota capitaria già anticipato dal decreto emergenziale del 2020.

I nuovi finanziamenti finalizzati all'organizzazione, come quelli previsti dalla legge di bilancio 2022 (articolo 1, comma 274 della legge 234/2021) attivi dal 2022, dovrebbero consentire all'ACN di avere un compimento pieno e di affrontare le nuove necessità dettate dal PNRR, soprattutto per sburocratizzare il sistema e realizzare una giusta suddivisione dei carichi di lavoro con personale amministrativo e sanitario che sia di supporto ai medici di famiglia, senza però rinunciare ai principi fondamentali di accessibilità, capillarità, scelta fiduciaria e capacità di dare risposte alla categoria e ai cittadini, rendendo così la medicina generale moderna ed

efficace per i cittadini e attrattiva per le nuove generazioni di medici, migliorando l'assistenza territoriale e rendendo sostenibile il SSN, equo ed universale.

## 1.2 Assetto post Covid

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da SARS-COV-2 ha messo in luce diversi elementi di criticità del sistema sanitario nazionale, soprattutto di natura strutturale.

La pandemia ha riportato, infatti, al centro del dibattito la necessità di intervenire e rinnovare alcuni elementi chiave del SSN italiano, soprattutto in considerazione della transizione epidemiologica in atto a cui consegue una crescente domanda di salute a bisogni complessi che richiedono una risposta efficace in termini di servizi integrati, forniti in particolare attraverso la rete dell'assistenza territoriale. Infatti, l'assetto assistenziale migliore per assistere pazienti cronici, disabili e anziani è quello delle cure primarie e di prossimità in grado di rispondere ai bisogni di salute del paziente al proprio domicilio o nella comunità di riferimento, anche attraverso interventi di educazione, promozione e prevenzione alla salute.

Le principali criticità che la pandemia da SARS-COV-2 ha fatto emergere, più o meno omogeneamente su tutto il territorio nazionale, riguardano per lo più la variabilità geografica in termini qualitativi e quantitativi dei servizi sanitari erogati nell'ambito della prevenzione e dell'assistenza territoriale, così come la scarsa capacità di integrazione tra i servizi ospedalieri, i servizi sanitari locali e i servizi sociali.

L'emergenza ha evidenziato anche l'importanza cruciale di avere soluzioni tecnologiche e digitali a supporto della salute pubblica e dell'assistenza sanitaria in tutti i livelli assistenziali, sia come strumenti per la presa in carico del paziente a domicilio sia come strumenti di integrazione e di comunicazione tra professionisti appartenenti a livelli assistenziali diversi.

L'emergenza epidemiologica ha quindi portato all'approvazione di una serie continua di provvedimenti urgenti volti a rafforzare e potenziare l'assistenza ospedaliera e territoriale, assegnando budget dedicato e definendo linee di indirizzo valide per tutto il territorio nazionale.

**Il decreto legge 17 marzo 2020 n. 18** “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19” convertito con modificazioni dalla legge 27/2020, all’articolo 18, comma 1, ha previsto fin da subito che ciascuna Regione e Provincia autonoma rediga un apposito programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 da approvare da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorare da parte dei predetti Ministeri congiuntamente, per la gestione e la programmazione delle risorse destinate a fronteggiare l’emergenza e per l’attuazione degli interventi dei piani sopra descritti.

**Il decreto legge 19 maggio 2020, n. 34** “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19” convertito con modificazioni dalla legge 70/2020, all’articolo 1<sup>13</sup> ha previsto l’adozione, da parte delle Regioni e delle Province autonome di appositi piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale con l'obiettivo di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario. In sostanza, con tale previsione, l’obiettivo generale da perseguire è l’organizzazione dell’attività di

---

<sup>13</sup> D.l. 34/2020, art. 1 Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale

c. 1 “...al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2 soprattutto in una fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, con l'obiettivo di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario, le regioni e le province autonome adottano piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. I piani di assistenza territoriale contengono specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità speciali di continuità assistenziale, indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento. I predetti piani sono recepiti nei programmi operativi richiamati dall'articolo 18, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e sono monitorati congiuntamente a fini esclusivamente conoscitivi dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi. Le regioni e le province autonome organizzano inoltre le attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali, anche garantendo la collaborazione e la consulenza di medici specialisti in relazione alle esigenze di salute delle persone assistite, con le risorse umane strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. [omissis]”

sorveglianza attiva e di monitoraggio nelle residenze sanitarie assistite (RSA) e nelle altre strutture residenziali e al domicilio dei soggetti positivi al SARS-CoV-2 e di soggetti fragili<sup>14</sup>.

Nello specifico gli obiettivi prefissati sono:

1. la costituzione della **Rete dei laboratori di microbiologia** per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2;
2. l'identificazione di **ulteriori strutture** (beni immobili) da destinare temporaneamente all'isolamento delle persone contagiate da SARS-CoV-2;
3. le Aziende Sanitarie devono garantire **l'assistenza domiciliare** alle persone contagiate da SARS-CoV-2 anche se ospitate presso strutture ricettive alberghiere o di altra natura, garantendo adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza dei pazienti, nonché il supporto per le attività logistiche di ristorazione e di erogazione dei servizi essenziali;
4. incrementato delle **azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare**, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena nonché per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità;
5. sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di **strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione**, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro;
6. introduzione **dell'infermiere di famiglia o di comunità**, al fine di rafforzare i servizi infermieristici per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali

---

<sup>14</sup> Con riferimento a tutti gli interventi di carattere emergenziale vedasi anche le circolari del Ministero della Salute n. 2619 del 29/02/2020, n. 2627 del 01/03/2020, n. 7422 del 16/03/2020, n. 7865 del 25/03/2020 e n. 11254 del 29/05/2020 emanata ai sensi dell'articolo 2 del d.l. 34/2020.



di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti considerati fragili;

7. potenziamento delle **Unità speciali di continuità assistenziale (USCA)** con l'introduzione di nuove professionalità al fine di aumentarne la funzionalità e l'integrazione con i servizi sociali e sociosanitari territoriali<sup>15</sup>.

Con la legge di bilancio 2022<sup>16</sup> le USCA sono state prorogate al 30 giugno 2022, nel limite di spesa per la Regione FVG di euro 2.177.297, per il 2022. Successivamente a tale data, le USCA verranno integrate dalla presenza infermieristica e convertite nelle Unità di Continuità Assistenziali (UCA) delineate nella proposta contenuta nello schema di decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" (già d.m. 71, ora d.m. 77<sup>17</sup>) e dalla legge 234/2021;

8. attivazione di **centrali operative regionali**, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina, per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali.

In relazione, invece, all'assistenza ospedaliera l'articolo 2<sup>18</sup> del citato decreto legge 34/2020 ha previsto che le Regioni e le Province autonome adottino un apposito piano di riorganizzazione

---

<sup>15</sup> Le Unità speciali di continuità assistenziale - USCA sono state istituite dall'art. 8 del d.l. 14/2020, poi assorbito dall'art. 4 bis del d.l. 18/2020, convertito con modificazioni dalla legge 27/2020 e allegato B alla d.g.r. 1568/2020, che ha previsto l'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale "Al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono, entro dieci giorni dalla data del 10 marzo 2020, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta. Possono far parte dell'unità speciale: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza. L'unità speciale è attiva sette giorni su sette, dalle ore 8,00 alle ore 20,00, e per le attività svolte nell'ambito della stessa ai medici è riconosciuto un compenso lordo di 40 euro per ora.

2. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o il medico di continuità assistenziale comunicano all'unità speciale di cui al comma 1, a seguito del triage telefonico, il nominativo e l'indirizzo dei pazienti di cui al comma 1. I medici dell'unità speciale, per lo svolgimento delle specifiche attività, devono essere dotati di ricettario del Servizio sanitario nazionale e di idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure già all'uopo prescritte.  
[omissis]"

<sup>16</sup> Si vedano i commi 295 e 296 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024).

<sup>17</sup> D.m. 77, pubblicato nella Gazzetta ufficiale 22/06/2022, n. 144.

<sup>18</sup> D.l. 34/2020, convertito con modificazioni dalla legge 77/2020, art. 2 Riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da COVID-19

per fronteggiare l'emergenza pandemica, al fine di garantire l'incremento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza. Le Regioni e le Province autonome, sempre ai sensi del sopra citato articolo 2, programmano una riqualificazione di posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature necessarie per le cure COVID-19. Inoltre, è previsto che vi sia una conversione dei posti letto di terapia intensiva.

Il numero di posti letto complessivi da riconvertire è stato quantificato per ciascuna regione e provincia autonoma prevedendo una dotazione di posti letto in misura percentuale, calcolata sulla base della popolazione residente.

Oltre a ciò, il decreto legge 34/2020, ha previsto anche la definizione di percorsi ospedalieri dedicati per i pazienti affetti da COVID-19 o sospetti COVID-19, nonché il potenziamento della rete dei mezzi di trasporto per i malati COVID-19.

Concorrono al potenziamento della rete di assistenza per fronteggiare l'emergenza pandemica, anche l'implementazione e il rafforzamento delle strutture private accreditate<sup>19</sup> nonché le farmacie pubbliche e private convenzionate, queste ultime, in particolare per il rafforzamento del sistema di accertamento diagnostico dei casi SARS-CoV-2 e di contrasto alla pandemia<sup>20</sup>.

A conclusione della presente disamina, appare opportuno richiamare quanto già evidenziato dalle Sezioni riunite della Corte dei conti nel Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza

---

*"1. Le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica. I piani di riorganizzazione di cui al presente comma, come approvati dal Ministero della salute con il procedimento stabilito al comma 8, sono recepiti nei programmi operativi di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e sono monitorati congiuntamente, a fini esclusivamente conoscitivi, dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi. Ai fini del presente comma e nel rispetto dei principi di separazione e sicurezza dei percorsi, è resa, altresì, strutturale sul territorio nazionale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva. Per ciascuna regione e provincia autonoma, tale incremento strutturale determina una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.*

*[omissis]"*

<sup>19</sup> Art. 4 d.l. 34/2020.

<sup>20</sup> Art. 5 "Misure urgenti per la somministrazione di test antigenici rapidi e per la campagna vaccinale antinfluenzale 2021/2022" del d.l. 23 luglio 2021 n. 105, comma 1 e 4 bis e Protocollo d'Intesa 5 agosto 2021 tra il Ministro della salute, il commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica covid-19, Federfarma, Assofarm e Farmacieunite ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 23 luglio 2021 n. 105.

pubblica<sup>21</sup>, secondo cui sembra confermarsi a tutt'oggi “ancora una sostanziale debolezza e limitazione della rete territoriale per riuscire a far fronte alle necessità della popolazione in condizioni di non autosufficienza e di quella per la quale la gravità delle condizioni o la cronicizzazione delle malattie richiederebbero una assistenza al di fuori delle strutture di ricovero. Debolezza che ha fortemente pesato sulla gestione dell'emergenza sanitaria. Di qui la necessità e l'urgenza, superata la crisi, di accompagnare un più corretto utilizzo delle strutture di ricovero con il potenziamento di quelle strutture territoriali (Case della Salute, ...) che possono essere in grado di dare una risposta continua a quei bisogni sanitari non così gravi e intensi da trovare collocazione in ospedale mantenendo tuttavia un forte legame con le strutture di ricovero.

Riorganizzazione delle attività dei medici di medicina generale, reti specialistiche multidisciplinari, oltre che il potenziamento ulteriore di ADI (n.d.r. Assistenza domiciliare integrata) e assistenza residenziale, rappresentano una scelta obbligata verso la quale si è mosso anche il Piano nazionale della cronicità, proponendo nuovi modelli organizzativi centrati sulle cure territoriali e domiciliari integrate e delegando all'assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie.”

### 1.3 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)<sup>22</sup>

La pandemia e la conseguente crisi economica, hanno spinto l'UE a formulare una risposta coordinata a livello sia congiunturale, con la sospensione del Patto di Stabilità e ingenti pacchetti di sostegno all'economia adottati dai singoli Stati membri, sia strutturale, in particolare con il lancio a luglio 2020 del programma Next Generation EU (NGEU).

L'NGEU è un programma che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

Due sono i principali strumenti del Programma NGEU: il Dispositivo per la **Ripresa e Resilienza** (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU). Il solo RRF garantisce risorse per **191,5 miliardi di euro**, da impiegare nel periodo 2021-2026, delle quali 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto.

---

<sup>21</sup> Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica 2020, ECLI\_IT\_CONT\_2020\_6SSRRCO-RCFP

<sup>22</sup> Fonti PNRR Italia e Monitor 45 di AGENAS (Anno II Numero 45 • 2021).

Il dispositivo RRF richiede agli Stati membri di presentare un pacchetto di investimenti e riforme: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (**PNRR**).

Il testo definitivo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è stato trasmesso ufficialmente alla Commissione europea dal Presidente del Consiglio dei Ministri il 30 aprile 2021, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 e approvato definitivamente con Decisione di esecuzione del Consiglio il 13 luglio 2021.

Il PNRR si articola in sei Missioni alle quali è stato assegnato un budget per la realizzazione degli interventi.

La **sanità**, oggetto della **Missione n. 6** vale **15,63 miliardi di euro**.

Come già evidenziato, in ambito sanitario, le principali criticità evidenziate dalla pandemia sono:

1. significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
2. un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
3. tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;
4. una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

Il PNRR Missione 6 "SALUTE", cerca di superare le sopra evidenziate criticità attraverso due componenti:

- **M6C1** – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (vale 7 miliardi di euro);
- **M6C2** – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (vale 8,63 miliardi di euro).

### **1.3.1 La missione 6 componente 1 (M6C1) reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: obiettivi generali e ambito/misure di intervento**

La presente relazione si concentra sull'analisi della sola Componente 1.

La **Componente 1** della Missione 6 si propone i seguenti obiettivi:

- potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica;
- rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari;
- sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio;
- sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

Tali obiettivi saranno raggiunti mediante la realizzazione di specifiche Riforme ed Investimenti:

**Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e Rete nazionale della salute, ambiente e clima**, si propone la definizione di standard strutturali organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale<sup>23</sup>, e l'identificazione delle strutture a essa deputate da adottarsi entro il 2021 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale e, sempre entro tale termine, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere, la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "One-Health" e prevede i seguenti investimenti:

- ✓ **Investimento 1: Case della Comunità e presa in carico della persona** (vale 2 miliardi di euro);
- ✓ **Investimento 2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina** (vale 4 miliardi di euro);

---

<sup>23</sup> Il regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale è stato adottato dal Ministero della salute in data 23/05/2022, d.m. 77, pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 22/06/2022, n. 144. Sul punto si veda anche il capitolo 2.4

- ✓ **Investimento 3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)** (vale 1 miliardo di euro).

### **Investimento 1 - Case della Comunità (CdC) e presa in carico della persona**

L'investimento prevede l'attivazione sul territorio nazionale di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove. Entro il 28 febbraio 2022 ciascuna regione definisce il proprio piano operativo contenente piani di azione volti all'individuazione dei siti. La Regione con delibera di generalità 275 del 25 febbraio 2022, in attuazione a quanto previsto dalla delibera di generalità 2014 del 23 dicembre 2021, ha preso atto dei contenuti del Piano operativo regionale - Investimenti Missione 6 Salute - del Friuli Venezia Giulia e ha disposto la trasmissione del medesimo al Ministero della Salute, ai fini dell'acquisizione dell'intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni<sup>24</sup>.

La CdC diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici; in essa sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie e opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La costante presenza degli assistenti rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. La CdC è finalizzata a costituire, quindi, il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica.

L'obiettivo che si pone quindi la CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile;
- prevenire e promuovere la salute attraverso il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione;
- fornire la continuità assistenziale tramite il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;

---

<sup>24</sup> La Conferenza Stato - Regioni del 30 marzo 2022, ha sancito l'intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute che approva lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) e lo schema di Piano operativo, nella versione diramata il 9 marzo 2022.

- attivare percorsi di cura multidisciplinari che prevedono l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali e tra i servizi sanitari e sociali.

La CdC è dunque il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali e un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni – anche nelle loro forme organizzative – infermieri di comunità, altri professionisti della salute, quali ad esempio logopedisti, fisioterapisti, dietisti, tecnici della riabilitazione e assistenti sociali, anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del comune di riferimento. L'organizzazione della CdC, ancora, deve tendere a rendere disponibili modalità e strumenti di facilitazione e promozione di una effettiva erogazione di servizi sociali e sociosanitari, da attuarsi in modo coordinato con il servizio sociale dei Comuni.

## **Investimento 2 – Casa come primo luogo di cura e telemedicina**

L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni e identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione).

Con esso ci si prefigge di realizzare presso ogni azienda un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale e di attivare (entro la metà del 2024) 602 centrali operative territoriali (COT), una ogni 100.000 abitanti, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

La COT assolve funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti;

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete, riguardo le attività e ai servizi distrettuali;
- monitoraggio anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, ecc...), utilizzata operativamente alle Case di Comunità e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

All'interno di questo intervento si inserisce anche l'investimento rivolto alla telemedicina. L'identificazione delle specifiche applicazioni per i servizi di telemedicina (televisita, telecontrollo, teleconsulto e telemonitoraggio) verranno affidate a livello regionale tramite Regioni capofila (l'Agendas ha iniziato a raccogliere le manifestazioni di interesse a partire da gennaio 2022).

In data 18/03/2022 l'AGENAS ha pubblicato l'Avviso pubblico relativo alla manifestazione di interesse per la presentazione di proposte di partnership pubblico privato per l'affidamento in concessione per la "Progettazione, realizzazione e gestione dei Servizi abilitanti della Piattaforma nazionale di Telemedicina PNRR" - Missione 6 Componente 1 sub-investimento 1.2.3 "Telemedicina", finalizzato a colmare il divario tra le disparità territoriali e offrire maggiore integrazione tra i servizi sanitari regionali e le piattaforme nazionali attraverso soluzioni innovative.

Entro il 28 febbraio 2022 ciascuna Regione ha definito il proprio piano operativo contenente il piano di azione volto alla individuazione del bacino di utenza per la realizzazione delle centrali operative territoriali.

La Regione Friuli Venezia Giulia con delibera di generalità 275 del 25 febbraio 2022, in attuazione a quanto previsto dalla delibera di generalità 2014 del 23 dicembre 2021, ha preso



atto dei contenuti del Piano operativo regionale - Investimenti Missione 6 Salute - del Friuli Venezia Giulia e ha disposto la trasmissione del medesimo al Ministero della Salute, ai fini dell'acquisizione dell'intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni. Nella seduta del 30 marzo 2022, la Conferenza ha sancito l'intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute che approva lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) e lo schema di Piano operativo, nella versione diramata il 9 marzo 2022.

### **Investimento 3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità - OdC)**

L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità entro la metà del 2026. La relativa operatività in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale.

L'OdC rappresenta una struttura intermedia tra l'assistenza domiciliare e l'assistenza ospedaliera, destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che hanno la necessità di assistenza infermieristica continuativa. Sono quindi dei centri di ricovero a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Di norma dotati di 20 posti letto (potenziabili fino ad un massimo di 40), sono strutture a gestione prevalentemente infermieristica ed hanno il compito di contribuire ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come, ad esempio, quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L'OdC potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Entro il 28 febbraio 2022 ciascuna Regione ha definito il proprio piano operativo contenente piani di azione volti all'individuazione dei siti per la creazione di nuove strutture o per la riconversione delle strutture esistenti.

La Regione Friuli Venezia Giulia con delibera di generalità 275 del 25 febbraio 2022, in attuazione a quanto previsto dalla delibera di generalità 2014 del 23 dicembre 2021, ha preso

atto dei contenuti del Piano operativo regionale – Investimenti Missione 6 Salute – del Friuli Venezia Giulia e ha disposto la trasmissione del medesimo al Ministero della Salute, ai fini dell'acquisizione dell'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni. Nella seduta del 30 marzo 2022, la Conferenza ha sancito l'intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute che approva lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) e lo schema di Piano operativo, nella versione diramata il 9 marzo 2022.

Gli **Ospedali di comunità** in realtà non sono una novità per il sistema sanitario, invero se ne parlava già nell'ambito del Patto per la salute 2014 – 2016, laddove nell'ambito dell'assistenza territoriale si prevedeva la promozione della riduzione dei ricoveri inappropriati e dei percorsi di deospedalizzazione, al fine di garantire un'omogenea risposta assistenziale su tutto il territorio nazionale<sup>25</sup>, attraverso appunto la definizione degli ospedali di comunità.

---

<sup>25</sup> Art. 5 del Patto per la salute 2014 – 2016 (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014) e Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano – Rep. 17/CSR del 20 febbraio 2020).

## 2 L'ORDINAMENTO REGIONALE DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

Nelle relazioni accessorie al giudizio di parificazione dei rendiconti della Regione Friuli Venezia Giulia degli esercizi precedenti<sup>26</sup>, questa Sezione aveva evidenziato alcune criticità in materia di assetto istituzionale-organizzativo e di *governance* del Servizio sanitario regionale, soprattutto con riferimento al mancato miglioramento dei servizi territoriali e alla carente integrazione ospedale-territorio che le ultime riforme del SSR hanno perseguito, cercando di attuare l'integrazione istituzionale delle aziende ospedaliero-universitarie regionali con le aziende territoriali di riferimento<sup>27</sup>. Tali criticità sono state evidenziate ancor di più dall'emergenza epidemiologica.

### 2.1 Assetto pre Covid

Con la legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 (Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale), la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia ha avviato un processo di ridefinizione dell'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario regionale, peraltro, già in parte delineato dalla precedente riforma regionale di cui alla legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria).

---

<sup>26</sup> Giudizio sul rendiconto della regione Friuli Venezia Giulia anno 2018 di cui alla deliberazione n. FVG/ 19 /2019/PARI e relativa relazione allegata, Parificazione del rendiconto generale della regione Friuli Venezia Giulia per l'esercizio 2019 di cui alla deliberazione n. FVG/ 33 /2020/PARI e relativa relazione allegata.

<sup>27</sup> Si vedano le pagg. 396 e 397 della relazione allegata al Giudizio sul rendiconto della regione Friuli Venezia Giulia anno 2018 di cui alla deliberazione n. FVG/ 19 /2019/PARI, ove si legge: *"All'incremento del finanziamento regionale degli enti non ha fatto seguito, tuttavia, una crescita dei servizi sanitari territoriali (così come ci evidenzia l'esame dei relativi indicatori di valutazione), ma piuttosto un peggioramento dell'efficienza dei servizi ospedalieri regionali, accompagnato da un'insufficiente efficacia dell'attività di integrazione ospedale-territorio, se non in pochi percorsi di cura dedicati alla gestione della cronicità [...]"*

*Secondo un diverso profilo. invece, non appare essersi realizzata neppure l'aspettativa di miglioramento dei servizi territoriali e del rapporto funzionale di integrazione ospedale-territorio che la riforma strategica avviata in modo straordinario nel Friuli Venezia Giulia nell'anno 2016 – e confermata nel corso della presente Legislatura regionale - ha perseguito attuando l'integrazione istituzionale delle aziende ospedaliero-universitarie regionali con le aziende territoriali di riferimento; al processo di integrazione tra tali aziende, tuttavia, ha fatto seguito una progressiva perdita di efficienza dei servizi ospedalieri. Peraltro la complessità di tali nuove forme integrate non appare apportare migliori condizioni di azione per il necessario governo strategico e direzionale - a livello aziendale e regionale - della problematica rete territoriale costituita dai centri di assistenza primaria, dagli ospedali di comunità, dalle aggregazioni funzionali territoriali nonché dalla relativa struttura di rete di servizi informativi e di comunicazione (criticità già rilevata nel corso dell'attività di controllo di gestione svolta nell'anno 2018), ambiti entrambi a cui non ha apportato beneficio la recente negoziazione svolta in sede stipula degli Accordi Integrativi Regionali con i medici di medicina di base. Si evidenzia, così, la necessità di un miglioramento della governance complessiva del sistema sanitario regionale, miglioramento che auspicabilmente dovrebbe estendersi con il superamento di eventuali incertezze nella misura e qualità delle funzioni di governance regionale affidate alla neocostituita Agenzia regionale di coordinamento per la salute, sia nei rapporti con la superiore responsabile strategica Direzione regionale centrale della Salute, che nei rapporti con gli altri enti del sistema."*

Alla riforma dell'assetto organizzativo aziendale del servizio sanitario regionale si è aggiunta, a fine 2019, la modifica della disciplina del sistema di pianificazione, programmazione e controllo del sistema sanitario regionale, realizzata dalla legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 (Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norma in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006).

I contenuti rilevanti delle scelte organizzativo-istituzionali operate dalle leggi regionali 27/2018 e 22/2019, si possono sintetizzare in tre elementi principali:

2.1.1. l'aumento dimensionale e la diminuzione numerica delle aziende sanitarie operanti in regione per mezzo di operazioni di fusione/soppressione di aziende, con il fine di rafforzare l'approccio organizzativo e gestionale per "area vasta";

2.1.2. la conservazione nel nuovo sistema istituzionale del modello organizzativo e istituzionale avente natura straordinaria e derogatoria rispetto ai principi organizzativi sanitari nazionali dell'azienda territoriale integrata, che incorpora e accoppia la gestione del presidio ospedaliero-universitario in modo integrato con le attività territoriali come consentito dall'articolo 1, comma 546 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)<sup>28</sup> e la ridefinizione dell'assetto organizzativo dei servizi territoriali con l'adozione di modelli organizzativi che mettano al centro i bisogni di salute del cittadino e assicurino l'integrazione e il raccordo tra tutti gli attori del sistema;

2.1.3. la costituzione di una nuova azienda regionale di coordinamento e supporto regionale, a servizio e guida degli altri enti sanitari.

---

<sup>28</sup> La legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016) al comma 546 dell'art. 1 prevede quanto segue: "Al fine di perseguire una più efficace e sinergica integrazione tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione e le attività di didattica e di ricerca, nonché allo scopo di conseguire risparmi di spesa, nelle regioni a statuto speciale che nel biennio antecedente alla data di entrata in vigore della presente legge hanno riorganizzato il proprio Servizio sanitario regionale, o ne hanno avviato la riorganizzazione, attraverso processi di accorpamento delle aziende sanitarie preesistenti, la collaborazione tra Servizio sanitario nazionale e università può realizzarsi anche mediante la costituzione di aziende sanitarie uniche, risultanti dall'incorporazione delle aziende ospedaliere universitarie nelle aziende sanitarie locali, secondo modalità definite preventivamente con protocolli di intesa tra le regioni e le università interessate, da stipulare ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517."

## 2.1.1 Le nuove aziende

L'assetto delineato dalle leggi regionali sopra citate, ha previsto l'aumento dimensionale e la diminuzione numerica delle aziende sanitarie operanti in regione per mezzo di operazioni di fusione. Tale percorso, definito ai sensi degli articoli 3 e 11 della legge regionale 27/2018, ha trovato attuazione con la costituzione dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI), con sede in Trieste e dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASUFC), con sede in Udine, a decorrere dal 1° gennaio 2020<sup>29</sup>, data dalla quale l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" ha assunto la nuova denominazione di Azienda sanitaria Friuli Occidentale (ASFO), con sede in Pordenone.

## 2.1.2 L'assetto organizzativo del Servizio sanitario regionale

Ai sensi dell'articolo 6, della legge regionale 27/2018, le Aziende sanitarie regionali attraverso le relative strutture, erogano le prestazioni per assicurare i seguenti livelli di assistenza:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

### a) Distretti

Ai sensi dell'articolo 6, comma 2 della legge regionale 27/2018, i distretti sono le articolazioni territoriali delle Aziende, che garantiscono una popolazione minima per ciascun distretto di 50.000 abitanti.

Sono concesse deroghe al limite minimo per i distretti delle zone montane, dei comuni turistici e delle zone a bassa densità della popolazione residente.

Il territorio di competenza del distretto coincide con il territorio dell'ambito del Servizio sociale dei Comuni. Qualora, invece, l'ambito del Servizio sociale abbia una popolazione superiore a 200.000 abitanti, il territorio di competenza del distretto può costituirne frazione<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Si veda la deliberazione della Giunta regionale del 12 dicembre 2019, n. 2174, "Assetto del servizio sanitario regionale - costituzione dei nuovi enti" e il decreto del Presidente della Regione del 20 dicembre 2019, n. 223 "L.R. 27/2018, artt. 3 e 11. Assetto del Servizio sanitario regionale. Costituzione dei nuovi enti."

<sup>30</sup> Con d.g.r. 97 del 25.01.2019 sono stati approvati gli ambiti territoriali per la gestione associata del Servizio sociale dei Comuni.

La legge regionale 22/2019<sup>31</sup> ha inoltre previsto che le funzioni di committenza, controllo e produzione possano essere assicurate in forma aggregata fra più distretti, in relazione ai bacini d'utenza, tramite un dipartimento di assistenza distrettuale (DAT).

Il livello di assistenza distrettuale assicura le attività previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Tali attività sono garantite attraverso le strutture aziendali di cui all'articolo 9 della legge regionale 27/2018<sup>32</sup>, in armonia con quanto previsto dall'articolo 17 bis del decreto legislativo 502/1992<sup>33</sup>.

Con la legge regionale 22/2019 il legislatore regionale è intervenuto nuovamente sull'organizzazione dei servizi territoriali al fine di valorizzare maggiormente i sistemi integrati di assistenza alla persona<sup>34</sup>, in coerenza con le finalità già previste dalla legge

---

<sup>31</sup> Comma 4 dell'art. 15 della legge regionale 22/2019.

<sup>32</sup> L'art. 9 della legge regionale 27/2018 dispone quanto segue:

*"1. Il modello ordinario di gestione operativa delle attività degli enti del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto legislativo 502/1992, è l'organizzazione dipartimentale delle strutture aziendali.*

*2. Le strutture aziendali, qualificate in strutture complesse, semplici e piattaforme assistenziali, sono articolazioni organizzative individuate in relazione alla omogeneità della disciplina di riferimento, alle relative funzioni e alle dimensioni del bacino di utenti, e ad esse sono attribuite, attraverso l'atto aziendale, responsabilità professionali e responsabilità gestionali. Più strutture aziendali costituiscono un dipartimento clinico, gestionale o funzionale.*

*3. Le strutture di cui al comma 2 concorrono al perseguimento degli obiettivi di salute anche per assicurare unitarietà negli interventi e nella continuità assistenziale.*

*4. L'assistenza è organizzata secondo il modello "hub and spoke" e secondo il principio delle reti cliniche. L'attività dei presidi ospedalieri hub è integrata e coordinata con l'attività dei presidi ospedalieri spoke. I presidi, sia hub che spoke, sono dotati di autonomia organizzativa, gestionale e contabile, con proprio dirigente amministrativo di presidio e dirigente medico di presidio, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, del decreto legislativo 502/1992, e sono organizzati in centri di costo e di responsabilità, nell'ambito di quanto definito nell'atto aziendale. Le sedi ospedaliere, articolazioni dei presidi, sono dotate di autonomia organizzativa, gestionale e contabile, con proprio dirigente medico di sede ospedaliera, e sono organizzate in centri di costo e di responsabilità, nell'ambito di quanto stabilito nell'atto aziendale. Nel caso di presidio ospedaliero con più sedi ospedaliere, il dirigente medico di presidio svolge anche le funzioni e i compiti di dirigente medico di una sede ospedaliera.*

*5. Le strutture di cui al comma 2 contribuiscono alla realizzazione delle reti cliniche che costituiscono il modello organizzativo per assicurare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale attraverso relazioni, anche di coordinamento, tra professionisti, strutture e servizi che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie di tipologia e livelli diversi nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa. Le reti cliniche articolano e integrano l'assistenza ospedaliera e quella territoriale.*

*6. L'organizzazione dell'assistenza persegue i seguenti livelli di integrazione:*

- a) tra i presidi dell'azienda;*
- b) tra i presidi dell'azienda e l'area territoriale;*
- c) tra le reti cliniche regionali.*

*7. Alla organizzazione e conduzione delle reti cliniche partecipano anche gli IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano."*

<sup>33</sup> L'art. 17-bis (Dipartimenti) del d.lgs. 502/1992 dispone: *"1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie."* [omissis]

<sup>34</sup> L'art. 2 della legge regionale 22/2019, così dispone: *"La ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale è finalizzata a:*

- a) migliorare la capacità di presa in carico del cittadino per il suo bisogno di salute e la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali;*
- b) perseguire l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale;*
- c) migliorare il coordinamento dell'assistenza sul territorio regionale e garantire l'omogeneità dei servizi offerti;*
- d) migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera e la sicurezza dei percorsi di cura, attraverso standard strutturali e qualitativi e attraverso l'individuazione di misure che ne rendano effettivo il monitoraggio;*
- e) valorizzare il ruolo del distretto sanitario, anche con un corretto dimensionamento delle articolazioni territoriali;*
- f) perseguire l'appropriatezza organizzativa attraverso rapporti strutturati tra gli ospedali e la costruzione di reti cliniche;*

regionale 27/2018<sup>35</sup>. A tal fine, infatti, il Servizio sanitario regionale “attiva modalità organizzative innovative di presa in carico, basate sulla proattività e sulla medicina di iniziativa in grado di integrare le forme di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale, sia ospedaliera che territoriale.”<sup>36</sup>. E ancora, “Il sistema regionale dei servizi sanitari e quello dei servizi sociali concorrono congiuntamente, in forma strutturata, a garantire la risposta appropriata ai bisogni complessi di salute della persona, con superamento del modello di interazione basato sull'esercizio separato delle proprie competenze nell'ambito delle rispettive organizzazioni, nel riconoscimento dell'integrazione sociosanitaria quale formula organizzativa di produzione unitaria di salute e benessere”.<sup>37</sup>

In particolare, l'articolo 18 (Sedi distrettuali) della legge regionale 22/2019 definisce l'articolazione delle sedi distrettuali regionali, ove stabilisce che, fermo restando quanto previsto dall'articolo 6 della legge regionale 27/2018, nell'ambito di quanto stabilito

---

*g) perseguire l'innovazione clinico-professionale e organizzativo-gestionale valorizzando le professionalità del sistema e la collaborazione con le altre istituzioni di ricerca;*

*h) riqualificare l'offerta sanitaria per rendere più efficace la spesa sanitaria e sociosanitaria e assicurare la sostenibilità del Servizio sanitario regionale;*

*i) valorizzare la partecipazione delle Università alla pianificazione e programmazione del settore sanitario;*

*j) valorizzare la partecipazione delle Autonomie locali alla pianificazione e programmazione del settore sociosanitario;*

*k) valorizzare gli organismi di volontariato e del privato sociale non a scopo di lucro, anche attraverso l'individuazione di adeguate sedi di consultazione.*

<sup>35</sup> L'art. 2 della legge regionale 27/2018, così dispone: “La ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale è finalizzata a:

*a) migliorare la capacità di presa in carico del cittadino per il suo bisogno di salute e la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali;*

*b) perseguire l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale;*

*c) migliorare il coordinamento dell'assistenza sul territorio regionale e garantire l'omogeneità dei servizi offerti;*

*d) migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera e la sicurezza dei percorsi di cura, attraverso standard strutturali e qualitativi e attraverso l'individuazione di misure che ne rendano effettivo il monitoraggio;*

*e) valorizzare il ruolo del distretto sanitario, anche con un corretto dimensionamento delle articolazioni territoriali;*

*f) perseguire l'appropriatezza organizzativa attraverso rapporti strutturati tra gli ospedali e la costruzione di reti cliniche;*

*g) perseguire l'innovazione clinico-professionale e organizzativo-gestionale valorizzando le professionalità del sistema e la collaborazione con le altre istituzioni di ricerca;*

*h) riqualificare l'offerta sanitaria per rendere più efficace la spesa sanitaria e sociosanitaria e assicurare la sostenibilità del Servizio sanitario regionale;*

*i) valorizzare la partecipazione delle Università alla pianificazione e programmazione del settore sanitario;*

*j) valorizzare la partecipazione delle Autonomie locali alla pianificazione e programmazione del settore sociosanitario;*

*k) valorizzare gli organismi di volontariato e del privato sociale non a scopo di lucro, anche attraverso l'individuazione di adeguate sedi di consultazione.*

<sup>36</sup> Articolo 3, comma 1, della legge regionale 22/2019.

<sup>37</sup> Articolo 4, comma 1, della legge regionale 22/2019.

dall'articolo 15 in materia di funzioni di assistenza distrettuale<sup>38</sup> e in coerenza alla pianificazione e alla programmazione regionali, gli atti aziendali indicano le funzioni e le attività che sono assicurate nel territorio dei comuni sedi di presidio ospedaliero e, in particolare, dei sotto elencati Comuni di sede distrettuale, che devono altresì garantire oltre all'attività di assistenza ambulatoriale, anche lo svolgimento delle attività di cui all'articolo 20 (Strutture di assistenza intermedia):

- a) Azzano Decimo;
- b) Cividale del Friuli;
- c) Codroipo;
- d) Cormons;
- e) Gemona del Friuli;
- f) Grado;
- g) Maniago;
- h) Sacile.

## **b) Dipartimento delle dipendenze e della salute mentale**

---

<sup>38</sup> Legge regionale 22/2019, art. 15 (Funzioni di assistenza distrettuale)

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 6 della legge regionale 27/2018, il livello dell'assistenza distrettuale assicura, ai sensi degli articoli 3 quater e 3 quinquies del decreto legislativo 502/1992, le attività di cui all'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

2. Le attività di cui al comma 1 sono garantite attraverso le strutture aziendali, ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, individuate da ciascun ente del Servizio sanitario regionale nel relativo atto aziendale, le quali svolgono:

a) funzione di committenza, consistente nella definizione della programmazione dell'assistenza, attraverso l'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento e delle risorse necessarie, nell'acquisizione dei servizi, nel monitoraggio dei risultati;

b) funzione di presa in carico, consistente nella definizione di un sistema di accesso ai servizi per garantire la continuità assistenziale della persona;

c) funzione di controllo, consistente nella verifica di appropriatezza delle prestazioni oggetto di committenza, nel monitoraggio sulla corretta applicazione degli accordi contrattuali stipulati, nella verifica del mantenimento dei requisiti strutturali e professionali per lo svolgimento delle attività di assistenza;

d) funzione di integrazione, consistente nella creazione e nel consolidamento di una rete di supporto tra le strutture per la funzione di produzione in relazione alle differenti aree di intervento;

e) funzione di produzione, consistente nell'erogazione dell'assistenza.

3. Le funzioni di presa in carico e di integrazione di cui al comma 2, lettere b) e d), sono assicurate dal distretto tramite l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza integrativa, l'assistenza protesica e l'assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale.

4. Le funzioni di committenza, controllo e produzione di cui al comma 2, lettere a), c) ed e), possono essere assicurate in forma aggregata fra più distretti, in relazione ai bacini d'utenza, tramite un dipartimento di assistenza distrettuale.

5. Il modello organizzativo di cui ai commi 3 e 4 trova applicazione graduale attraverso le linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale di cui all'articolo 50.

6. Le attività di cui al comma 1, anche in considerazione dei relativi fabbisogni e standard di assistenza, da articolarsi nelle singole unità operative, sono specificate con deliberazione della Giunta regionale.

7. Sino all'approvazione della deliberazione di cui al comma 6 l'assistenza è garantita in relazione agli standard in essere alla data del 31 dicembre 2019, fatti salvi gli adeguamenti derivanti dall'avvio del nuovo assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario di cui alla legge regionale 27/2018.



Ai sensi dell'articolo 17 della legge regionale 22/2019, il Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale (DDSM) è costituito da strutture individuate dalle aziende nel relativo atto aziendale. All'interno di un'unica struttura dipartimentale le funzioni sono organizzate in due aree professionali autonome: una per le dipendenze, l'altra per la salute mentale.

I servizi per le dipendenze assicurano, con metodo multidisciplinare, la prevenzione, la cura e la riabilitazione della persona.

Il Centro di salute mentale (CSM) assicura l'assistenza in un ambito territoriale di almeno 50.000 abitanti, fatte salve deroghe al limite minimo per le zone montane e quelle a bassa densità abitativa.

### **c) Strutture di assistenza intermedia**

Le strutture di assistenza intermedia previste dall'articolo 20 della legge regionale 22/2019, svolgono una funzione intermedia tra l'assistenza ospedaliera, riservata alle patologie acute e complesse, e i servizi erogati in sede di assistenza sociosanitaria domiciliare e di assistenza specialistica ambulatoriale e sono destinate alla persona che, pur avendo superato la fase acuta, necessita di assistenza o monitoraggio continui e non rientra in condizioni per il trattamento ambulatoriale o domiciliare<sup>39</sup>.

Le strutture di assistenza intermedia individuate dall'articolo 20 della legge regionale 22/2019, sono le seguenti:

- a) residenze sanitarie assistenziali (RSA), per riabilitazione estensiva dopo un episodio di ricovero in ospedale per acuti, per appoggio per indisponibilità improvvisa di colui che si prende cura della persona da assistere o per appoggio per sollievo dei familiari o di colui che si prende cura della persona da assistere;
- b) ospedali di comunità, per il trattamento di patologie acute di norma gestibili a domicilio, per casi in cui non è possibile mantenere la persona al proprio domicilio e per persone con disabilità gravi e persone con disabilità mentale;

---

<sup>39</sup> L'art. 20, comma 4 della l.r. 22/2019, dispone quanto segue:

*"4. L'accesso alle strutture intermedie, che viene garantito sette giorni su sette, è definito:*

- a) programmato, preceduto da una valutazione multidimensionale per i casi più complessi;*
- b) programmato senza valutazione multidimensionale per casistiche omogenee e con condivisione fra presidio ospedaliero e dipartimento di assistenza distrettuale;*
- c) programmato su esclusiva valutazione del distretto;*
- d) diretto dal pronto soccorso per le tipologie di assistenza di cui alle lettere f) e h), con condivisione fra presidio ospedaliero e dipartimento di assistenza distrettuale."*

- c) hospice, per cure palliative e assistenza sulle ventiquattro ore, per evitare il ricovero ospedaliero nel fine vita;
- d) speciali unità di assistenza protratta (SUAP), per l'accoglienza permanente o protratta senza possibilità di recupero;
- e) strutture specificamente dedicate al trattamento per disturbi del comportamento alimentare;
- f) strutture a gestione infermieristica per appoggio per indisponibilità improvvisa di colui che si prende cura della persona da assistere o per appoggio per sollievo dei familiari o di colui che si prende cura della persona da assistere e per il monitoraggio infermieristico sulle ventiquattro ore destinato a persone clinicamente stabili e a persone portatrici di malattie croniche;
- g) strutture di riabilitazione funzionale ai sensi dell'articolo 26 della legge 833/1978 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), per la riabilitazione finalizzata a prevenire, ritardare e ridurre le conseguenze di esiti debilitanti, per la quale è necessario un progetto individuale;
- h) strutture di riabilitazione funzionale finalizzate all'età evolutiva.

Da ultimo, il comma 5 dell'articolo 20 della legge regionale 22/2019 dispone che per assicurare l'assistenza medica alle strutture intermedie, gli enti del Servizio sanitario regionale possono ricorrere a personale dipendente o a rapporto orario, ai sensi dell'accordo collettivo nazionale e degli accordi integrativi regionali per la medicina generale.

#### **d) Assistenza medica primaria**

A completare il disegno riorganizzativo della legge regionale 22/2019, concorre la riorganizzazione dell'assistenza medica primaria, nell'ottica dei principi di cui si è detto sopra, di un continuo e progressivo miglioramento della risposta sanitaria e socioassistenziale, a ciascuna persona, nel più corretto setting assistenziale.

Sul punto, l'articolo 16 (Organizzazione dell'assistenza medica primaria) della legge regionale 22/2019, stabilisce infatti che l'assistenza medica primaria, a regime, è assicurata dai medici di medicina generale (MMG) di assistenza primaria e di continuità assistenziale (MCA), nonché

dai pediatri di libera scelta (PLS) che vi concorrono per la fascia d'età di competenza, mediante rapporto di convenzione con il Servizio sanitario regionale<sup>40</sup>.

Il comma 3 dell'articolo 16 precisa 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.

**Sul punto è già stato evidenziato da questa Sezione<sup>41</sup> come tale forma organizzativa multiprofessionale complessa di ampie dimensioni e strutturazione venga richiesta obbligatoriamente dalla normativa nazionale vigente (d.l. 158/2012, art. 1, c. 1) quale strumento necessario, tra gli altri, per un'adeguata gestione dei servizi territoriali da parte delle organizzazioni sanitarie pubbliche regionali, mentre solo facoltativamente dalla normativa regionale (l.r. 22/2019, art. 16, c. 3).**

Da ultimo, il comma 4 dell'articolo 16, contiene una disposizione transitoria ai sensi della quale le forme organizzative comunque denominate in essere alla data di entrata in vigore della legge regionale 22/2019 mantengono la loro operatività e possono confluire progressivamente nelle nuove forme organizzative, sulla base di indicazioni operative stabilite dagli accordi integrativi regionali, nell'ambito delle risorse disponibili del Servizio sanitario regionale.

Le forme organizzative in essere cui si riferisce la norma sono quelle previste dalla previgente normativa regionale di cui all'articolo 20 della legge regionale 17/2014 (ora abrogata), che disciplina le aggregazioni funzionali territoriali (AFT), la medicina di gruppo, qualificata in

---

<sup>40</sup> Il successivo c. 2 del citato art. 16 della legge regionale 22/2019 dispone che gli accordi integrativi regionali stipulati con i professionisti di cui al c. 1 individuano, nel rispetto di quanto stabilito dall'Accordo Collettivo Nazionale di settore, strumenti per assicurare in via transitoria, in deroga al valore ottimale dell'ambito territoriale, l'assistenza medica primaria al fine di sopperire a situazioni di carenza della stessa nel territorio di competenza.

<sup>41</sup> Si veda la deliberazione della Sezione di controllo del Friuli Venezia Giulia n. FVG/33/2019/PARI del 24 luglio 2020 recante "Parificazione del rendiconto generale della Regione Friuli Venezia Giulia per l'esercizio 2019", in particolare con riferimento alle pagine 485-486 della relazione allegata.

medicina di gruppo integrata (MGI), i centri di assistenza primaria (CAP) e i presidi ospedalieri per la salute (POS).

Alla legge regionale 17/2014, ha fatto poi seguito, in primis, l'Accordo Integrativo Regionale del 21/12/2015 che, per quanto qui interessa, ha definito le funzioni delle suddette forme organizzative, e precisamente<sup>42</sup>:

1. Le AFT (aggregazioni funzionali territoriali): in coerenza con il decreto Balduzzi, consistono in raggruppamento funzionale di Medici di medicina generale allo scopo di realizzare le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza. Sono definite da ciascuna Azienda su base distrettuale con un bacino d'utenza da 20.000 a 30.000 abitanti anche in relazione alle caratteristiche geomorfologiche del territorio. Le AFT sono composte in prima applicazione dai medici di medicina generale che lavorano in coordinamento con i medici di continuità assistenziale. A seguito di accordi stipulati in sede nazionale, le AFT potranno essere composte anche dai medici di continuità assistenziale e dai pediatri di libera scelta. Le AFT hanno funzioni organizzative e di sviluppo del governo clinico che si realizza mediante il coordinamento tra le forme organizzative dei medici in essa presenti. **L'adesione alla AFT da parte del medico di medicina generale è obbligatoria.**
2. La MGI: la nuova medicina di gruppo integrata, già medicina di gruppo, ha la finalità di armonizzare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di assicurare una miglior continuità assistenziale, di attuare iniziative di promozione della salute e di prevenzione, di perseguire l'integrazione assistenziale con l'ospedale e gli altri servizi coinvolti nei processi di cura e di attuare interventi di razionalizzazione della spesa. La MGI è di norma composta da 6 medici di medicina generale, salvo casi particolari dovuti a caratteristiche geografiche e demografiche. **La MGI deve integrarsi con la continuità assistenziale per la copertura assistenziale 7 giorni su 7 alla settimana al fine di garantire l'effettuazione di visite ambulatoriali e domiciliari, la gestione del fascicolo sanitario elettronico, l'adozione di percorsi assistenziali condivisi.** La MGI è realizzata attraverso due percorsi: attivazione di

---

<sup>42</sup> Per ulteriori dettagli e approfondimenti si rimanda all'Accordo Integrativo regionale reso esecutivo con la deliberazione della Giunta regionale 15 gennaio 2016, n. 39 "Approvazione dell'A.I.R. (Accordo Integrativo Regionale) 2016-2018 per i medici di medicina generale."

- una sede unica oppure articolazione in più sedi per garantire una capillarità territoriale (MGI diffusa). I medici che compongono la MGI fanno parte della medesima AFT.
3. I CAP: i centri di assistenza primaria svolgono in Friuli Venezia Giulia le funzioni delle unità complesse delle cure primarie (UCCP) previste dal decreto Balduzzi<sup>43</sup> e sono costituiti dall'aggregazione di medici di medicina generale, di specialisti, di personale e di servizi che operano nella stessa sede. Il CAP ha un bacino d'utenza da 20.000 a 30.000 abitanti e si fonda sul lavoro multiprofessionale in cui sono coinvolti i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi allo scopo di costituire un riferimento unitario per i pazienti e le loro famiglie.
  4. I POS: i Presidi Ospedalieri per la Salute sono istituiti in base alle specifiche esigenze di ciascuna Azienda del SSR tenendo conto di quanto previsto dal decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70 che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Le attività dei medici che operano in tali organizzazioni sono state regolate negli anni dagli accordi integrativi regionali. In particolare, al riguardo, giova ricordare che tali forme organizzative sono state confermate anche più recentemente, ancorché sempre in via transitoria, dagli accordi integrativi regionali dei medici di medicina generale del 23/07/2019 (c.d. Accordo ponte) e del 18/11/2020 (Accordo per gli anni 2020 - 2021)<sup>44</sup> e dagli Accordi Integrativi dei pediatri di libera scelta del 22/02/2011 e del 09/03/2022<sup>45</sup>.

Si osserva, inoltre, che nell'ambito delle Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2020<sup>46</sup>, viene previsto che *“anche per il 2020 viene confermata l'organizzazione complessiva dell'assistenza primaria, riportando le logiche che hanno portato all'avvio delle AFT e delle MGI in una coerenza di sistema su tutto il territorio regionale. In particolare, nelle more della sottoscrizione di un nuovo Accordo Integrativo Regionale triennale e atteso il fatto che i contenuti dell'AIR “ponte”, così come quelli dei precedenti AAIRR non modificati da questo, restano*

---

<sup>43</sup> Sul punto vedasi quanto dettagliato nel capitolo relativo alla normativa nazionale.

<sup>44</sup> Accordi Integrativi Regionali resi esecutivi rispettivamente con la d.g.r. 1381 del 09/08/2019 e d.g.r. 1737/2020.

<sup>45</sup> Accordi Integrativi Regionali resi esecutivi rispettivamente dalla d.g.r. 338/2011 e d.g.r. 364/2022.

<sup>46</sup> Approvate con d.g.r. 2195/2019.

*in vigore fino al prossimo Accordo Integrativo Regionale in materia, ai sensi della Norma Transitoria n. 5 del vigente ACN, si confermano le previsioni contrattuali vigenti in tema di:*

*[...] - Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), quale snodo dell'inclusione della medicina generale nelle dinamiche distrettuali;*

*- Medicina di Gruppo Integrata (MGI), quale forma organizzativa dell'assistenza primaria in coordinamento e integrazione di attività con le varie figure professionali che insistono sui processi di cura e di assistenza, tenuto conto delle peculiarità orogeografiche e della distribuzione di popolazione nel territorio regionale (caratterizzato in gran parte da comuni di dimensioni medio-piccole) e delle caratteristiche di prossimità garantite dalla diffusa presenza sul territorio dei Medici di Medicina Generale;*

*- personale segretariale e infermieristico di studio, nelle more dell'evoluzione organizzativa verso forme di "microteam" multiprofessionali.*

Dal quadro sopra descritto emerge, tuttavia, che lo sviluppo delle varie forme associative dell'assistenza primaria (AFT, MGI, CAP, POS), ha riguardato quasi esclusivamente i c.d. medici di assistenza primaria (medici di medicina generale). Eppure, al fine di implementare le forme organizzative sopra richiamate, si deve tener conto anche dell'attività dei medici di continuità assistenziale (MCA) proprio al fine di un loro progressivo inserimento in dette forme associative, in primis le AFT.<sup>47</sup> La loro attività prevalente (notturna, prefestiva e festiva) non risultava regolamentata in maniera univoca a livello regionale (almeno fino al 2019), ma in modo disomogeneo sulla base di regolamenti aziendali. Inoltre, in varie Aziende i MCA risulterebbero impiegati, mediante accordi aziendali, in attività diverse (a rapporto orario) da quelle a copertura della continuità assistenziale negli orari e nei giorni non coperti dai medici di assistenza primaria. Il loro impiego nella rete di cure palliative, negli hospice, nelle RSA, nelle strutture intermedie, nell'assistenza ai richiedenti asilo, nella sanità penitenziaria sono risorse in termini di offerta di servizio che vanno censite, regolamentate e sistematizzate. In questo ambito andrà valutato anche il possibile impiego di questi professionisti (e se del caso

---

<sup>47</sup> Con d.g.r. n. 1718 dd 11 ottobre 2019 è stato reso attuativo l' "Accordo Integrativo Regionale quadro in attuazione del Capo III sulla Continuità assistenziale dell'Accordo collettivo nazionale 2009 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale", che crea i presupposti per l'integrazione professionale e la presa in carico continuativa delle situazioni di cronicità/fragilità.

dei medici di emergenza territoriale, MET) in attività di rinforzo presso i PS, ma anche per la risposta domiciliare a richieste “non emergenti e non differibili”, nell’ambito delle MGI.<sup>48</sup>

Sul punto si segnala che è l’articolo 31 del nuovo Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - Triennio giuridico 2016-2018<sup>49</sup>, prevede l’istituzione del ruolo unico dei medici di assistenza primaria in cui sono confluiti i medici di assistenza primaria e i medici di continuità assistenziale.

#### **e) Cure domiciliari, farmacie convenzionate e centrale operativa**

Con la riforma regionale del 2019, nell’ambito dell’assistenza distrettuale, vengono organizzate e assicurate anche le:

- cure domiciliari rispondenti ai criteri di prossimità, di continuità e di integrazione con le risorse presenti nelle comunità servite secondo i principi dell'assistenza primaria orientata alla comunità. Si tratta di percorsi assistenziali a domicilio consistenti in un insieme organizzato di trattamenti al fine di stabilizzare il quadro clinico della persona, promuovere l'autonomia e il recupero funzionale e migliorarne la qualità della vita. I percorsi assistenziali a domicilio vengono fondati sull’infermiere e il fisioterapista di famiglia e di comunità che operano in collaborazione con il medico di medicina generale (MMG) o il pediatra di libera scelta, responsabili clinici dell'assistenza, e le altre figure professionali, sulla formazione e il sostegno organizzativo dei familiari e sulla condivisione delle informazioni attraverso una gestione informatizzata dei processi e percorsi di presa in carico, anche attraverso la telemedicina quale strumento per garantire il monitoraggio assistenziale domiciliare (art. 19 l.r. 22/2019);
- farmacie convenzionate come punti salute diffusi nel territorio e possono essere assunte per contribuire a fornire servizi di prossimità assieme ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta (art. 21, l.r. 22/2019).

L’articolo 22 della legge regionale 22/2019 prevede, altresì, che presso gli enti del servizio sanitario sia garantita la funzione di **centrale operativa** quale strumento per il governo della presa in carico e della continuità assistenziale. In particolare, tale funzione deve assicurare:

---

<sup>48</sup> Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale anno 2019 approvate con d.g.r. 448/2019.

<sup>49</sup> In data 28/4/2022, in sede di Conferenza Stato Regioni, è stata sancita l’intesa sull’ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell’art. 8 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., - Triennio giuridico 2016-2018. Rep. Atti n. 71/CSR del 28 aprile 2022.

- a) l'identificazione dei bisogni;
- b) l'integrazione tra attività, servizi e prestazioni dell'assistenza di prevenzione, dell'assistenza distrettuale, dell'assistenza ospedaliera nonché dell'assistenza di carattere sociale;
- c) la programmazione degli interventi di valutazione multidimensionale dei bisogni e la progettazione personalizzata;
- d) il supporto alla continuità assistenziale, all'aderenza terapeutica, a campagne vaccinali, ai programmi di promozione della salute e di stili di vita sani e agli interventi di prevenzione primaria e secondaria;
- e) l'informazione all'utenza.

#### **f) Dipartimento di prevenzione**

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il Dipartimento di prevenzione assicura l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

L'articolo 23 della legge regionale 22/2019 demanda agli atti aziendali degli enti del Servizio sanitario regionale l'organizzazione del Dipartimento in strutture aziendali.

Ai sensi del comma 3 del citato articolo 23, la Giunta regionale può individuare un ente del SSR presso il quale costituire strutture uniche regionali per le aree dipartimentali di sanità pubblica, con il chiaro intento di uniformare i livelli di assistenza sull'intero territorio regionale.

### **2.1.3 L'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS)<sup>50</sup>**

---

<sup>50</sup> Con riferimento all'ARCS, si veda quanto già osservato nella relazione allegata al Giudizio sul rendiconto della regione Friuli Venezia Giulia anno 2018 di cui alla deliberazione n. FVG/ 19 /2019/PARL, pagg. 401 e ss, ove si legge: "Le motivazioni dell'istituzione dell'ARCS così come evincibili dai lavori preparatori della legge regionale n. 27/2018 possono individuarsi in quelle di creare un ente regionale di natura aziendalistica sanitaria, che sia dotato di capacità e poteri adeguati a supportare e coordinare gli enti sanitari, vigilando sugli stessi e fornendo adeguato supporto alla Direzione centrale Salute, che rimarrebbe logicamente l'organo deputato all'indirizzo e vigilanza strategica del sistema sanitario regionale.

Nel ricercare ciò, peraltro, apparentemente si operò un revirement rispetto alla precedente soppressione operata dall'art. 10 della legge regionale n. 12/2009 della funzionalmente analoga Agenzia regionale della sanità, già istituita all'interno del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia dalla legge regionale 5 settembre 1995, n. 37.

Si annota, tuttavia, che le specifiche disposizioni contenute nella legge regionale n. 27/2018 appaiono attribuire all'ARCS minori funzioni, e correlati poteri, rispetto alle funzioni già attribuite alla precedente Agenzia regionale della Sanità; le funzioni già attribuite a tale Agenzia, infatti, in sede di sua soppressione sono state attribuite direttamente alla Direzione regionale centrale Salute.

Esaminando le funzioni già attribuite alla soppressa Agenzia regionale della sanità - e ora affidate alla Direzione - e comparandole a poteri e funzioni attribuite alla nuova ARCS, si annota come questi ultimi risultino sicuramente meno estesi ed incisivi, configurando in capo alla nuova ARCS sostanzialmente una serie di funzioni di supporto tecnico-specialistico a servizio della Direzione, che conserva pieni poteri, persino in campo tecnico-contabile, dove il potere di direttiva contabile nei confronti degli enti sanitari attribuito alla Direzione regionale centrale Salute dalla legge regionale n. 26/2015 non appare - così come per le funzioni elencate nella l.r. n. 37/1995 - essere stato oggetto di devoluzione alla neocostituita azienda di coordinamento.



L'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS), è stata costituita a decorrere dal 1° gennaio 2019<sup>51</sup>, con la contestuale soppressione dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS)<sup>52</sup>, le cui funzioni e attività sono state incorporate nella neocostituita ARCS, ente a cui si applicano le disposizioni già previste dalla normativa vigente per le aziende sanitarie locali<sup>5354</sup>.

L'ARCS, è deputata in particolare a coordinare la programmazione delle Aziende sanitarie e degli IRCCS, monitorare il raggiungimento degli obiettivi e il consumo delle risorse, coordinare le reti cliniche, i programmi di sicurezza delle cure, le politiche relative a farmaci, dispositivi medici e protesica, a svolgere attività connesse a sviluppo e utilizzo delle professioni sanitarie e a gestire le attività amministrative, tecniche, logistiche e sanitarie centralizzate. Contribuisce, inoltre, a predisporre documenti di programmazione, stesura di accordi e partecipazione a tavoli tecnici regionali e/o nazionali.

All'ARCS, infine, sono delegate le funzioni di gestione sanitaria accentrata, di cui all' articolo 22 del decreto legislativo 118/2011, sulla base di determinazioni e tempistiche stabilite con deliberazione della Giunta regionale.

Proprio con riferimento all'adeguamento regionale ai principi e alle disposizioni di cui al decreto legislativo 118/2011 e, in particolare, alla costituzione dello strumento gestionale regionale previsto dal d.lgs. n. 118/2011 denominato Gestione sanitaria accentrata (GSA), la

---

*Alla luce di quanto sopra annotato, si evidenzia come si presenti non univoco il quadro normativo di azione dell'ARCS, nuovo ente di coordinamento sanitario regionale, tale apparentemente da non garantire il rafforzamento della governance del sistema sanitario regionale per mezzo di una struttura direzionale che veda una dualità di direzione regionale sanitaria che sia caratterizzata da una suddivisione di poteri tra un organo detentore di un forte potere di pianificazione, indirizzo e controllo strategico – la Direzione centrale sanitaria – e un ente – l'ARCS – che con metodi, strumenti e poteri di natura aziendalistica e agile svolga le attività necessarie di programmazione, coordinamento, vigilanza e controllo nei confronti degli enti sanitari regionali. Non definito, al momento, appare anche il quadro del rapporto tra risorse umane e funzioni esercitate ricercato e da attuarsi nella riconfigurazione dei due organi - Direzione regionale centrale Salute e ARCS – e dei conseguenti necessari futuri trasferimenti di personale, richiesti dall'esigenza di prevenire duplicazioni di costi."*

<sup>51</sup> La costituzione è avvenuta con decreto del Presidente della Regione del 21 dicembre 2018, n. 240, ai sensi dell'art. 11, commi 1 e 4. Per l'istituzione si veda l'articolo 3, c. 1, lett. a) della legge regionale 27/2018.

<sup>52</sup> Articolo 11, comma 8, lett. a), della legge regionale 27/2018.

<sup>53</sup> Articolo 3, c. 3, della legge regionale 27/2018.

<sup>54</sup> La legge regionale 27/2018 ha consentito, a decorrere dall'esercizio 2019, con l'istituzione di ARCS, il superamento dell'esclusione dal bilancio economico consolidato regionale delle risultanze contabile dell'ente di supporto regionale, quello che fino al 31 dicembre 2018 era l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS) e quindi di una ridotta capacità informativa delle risultanze contabili. Si veda sul punto quanto osservato nella relazione allegata al Giudizio sul rendiconto della regione Friuli Venezia Giulia anno 2018 di cui alla deliberazione n. FVG/ 19 /2019/PARI, pagg. 405 e ss.

legge regionale n. 27/2018 ne ha previsto la futura costituzione, ma con tempistiche da definire a cura della Giunta regionale<sup>55</sup>.

## 2.2 Assetto post Covid

Con lo scoppio dell'emergenza sanitaria SARS-COV-2 avvenuta nei primi mesi del 2020, l'assetto regionale della medicina ospedaliera e del territorio ha subito un brusco cambio di rotta organizzativo. Per fronteggiare la situazione pandemica si è, infatti, reso necessario procedere tempestivamente, e periodicamente, con numerosi provvedimenti di carattere amministrativo atti a potenziare i servizi sanitari della Regione.

La complessa gestione della pandemia ha infatti condizionato tutta la programmazione delle attività e degli obiettivi del Sistema sanitario regionale a partire dal 2020 e a tutt'oggi. Tale gestione ha trovato espressione in varie misure di carattere straordinario adottate con deliberazioni della Giunta regionale ed hanno trovato espressione in specifici Piani e Programmi emergenziali, basati su altrettanti provvedimenti di carattere straordinario ed urgente emanati nel corso di questo triennio da parte del Governo.<sup>56</sup>

Nel corso del 2020 e del 2021 tutto il Sistema sanitario regionale è stato impegnato per lo più nel contrasto all'emergenza, dovendo limitare notevolmente l'attività ordinaria. Anche nel corso di questi primi mesi del 2022 le forze si sono concentrate su tale fronte, anche se dalle nuove disposizioni statali e dalle Linee guida regionali per la gestione del Servizio sanitario 2022 si evince il tentativo di riprendere in mano sempre di più l'attività ordinaria, recuperando i ritardi accumulati e riorganizzando i servizi sulla base delle criticità emerse nel corso di questo triennio. L'emergenza sanitaria Covid-19 ha sicuramente messo in evidenza la debolezza dell'architettura dell'assetto organizzativo sanitario e di tutta la rete dei servizi coinvolti, in particolar modo della presa in carico dei pazienti più fragili e con problemi di salute, sia dal punto di vista sanitario che socioassistenziale.

---

<sup>55</sup> L'art. 4, comma 5, della l.r. 27/2018, dispone che "Fermo restando quanto previsto dall'art. 79 del d.lgs. 118/2011 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), all'Azienda regionale di coordinamento per la salute sono delegate le funzioni di gestione sanitaria accentrata, di cui all'art. 22 del d.lgs. 118/2011, sulla base di determinazioni e tempistiche stabilite con deliberazione della Giunta regionale."

<sup>56</sup> Vedasi, in particolare, i sopra citati decreti legge nn. 18 e 34 del 2020 descritti nella sezione dedicata all'ordinamento statale.

Si è avviato dapprima un percorso di potenziamento urgente dell'assistenza ospedaliera con la necessaria riorganizzazione dell'offerta di attività di ricovero in aree ad alta intensità di cure (terapie intensive - T.I.), in aree di cure semintensive (T.S.) nonché in aree internistiche (in particolare infettivologia e pneumologia)<sup>57</sup>. In secondo luogo, si è proceduto con la riorganizzazione e il potenziamento della rete assistenziale territoriale che ha trovato espressione nel Piano di assistenza territoriale<sup>58</sup>, intensificando l'offerta dei servizi territoriali e dei sistemi di presa in carico del paziente, nonché di potenziamento dell'assistenza domiciliare per tutti i soggetti fragili, in coerenza anche con quanto previsto dalla normativa generale di cui alla legge regionale 22/2019. In tale ottica, gli obiettivi prefigurati con il Piano regionale sono stati da un lato rafforzare ed integrare il sistema di accertamento diagnostico, il monitoraggio e la sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2 dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus; dall'altro lato assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, o in isolamento domiciliare obbligatorio, o dimessi o paucisintomatici non ricoverati, o in isolamento fiduciario.

Con specifico riferimento a quest'ultimo aspetto, merita ricordare nell'ambito della medicina del territorio, in particolare, l'introduzione delle nuove **Unità speciali di continuità assistenziale (USCA)**<sup>59</sup> istituite al fine di consentire ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e ai medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) di garantire l'attività di assistenza territoriale ordinaria, per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.

---

<sup>57</sup> d.g.r. 7 agosto 2020, n. 1224 (DL 34/2020, art 2 e circolare ministero della salute del 29 maggio 2020 - riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza covid-19 della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia - linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza covid-19. Approvazione definitiva del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera per far fronte al covid-19). Il Piano ha trovato conferma con l'approvazione del Programma operativo per la gestione dell'emergenza da covid-19 di cui alla deliberazione della Giunta regionale 1568/2020, che ne costituisce parte integrante quale allegato A.

<sup>58</sup> d.g.r. 11 settembre 2020, n. 1369 (DL 18/2020, art 18, comma 1, convertito con modificazioni dalla l 27/2020 e dl 34/2020, artt. 1 e 2, convertito con modificazioni dalla l 77/2020. Programma operativo per la gestione dell'emergenza da covid-19 della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia. Approvazione in via preliminare del Piano di assistenza territoriale). Il Piano si è perfezionata in via definitiva con il suo recepimento nel programma operativo per la gestione dell'emergenza da covid-19 avvenuto con d.g.r. 1568/2020, di cui fa parte integrante quale allegato B.

<sup>59</sup> Sul punto si veda la nota 15.

Gli obiettivi strategici previsti dai Piani sopra descritti sono stati recepiti e confermati nell'ambito del Programma operativo per la gestione dell'emergenza da Covid-19 della Regione adottato ai sensi dell'articolo 18, c. 1, del decreto legge 18/2020 e approvato con la deliberazione della Giunta regionale 1568 del 23 ottobre 2020.

Il Programma operativo espone gli interventi programmati per la gestione dell'emergenza per le varie aree di riferimento e per i diversi piani temporali di breve, medio e lungo periodo e per garantire la gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari, anche alla luce delle situazioni di afflusso sempre maggiore di pazienti.

## 2.3 Il PNRR in Friuli Venezia Giulia

A seguito dell'approvazione del PNRR, la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia ha provveduto ad un primo aggiornamento dell'assetto del proprio Sistema sanitario alla luce dei nuovi indirizzi definiti nell'ambito della Missione 6 Componente 1.

In particolare, con la **deliberazione n. 1965 del 23 dicembre 2021**<sup>60</sup> la Giunta regionale ha definito le attività e i livelli assistenziali del servizio sanitario regionale sulla scorta di quanto previsto dal PNRR. Si tratta di una deliberazione anticipatoria del decreto ministeriale concernente la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei e uniformi per l'assistenza territoriale da garantire su tutto il territorio nazionale, suscettibile di integrazione a seguito dell'adozione del d.m. 77 del 23/05/2022<sup>61</sup>.

La delibera 1965/2021 illustra il risultato dell'analisi effettuata sul contesto demografico e geografico regionale, con particolare riferimento ai bisogni della popolazione e agli indicatori di salute, socio-sanitari e sociali e l'esito della ricognizione che ha condotto alla ridefinizione delle linee di indirizzo in adeguamento alle linee programmatiche del PNRR; risultato che ha condotto alla formulazione dei nuovi principi organizzativi in merito alla rimodulazione dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, della programmazione dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria, nonché delle politiche per gli Enti del Terzo Settore

---

<sup>60</sup> Rettificando gli errori materiali della precedente d.g.r. 24 settembre 2021, n. 1446.

<sup>61</sup> Si ricorda sul punto che la d.g.r. 1965/2021 è stata adottata sulla base degli standard contenuti nella versione del c.d. d.m. 71 che era stata condivisa in sede di Conferenza Stato Regioni sulla quale, tuttavia, non è stata raggiunta l'intesa. Sul punto si veda anche la delibera del Consiglio dei ministri del 21 aprile 2022, sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento contenente i nuovi standard, che autorizza l'adozione del citato decreto (c.d. d.m. 71, ora d.m. 77 del 23/05/2022, pubblicato nella Gazzetta ufficiale 22/06/2022, n. 144). Per un approfondimento si rimanda al capitolo 2.4.

(ETS), delle Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP) e delle Fondazioni che, attraverso rapporti con gli Enti del SSR, contribuiscono al raggiungimento dei risultati di salute.

Il nuovo scenario introdotto dal PNRR ha reso necessario definire nuove funzioni e riorganizzare lo sviluppo territoriale secondo i principi generali enucleati da ultimo nella delibera 1965/2021 e costituisce parte integrante e nucleo fondamentale anche delle Linee guida per la gestione del Sistema sanitario regionale per l'anno 2022, approvate con la deliberazione della Giunta regionale 11 marzo 2022, n. 321.

Le Linee annuali per la gestione del Sistema sanitario regionale 2022 forniscono gli indirizzi per la programmazione regionale stabilendo le linee di azione e organizzazione prioritarie del SSR. Tali linee programmatiche risultano fortemente condizionate dal sistema di assistenza territoriale delineato dal PNRR e anticipato nella deliberazione 1965/2021, che enuclea i principi riorganizzativi generali ai quali gli enti devono dare concreta e progressiva attuazione. A seguito dell'adozione dei nuovi standard organizzativi adottati a livello nazionale<sup>62</sup>, quindi, verrà concretamente definito il cambiamento delle attuali strutture organizzative degli enti.

### **2.3.1 Le delibere 1965/2021 e 321/2022 e l'attuazione del PNRR**

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, le strutture che assicurano le funzioni di assistenza distrettuale e l'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro sono il Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT), che coordina l'attività dei Distretti in esso aggregati e l'attività del Dipartimento delle Dipendenze e Salute Mentale (DDSM) cui si raccorda funzionalmente, e il Dipartimento di Prevenzione (DP), secondo lo schema più sotto riportato.

La deliberazione della Giunta regionale 1965/2021 ha ulteriormente rafforzato il ruolo del DAT nell'ottica di uniformare l'assistenza distrettuale sul territorio e di coordinare le varie funzioni ad essa assegnate, nonché di rafforzare la sinergia dei servizi sanitari con quelli sociosanitari e socioassistenziali dell'azienda. Il DAT avrà inoltre il compito di coordinare

---

<sup>62</sup> I nuovi standard sono stati adottati con il d.m. 77 del 23/05/2022 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale), pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 22/06/2022, n. 144, già d.m. 71. Sul punto si veda anche il cap. 2.4

l'attività delle centrali operative territoriali (COT), presenti in ragione di una struttura ogni 100.000 abitanti, che garantiranno la sinergia dei servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari ed assicureranno l'interfaccia con la rete di emergenza-urgenza.

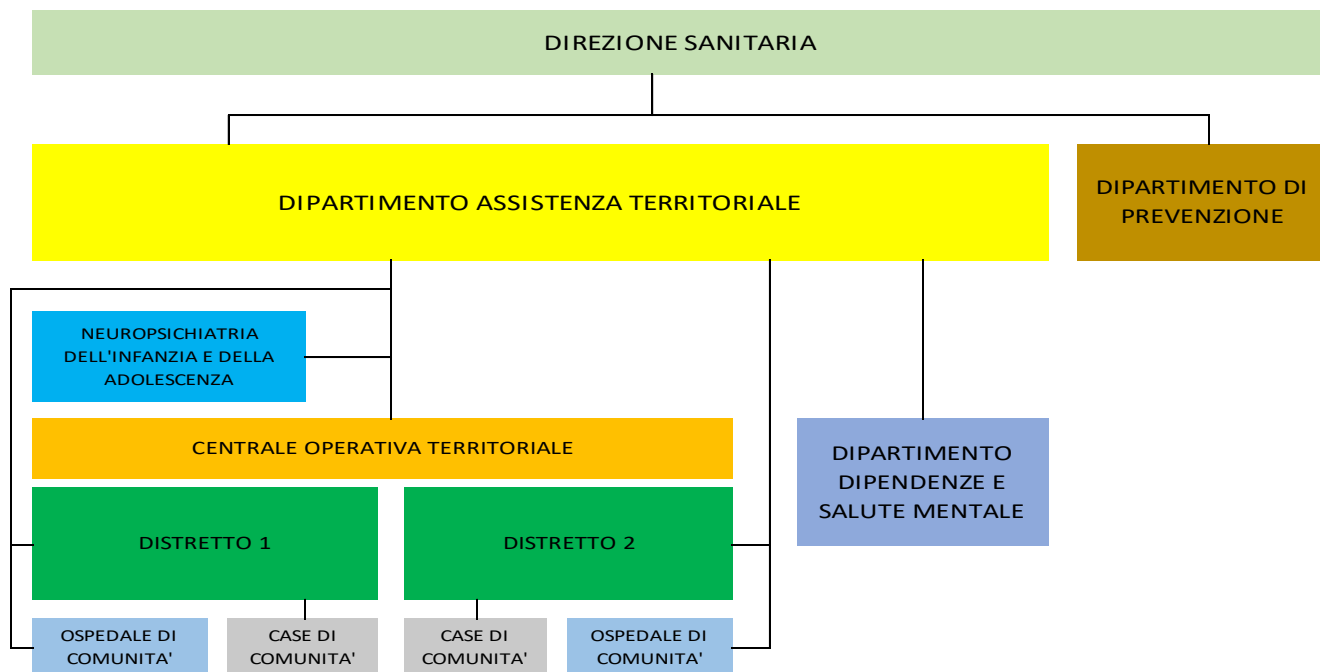


Tabella 1 - Elaborazione Corte dei conti sulla base di quanto previsto dall'Allegato 1 della deliberazione della Giunta regionale 1965/2021

**Il Distretto** è arricchito di molteplici funzioni amministrative: anagrafe sanitaria, sportello CUP e attività amministrative distrettuali, specialistica ambulatoriale, assistenza protesica e AFIR, igiene e sicurezza ambienti di lavoro, cure all'estero, assistenza sanitaria e vigilanza case di riposo, assistenza termale, relazione con i Sindaci e assemblea dei sindaci, gestione operativa del personale attinente le attività, igiene e medicina preventiva (fra cui vaccinazioni, idoneità guida, porto d'armi).

Nei Distretti sono individuate tre Aree le cui attività saranno garantite da equipe multidisciplinari operanti anche su più distretti (1/100.000) il cui governo condiviso e integrato tra i distretti compete al DAT:

- Area adulti e anziani: garantisce la presa in carico della popolazione adulta e anziana e la continuità assistenziale attraverso l'organizzazione e il coordinamento di assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, cure primarie e telesoccorso. In questa area sono collocate anche le funzioni di valutazione multidimensionale e di presa in carico della

disabilità adulta e dei disturbi del neurosviluppo. Nell'ambito della presa in carico sono sviluppati/implementati anche gli interventi di governo della rete delle assistenti familiari, il supporto e la formazione dei caregivers in raccordo con i Servizi sociali dei Comuni e attraverso partenariati con gli Enti del Terzo settore. Sono svolte anche le funzioni di sanità penitenziaria. Nell'Area è prevista l'implementazione delle Case della Comunità (CdC) il cui standard previsto è di 1 per ogni 15.000/20.000 abitanti, che saranno distribuite in modo capillare su tutto il territorio regionale (49 saranno fisse, 3 stagionali) ed afferiranno al Distretto;

- Area Minori e famiglia: garantisce le funzioni di consultorio familiare (area sanitaria e area psico-sociale). Sono qui collocate le funzioni che attengono la disabilità e i disturbi del neurosviluppo nell'ambito dell'età evolutiva, in raccordo con le strutture territoriali di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA). La funzione di NPIA è caratterizzata da una forte integrazione presente a partire dal livello territoriale dell'Area Minori e Famiglia, con una transizione per la presa in carico progressiva nella fascia d'età 18-21 anni da parte del DDSM con forti interrelazioni con l'Area Adulti territoriale. Nell'ambito della presa in carico sono sviluppati gli interventi di supporto e formazione ai caregivers in raccordo con i Servizi sociali dei Comuni e gli interventi in partenariato con gli Enti del Terzo settore;

- Area Cure intermedie: garantisce la risposta al bisogno intermedio tra l'assistenza ospedaliera e i servizi erogati in sede di assistenza sociosanitaria domiciliare e di assistenza specialistica ambulatoriale. È assicurata da operatori sanitari che si fanno carico delle diverse tipologie di degenze intermedie extra-ospedaliere di cui all'articolo 20 della legge regionale 22/2019. Nell'ambito del rafforzamento delle cure intermedie previsto dal PNRR sono implementati i progetti di Ospedale di Comunità secondo gli standard previsti dall'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2020. Sul territorio regionale è prevista la realizzazione di 29 Ospedali di Comunità, per un totale di 482 posti letto; essi afferiranno al DAT.

**La Casa della Comunità (CdC)**, disciplinata dal PNRR, non è attualmente regolamentata dalla normativa regionale; tuttavia, il comma 163 dell'articolo 1, della legge 234/2021<sup>63</sup>, individua le

---

<sup>63</sup> Legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024).

CdC quali articolazioni del Servizio Sanitario dove è posta la sede operativa dei punti unici di accesso (PUA) presso i quali è garantito alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari.

Le CdC sono organizzate capillarmente su tutto il territorio aziendale.

Come già illustrato al capitolo 1.3.1, **si tratta di strutture fisiche in cui opera un team multidisciplinare di MMG, medici specialisti, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali. Sono un punto di riferimento continuativo per la popolazione che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento. Sono luoghi fisici di prossimità con la funzione anche di punti di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari, attraverso accordi tra Distretto e SSC e sviluppando partenariati con Enti del Terzo settore. Sono presidi sul territorio con la funzione di rafforzamento dell'assistenza domiciliare e per una più efficace integrazione con i servizi sociosanitari per la presa in carico della popolazione fragile.**

All'interno delle CdC operano inoltre gli **Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC)**<sup>64</sup>, con l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità.

L'infermiere di famiglia e comunità, dunque, risponde ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento (distretto) non erogando solo assistenza, ma attivandola e stabilendo con le persone e le comunità rapporti affettivi, emotivi e legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico.

---

<sup>64</sup> L'art. 1, comma 5, del DL n. 34/2020, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, prevede il potenziamento dell'assistenza infermieristica sul territorio introducendo la figura dell'infermiere di famiglia/comunità. Questa figura deve essere inserita a livello territoriale per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti SARS-CoV-2 anche coadiuvando le USCA e i Dipartimenti di prevenzione nelle funzioni di sorveglianza e monitoraggio dei soggetti positivi, isolati e cronici. Sull'infermiere di famiglia/comunità si vedano anche le "Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità" adottate dalla Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome nella seduta del 10 settembre 2020.



L'infermiere di famiglia e comunità svolge attività trasversali per accrescere l'integrazione e l'attivazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le risorse sul territorio utili a risolvere i problemi legati ai bisogni di salute; è un professionista che insieme ad altre figure professionali forma la rete integrata territoriale, prende in carico in modo autonomo la famiglia, la collettività e il singolo. Ha un ruolo anche proattivo per promuovere salute, educazione sanitaria per la persona sana e la famiglia e la comunità.

**La Centrale Operativa Territoriale (COT)** è disciplinata dalla legge regionale e ampliata dal PNRR: l'articolo 22 della LR 22/2019 (Governo della presa in carico) dispone che "presso gli enti del Servizio sanitario regionale è assicurata la funzione di centrale operativa quale strumento per il governo della presa in carico e della continuità assistenziale."

La COT è uno strumento organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra i servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e sociosanitari. È una piattaforma di interconnessione con tutte le strutture presenti sul territorio.

La COT assicura l'identificazione dei bisogni, l'integrazione tra attività, servizi e prestazioni dell'assistenza di prevenzione dell'assistenza distrettuale, dell'assistenza ospedaliera nonché dell'assistenza di carattere sociale e la programmazione degli interventi di valutazione multidimensionale dei bisogni e progettazione personalizzata. Essa fornisce supporto alla continuità assistenziale, all'aderenza terapeutica, a campagne vaccinali e ai programmi di promozione della salute, si occupa dell'informazione all'utenza, favorisce i programmi di promozione di stili di vita sani e interventi di prevenzione primaria e secondaria".

**L'Ospedale di Comunità (OdC)** è disciplinato dal PNRR, dagli atti concertativi di riferimento (decreto del Ministro della Salute 70/2015 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera -, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Accordo in Conferenza Stato-Regioni del

20/02/2020) e dalla legge regionale 22/2019 che all'articolo 20 comma 3 lettera b) inserisce l'OdC fra le strutture di assistenza intermedia con riferimento ad attività, servizi e prestazioni riconducibili alle tipologie di assistenza connesse al trattamento di patologie acute di norma gestibili a domicilio, per casi in cui non è possibile mantenere la persona al proprio domicilio e per persone con disabilità gravi e persone con disabilità mentale.

L'OdC è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio.

L'OdC svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio. È rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio, in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

Le aziende territoriali del Servizio sanitario regionale sono chiamate ad implementare progressivamente, a partire dal 2022, il modello descritto nelle due delibere, accompagnando l'utilizzo delle risorse del PNRR con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, imperniata sull'integrazione tra servizi e professionisti con fulcro nelle CdC, punto di accesso e di erogazione di servizi sanitari e sociali di prossimità. Fondamentale strumento per la presa in carico integrata e la transizione tra livelli assistenziali e setting di cura, sarà la COT.

La costruzione del modello previsto dalla legge regionale 22/2019, come rimodulato dal PNRR, recepito e dettagliato nelle deliberazioni della Giunta regionale 1965/2021 e 321/2022 e che deve trovare riscontro negli atti aziendali delle Aziende sanitarie recentemente approvati<sup>65</sup>, dovrà necessariamente essere accompagnata non solo dal rafforzamento delle risorse umane dedicate, ma anche e anzitutto dalla razionalizzazione e progressiva maggiore uniformità dei protocolli aziendali di presa in carico integrata sul territorio, nonché da una corrispondente ipotesi riorganizzativa e operativa di integrazione tra sistemi informativi e processi, funzionali a tale assetto imperniato sulla CdC come riferimento sul territorio e sulla COT come strumento dell'integrazione tra professionisti e setting di cura, ivi compreso il domicilio, che della cura deve costituire il luogo privilegiato.

In attuazione del PNRR – Missione 6 – Componente 1, il 20 gennaio 2022 è stato approvato il decreto del Ministro della salute recante la *Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari*<sup>66</sup>, predisposto a seguito dell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 12/01/2022<sup>67</sup>, prevede per la Regione Friuli Venezia-Giulia le seguenti condizioni:

- Missione 6, Componente 1, Investimento 1.1: Target: n. 23 Case della Comunità per euro 34.256.093,22;
- Missione 6, Componente 1, Investimento 1.2: Target n. 12 COT per euro 4.090.351,76;
- Missione 6, Componente 1, Investimento 1.3: Target n. 7 Ospedali di Comunità per euro 18.685.141,76.

L'attuazione degli interventi finanziati dal PNRR spetta all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), quale tramite per il Ministero della Salute; a tal fine, in data 30/05/ 2022, è stato sottoscritto il contratto istituzionale di sviluppo (CIS) tra il Ministro della salute e il Presidente della Regione Friuli Venezia Giulia per la realizzazione di CDC, COT e ODC per il quale le Aziende saranno tenute a definire tutti gli atti necessari secondo le

---

<sup>65</sup> Gli atti aziendali sono stati adottati come segue: ASUGI con decreto del Direttore generale 454 del 19/05/2022, ASUFC con decreto del Direttore generale 581 del 24/05/2022, ASFO con decreto del Direttore generale 474 dell'1/06/2022.

<sup>66</sup> 22A01552 - G.U. Serie Generale, n. 57 del 09 marzo 2022

<sup>67</sup> 22/04/SR01/C7 del 12.01.2022 Posizione sullo schema di decreto del Ministro della salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del piano nazionale di ripresa e resilienza e del piano per gli investimenti complementari PNRR - Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131

modalità e i termini stabiliti da AGENAS, dopo che nell'anno 2021 si è concluso il censimento dei siti di realizzazione delle CdC, delle COT e degli OdC con le risorse PNRR che è stato avviato da AGENAS, con l'indicazione operata, da ultimo, dalla Giunta regionale con la deliberazione di generalità n. 2014 del 23 dicembre 2021.

Infine, nell'ottica della revisione ed uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata, le Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2022<sup>68</sup>, hanno previsto che ogni azienda territoriale (ASFO, ASUGI, ASUFC) elabori un documento contenente l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale per i processi di presa in carico integrata, tenendo conto delle concrete modalità di esercizio aziendale della funzione di centrale operativa quale strumento di governo della presa in carico e della continuità assistenziale e delineandone le modalità di funzionamento e utilizzo, nonché, un piano di attività per la progressiva attivazione delle COT dettagliando specificatamente i tempi e le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità e le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego.

La nuova struttura organizzativa dell'assistenza territoriale, ad integrazione e completamento dell'attuale offerta, è riepilogata nella seguente tabella.

Le 12 Centrali operative Territoriali (COT) e 23 Case della Comunità (CdC) su 52 saranno finanziate dalle risorse previste dal PNRR. Per quanto riguarda gli Ospedali di Comunità (OdC), i 482 posti letti relativi ai nuovi 29 OdC da realizzare saranno in parte finanziati dal PNRR (7 OdC), in parte a carico del bilancio regionale (22 OdC).

---

<sup>68</sup> Si veda l'approvazione preliminare di cui alla d.g.r. 54 del 21.01.2022 "Lr 22/2019 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2022. approvazione preliminare." cui è seguita l'approvazione definitiva di cui alla d.g.r. 321 dell'11.03.2022 "Lr 22/2019 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2022. approvazione definitiva."

SITUAZIONE ATTUALE			RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI TERRITORIALI							
AZIENDA	DISTRETTO	ABITANTI PER DISTRETTO	Abitanti	ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE PNRR			ULTERIORI FUNZIONI TERRITORIALI			
				COT	CDC Hub	CDC Spoke	ODC (p.l.)	Degenze post acuti (p.l.)	SUAP (p.l.)	Hospice (p.l.)
ASUFC	San Daniele del Friuli	46.991	526.474	5	9	14+2 stagionali	210	210	26	52
	Codroipo	50.567								
	Cividale del Friuli	50.420								
	Tarcento	40.361								
	Udine	160.215								
	Cervignano del Friuli	56.727								
	Latisana	52.025								
	Tolmezzo	37.215								
	Gemona del Friuli	31.953								
ASUGI	Trieste Nord - San Giovanni	56.925	369.289	4	6	5	148	148	18	36
	Trieste Nord Ovest - via Stock	60.646								
	Trieste Sud - via Pietà	55.108								
	Trieste Est - Valmaura	58.815								
	Alto Isontino	64.836								
	Basso Isontino	72.959								
ASFO	San Vito al Tagliamento	40.768	310.502	3	6	9+1 stag.	124	124	16	30
	Azzano Decimo - Sile	60.263								
	Maniago - Dolomiti	52.220								
	Sacile - Livenza	62.452								
	Pordenone - Noncello	94.799								
<b>TOTALE</b>	<b>1.206.265</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>28+3 stag.</b>	<b>482</b>	<b>482</b>	<b>60</b>	<b>118</b>		

Tabella 2 - Tabella tratta dall'Allegato 2 della deliberazione della Giunta regionale 1965/2021

## 2.4 L'iter del c.d. d.m. 71 ora d.m. 77

Come già rilevato nel precedente paragrafo, le Linee annuali per la gestione del Sistema sanitario regionale 2022 risultano fortemente condizionate dal sistema di assistenza territoriale delineato dal PNRR e anticipato nella deliberazione 1965/2021. A seguito della recente adozione dei nuovi standard organizzativi adottati a livello nazionale, dovranno essere conseguentemente aggiornati, ove necessario, gli atti di programmazione regionale dell'assistenza territoriale e dovrà essere concretamente definito il cambiamento delle attuali strutture organizzative degli enti, dando compiuta attuazione alla riforma.

La definizione dei nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale costituisce una specifica milestone europea relativa al PNRR di competenza del Ministero della Salute, da adottarsi entro il 30 giugno 2022.

In data 30 marzo 2022 lo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" - PNRR M6-C1-Riforma 1, Reti di prossimità strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, è stato presentato in sede di Conferenza Stato-Regioni, dove è stata espressa la mancata intesa.

Con la delibera del 21 aprile 2022, sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-Regioni relativa al suddetto schema, il Consiglio dei ministri ha autorizzato, ai sensi dell'articolo 3, comma 3 del decreto legislativo 281/1997, l'adozione del citato decreto.

Il Ministero della salute ha successivamente sottoposto lo schema di decreto al parere consultivo del Consiglio di Stato, il quale ha espresso parere favorevole con osservazioni.

In sostanza il Consiglio di Stato rileva che l'Allegato al regolamento denominato "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", "contiene una serie di indicazioni aventi carattere eterogeneo tra di loro, avendo alcune natura squisitamente prescrittiva, altre funzione evidentemente descrittiva, altre ancora risolvendosi in auspici e possibili soluzioni per l'assetto futuro. [...] Questo Consiglio di Stato ritiene che sia necessario chiarire meglio quale sia la parte prescrittiva e quale sia la parte descrittiva del detto Allegato, attraverso correzioni formali e una risistemazione grafica che, senza modificarne i contenuti sostanziali, operino una distinzione di tipo solo qualitativo tra le suddette parti. [...] Questo Consiglio di Stato ritiene necessario il predetto accorgimento, quale che sia la modalità prescelta, proprio al fine di assicurare la certezza, l'effettività, la concreta attuabilità in sede amministrativa, oltre che l'eventuale enforcement in sede contenziosa, della importante riforma prospettata."<sup>69</sup>

La Sezione del Consiglio di Stato ritiene, inoltre, "indispensabile che siano esplicitati nello schema almeno alcuni step essenziali (da riferire sia all'oggetto degli standard sia alla tempistica per il loro conseguimento) circa l'attuazione della riforma e il progressivo raggiungimento degli obiettivi."<sup>70</sup>

Il Consiglio di Stato suggerisce, da ultimo, al Governo, l'avvio di un intervento di complessivo riordino e semplificazione delle fonti disciplinatrici della materia, da attivare o attraverso lo

---

<sup>69</sup> Consiglio di Stato, Sezione consultiva per gli atti normativi, n. 881/2022 del 19/05/2022.

<sup>70</sup> *ibidem*

strumento della delega legislativa, o, in alternativa, attraverso testi unici cd. compilativi, come previsto a dall'articolo 17 bis della legge n. 400/88.

Il d.m. 71, modificato e integrato sulla base delle indicazioni del Consiglio di Stato, è stato adottato dal Ministero della salute in data 23/05/2022, ora d.m. 77, pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 22/06/2022, n. 144. In attuazione delle osservazioni del Consiglio di Stato con il d.m. 77 è stata enucleata la parte prescrittiva inserendo l'allegato 2, sono stati contestualmente rimodulati alcuni parametri ed è stato inserito l'allegato 3, contenente il glossario degli acronimi.

Quanto ai contenuti, il nuovo modello di assistenza territoriale si muove su quattro principi cardine:

1. la medicina di popolazione, che ha come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione e identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati;
2. la sanità di iniziativa, modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa;
3. la stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, che permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse;
4. il progetto di salute, uno strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza

territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.

Il decreto poi definisce puntualmente gli standard di ogni elemento che compone la nuova assistenza territoriale.

Le tabelle elaborate da questa Sezione, riportate nel capitolo 3 relativo all'esito dell'attività istruttoria e contraddittorio, contengono gli standard definiti dal d.m. 71, alle quali sono state aggiunte le tabelle contenenti gli standard definiti dal d.m. 77, ove modificati, per completezza di informazione.



### 3 ESITO DELL'ISTRUTTORIA E DEL CONTRADDITTORIO

A seguito della riunione di contraddittorio tenutasi presso la sede della Sezione di controllo in data 28/06/2022, sui contenuti del documento anticipato a tutti gli interessati con pec prot. di uscita n. 1259/Corte dei conti del 22/06/2022, contenente le tabelle elaborate, corredate da note di commento dei punti non sufficientemente chiari o espressivi di aspetti di criticità, sono stati acclarati i dati espressi dalla gestione contenuti nelle tabelle che seguono.

Le tabelle elaborate ai fini dell'istruttoria contengono gli standard previsti dai provvedimenti regionali e dal c.d. d.m. 71, nella versione condivisa in seno alla Conferenza Stato Regioni. Alla luce della pubblicazione in Gazzetta ufficiale del d. m. 77/2022, avvenuta il 22/06/2022, cioè nella medesima data in cui la Sezione ha inviato alle Aziende la conclusione dell'attività istruttoria al fine di asseverare i dati elaborati, si rende necessario integrare l'indagine sull'assetto dell'assistenza sanitaria territoriale con riferimento all'attuazione del PNRR, con i nuovi standard di cui al d.m. 77/2022, ove modificati rispetto al d.m. 71, al fine di dare puntuale evidenza di eventuali scostamenti rispetto ai parametri attuali.

Preliminarmente è stato osservato in via generale, che nel corso dell'indagine la Sezione ha riscontrato non sufficiente chiarezza nell'utilizzo dei termini che definiscono le diverse strutture, con particolare riferimento all'infermiere di famiglia/comunità (IF/C), alla centrale operativa territoriale (COT) come prevista dal PNRR e alla centrale operativa 116117, nonché, all'ospedale di comunità (ODC)/RSA/post-acuti.

**La Sezione ha rappresentato che l'adozione di nomenclature uniformemente applicate a livello nazionale e comunque previste dal PNRR consentirebbe, non solo di confrontare dati omogenei, ma contribuirebbe anche ad evitare confusione nell'individuazione delle tipologie delle strutture e dei servizi.**

Si dà atto che nel corso del contraddittorio il Direttore centrale salute ha comunicato l'intendimento di proporre al legislatore regionale di intervenire con una norma al fine di

ricondere all'interno del SSR i modelli organizzativi previsti dal PNRR, utilizzando definizioni e concetti di organizzazione sanitaria come previsti nei provvedimenti nazionali, fine di ridurre in maniera importante i possibili elementi di confondimento nell'utilizzo di definizioni e concetti relativi all'organizzazione sanitaria e sociosanitaria regionale rispetto a quelli contenuti negli atti nazionali (si pensi alle R.S.A. presenti in Regione). Un tanto risulta funzionale anche al percorso di sviluppo del SSR secondo i dettami del PNRR, evitando la possibile presenza, tra i diversi soggetti, di elementi di confusione dovuti a un diverso significato organizzativo sottostate a medesimi termini e definizioni.

### **3.1 ASSISTENZA MEDICA PRIMARIA**

- **DATI RAPPORTO OTTIMALE MMG/ABITANTI**

Il rapporto ottimale per attività a ciclo di scelta è definito in termini di rapporto MMG per abitanti/residenti.

Alla luce del contraddittorio, in un primo tempo questa Sezione ha ritenuto di prendere in considerazione il numero di residenti, così come previsto dal parametro di riferimento definito dall'art. 33 dell'ACN del 23/03/2005 e non quello degli assistiti preso invece a riferimento da ASUFC e ASFO.

Effettivamente, il dato riferito agli assistiti non pare irragionevole, considerato che tale numero viene determinato dal totale dei residenti meno i residenti 0/6 anni, più gli assistiti che risiedono altrove ma hanno il domicilio sanitario nell'ambito dell'Azienda, meno quelli che risiedono nell'ambito dell'Azienda ma che hanno il domicilio sanitario in altro luogo.

Tuttavia, all'esito del contraddittorio non è stato possibile reperire un dato dei residenti omogeneo per tutte tre le Aziende, pertanto questa Sezione ha ritenuto di utilizzare il sistema informativo sanitario regionale come fonte del dato della popolazione degli assistiti residenti con particolare riferimento ai dati presenti nel tabulato INSIEL SAN .11.KD.068-02DATI DEL 31.12.2021, a cui le Aziende devono attenersi per il calcolo della popolazione sul quale si definiscono le zone carenti.

Pertanto, in questi termini è stata ricostruita la tabella sotto riportata, tenuto altresì conto che la differenza tra rapporto effettivo/residenti e rapporto effettivo/residenti-assistiti, non

appare evidenziare differenze molto significative, ricordando che il parametro di riferimento è riferito alla popolazione residente, detratta la popolazione di età compresa tra 0-14 anni.

Con riferimento al dato dei residenti trasmesso da ASUFC con la mail dell'8/07/2022, pari a 516.681, è opportuno rilevare che il dato fornito non parrebbe potersi utilizzare indistintamente per il calcolo del rapporto effettivo dei MMG e dei MCA. Per i primi, infatti, il parametro prevede 1 MMG/ogni 1000 abitanti residenti, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, mentre il parametro per i MCA prevede invece 1 MCA/ogni 5.000 abitanti.

Tali aspetti verranno comunque approfonditi nelle successive fasi di indagine.

INDICATORI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG)				
RAPPORTO MASSIMO PER ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA (ART. 39 ACN 23/3/2005)	RAPPORTO OTTIMALE PER ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA (ART. 33 ACN 23/3/2005)	RAPPORTO OTTIMALE PER ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA DEFINITO DALL'AIR (DGR 2479/2011)	RAPPORTO EFFETTIVO MMG/ABITANTI NELLA SEDE AZIENDALE AL 15/5/2022	
MAX 1500 SCELTE PER MMG	1 MMG PER OGNI 1000 ABITANTI RESIDENTI o frazione di 1000 superiore a 500, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente	1 MMG PER OGNI 1300 ABITANTI	ASUFC	1.529
			ASUGI	1.513
			ASFO	1.477

Tabella 3 -

- **RAPPORTO OTTIMALE MMG/ABITANTI**

È stato evidenziato lo sfioramento di tutte tre le Aziende del rapporto ottimale MMG/abitanti residenti. In particolare, in ASUGI il rapporto effettivo MMG/ABITANTI è pari a 1 MMG ogni 1.513, in ASFO è pari a 1 MMG ogni 1.477, mentre in ASUFC è pari a 1 MMG ogni 1.529 abitanti. Tutti i rapporti sono superiori al rapporto ottimale definito dall'AIR adottato con deliberazione della Giunta regionale 2479/2011, pari a 1.300, e si avvicinano o superano di poco il rapporto massimo disciplinato dall'articolo 39 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23/03/2005, pari a 1.500.

Nel corso del contraddittorio la Direzione centrale rappresenta la forte criticità dovuta alla carenza generalizzata di medici (sia MMG che specialisti, che PLS) su tutto il territorio nazionale, già più volte segnalata al Ministero competente.

A tale carenza si è cercato di sopperire, a livello nazionale, prevedendo da un lato, la possibilità per i medici in formazione di anticipare la “presa in carico” di un numero massimo di 1.000 assistiti, dall'altro di attivare specifici contratti con gli specializzandi.

A livello regionale, invece, per far fronte a tale criticità e sopperire alle carenze di organico, a partire dal triennio 2018-2021, la Direzione si è attivata quasi raddoppiando le borse di formazione presso il Centro di formazione dei medici di medicina generale (CEFARMED), con oneri a totale carico dell'Amministrazione regionale.

La DCS evidenzia, tuttavia, che le carenze di organico non possono essere colmate esclusivamente con l'erogazione di borse di formazione, esistendo un limite oggettivo al numero di quelle erogabili, connesso alla presenza di un numero di tutor sufficienti a garantire le ore di tirocinio pratico ai borsisti – specializzandi. Il tutoraggio, infatti, prevede corsi di formazione ad hoc su base volontaria.

Ad aggravare la situazione evidenziata viene richiamata la proiezione di uscita dei medici negli anni dal 2019 al 2024 che risulta essere particolarmente rilevante.

- **MMG E PARTECIPAZIONE ALLA MGI (MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA)**

SITUAZIONE DELL'ASSISTENZA EROGATA DAI MMG AL 15/05/2022	ASUFC	ASUGI	ASFO
N. MEDICI PER DISTRETTO	338	216	184
TOTALE ASSISTITI IN CARICO	461.874	324.669	274.872
N. MEDICI PER AFT	338	216	184
TOTALE ASSISTITI IN CARICO PER AFT	461.874	324.669	274.872
N. MEDICI PER MGI	284	186	174
TOTALE ASSISTITI IN CARICO PER MGI	402.324	282.471	264.932
N. MEDICI SINGOLI	51	30	10
TOTALE ASSISTITI IN CARICO AI SINGOLI MEDICI	59.550	42.198	9.940
% medici che operano fuori dalla MGI	15%	14%	5%

Tabella 4 -

In ASUGI il 13,88% dei medici di medicina generale (30 su 216), opera come medico singolo, piuttosto che all'interno della Medicina di Gruppo Integrata secondo il disposto dall'AIR adottato con deliberazione della Giunta regionale 39/2016 e dalle deroghe previste dalla deliberazione della Giunta regionale 2164/2018 (AIR integrativo).

In ASUFC la percentuale è pari al 15%.

In ASFO soltanto 10 medici su 184, pari al 5%, opera come medico singolo.

Risulta quindi molto alto il numero dei MMG che non partecipano alla MGI, in particolare in ASUFC e ASUGI. La percentuale di medici operanti come medico singolo è contenuta in ASFO, mentre è più rilevante in ASUGI e ASUFC.

A tal proposito si evidenzia che nell'A.I.R. MMG 2016-2018- Integrazione obiettivi 2018 e revisione obiettivi 2016-2017, reso esecutivo con deliberazione della Giunta regionale 2164/2018, con riferimento alle forme organizzative - MGI, viene richiamato il paragrafo 4 dell'AIR 2016-2018, reso esecutivo con deliberazione della Giunta regionale 39/2016,

confermando l'obbligatorietà dell'ingresso nella MGI che viene prorogata al 31/12/2019, con le seguenti eccezioni per i MMG:

- a) che compiano il settantesimo anno di età entro il 31/12/2020;
- b) che presentino richiesta di pensionamento entro il 31/12/2019 e siano collocati in quiescenza non oltre il 1° marzo 2020;
- c) per i quali tutte le MGI presenti sul territorio di riferimento, coincidente con l'AFT, abbiano espresso formale motivato parere sfavorevole entro il termine perentorio di trenta giorni dal ricevimento dell'istanza.

Viene altresì precisato che ulteriori deroghe all'ingresso nella MGI saranno valutate in sede di Comitato regionale su proposta del gruppo tecnico ristretto.

In sede di approfondimento delle cause che hanno dato luogo all'elevata percentuale di medici che operano come singoli, le Aziende hanno segnalato che la fotografia è stata effettuata, come richiesto dalla Sezione, alla data del 15/05/2022, ma che alla data del contraddittorio la situazione è mutata.

Con nota prot. n. 1303/E/CdC del 30/06/2022, infatti, ASUGI ha precisato che il dato comunicato al 15/05/2022 non tiene conto dell'imminente formalizzazione dell'ingresso di 11 professionisti (ricompresi nei 30 indicati come non appartenenti alla forma associativa), recentemente incaricati a tempo indeterminato e per i quali si sono appena concluse le procedure di verifica dei requisiti per l'inserimento in una MGI.

Un tanto riduce la percentuale dei medici non associati all'8,8%, percentuale da considerare fisiologica, anche a fronte di un obbligo di aderire alla MGI non sanzionato, e riferibile, in particolare, a:

- rarissimi casi di professionisti che non hanno ottenuto l'unanime accoglimento in una forma organizzativa (presupposto per la sottoscrizione della scrittura privata tra le parti che rappresenta l'atto costitutivo - o modificativo - di una libera associazione tra professionisti);
- non frequenti casi di medici perlopiù prossimi alla quiescenza che non intendono aderire a una MGI.

Con nota del 05/07/2022, acquisita al prot. CdC n. 1333 nella medesima data, ASUFC ha specificato che ad oggi, nel territorio dell'Azienda vi sono 51 medici su 338 (15,08%) non inseriti in MGI. 10 medici (ricompresi nei 51 come non appartenenti alla forma associativa) sono neoassunti o giustificati, pertanto, la situazione aggiornata dovrebbe considerare 42 medici su 338 con una percentuale pari al 12,42%.

ASFO, con mail del 06/07/2022, acquisita al prot. CdC n. 1338 nella medesima data, ha precisato che i dati forniti, costituendo una istantanea della situazione, non rappresentano correttamente un fenomeno che è dinamico. Per 7 medici (ricompresi nei 10 come non appartenenti alla forma associativa) sono in corso le procedure di verifica per il riconoscimento della MGI. Dei 3 restanti, 1 ha fatto richiesta ma non è stato accettato dai medici del gruppo; gli altri 2 appartengono ad una zona disagiatissima dove il numero dei medici presenti non permette di rispettare i requisiti numerici dell'AIR (almeno 6 medici) e di conseguente gli orari di copertura (8 ore) giornalieri.

Già nel corso del contraddittorio svolto il 28/06/2022 era stato segnalato sia da ASFO che da ASUFC che in alcune aree marginali e in montagna la MGI è spesso difficilmente realizzabile, per mancanza del raggruppamento minimo di 6 medici; in tali aree, infatti, spesso vengono autorizzate deroghe al numero minimo, anche MGI di 2 soli medici.

- **FORME EROGATIVE, GIORNATE E ORARIO DI COPERTURA DEL SERVIZIO**

La tabella che segue è meramente esplicativa dei servizi resi.

	<b>FORMA DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA EROGATA DAI MMG</b>	<b>GIORNATE DI COPERTURA</b>	<b>ORARIO DI COPERTURA</b>
<b>ASUFC</b>	ASSISTENZA EROGATA TRAMITE MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA	tutti i giorni, escluso festivi - prefestivi sino alle 10,00 - escluse giornate di formazione	10 ore al giorno da lunedì a venerdì - prefestivi 2 ore
	ASSISTENZA EROGATA DA MEDICO SINGOLO	tutti i giorni, escluso festivi - prefestivi sino alle 10,00 - escluse giornate di formazione	15 ore a settimana

	FORMA DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA EROGATA DAI MMG	GIORNATE DI COPERTURA	ORARIO DI COPERTURA
ASUGI	ASSISTENZA EROGATA TRAMITE MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA	Dal lunedì al venerdì ed al sabato ed i prefestivi secondo ACN (DGR 39/2016)	Almeno 8 ore al giorno distribuite tra mattino e pomeriggio per cinque giorni alla settimana (DGR 39/2016)
	ASSISTENZA EROGATA DA MEDICO SINGOLO	5 giorni alla settimana, da lunedì al venerdì, per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana, con numero di ore minimo variabile in funzione del numero degli assistiti	5 ore settimanali fino a 500 assistiti; 10 ore settimanali da 500 a 1000 assistiti; 15 ore settimanali da 1000 a 1500 assistiti (art. 36 ACN )
ASFO	ASSISTENZA EROGATA TRAMITE MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA	dal lunedì al venerdì	il gruppo comprende 8 ore giornaliere. In ASFO c'è un gruppo che copre le 12 ore giornaliere
	ASSISTENZA EROGATA DA MEDICO SINGOLO	dal lunedì al venerdì	secondo orario da ACN (massimo 15 ore settimanali)

Tabella 5 -

- **DATI RAPPORTO OTTIMALE PLS/ABITANTI**

Il rapporto ottimale per attività a ciclo di scelta è definito in termini di rapporto PLS per abitanti.

Anche con riferimento ai PLS, alla luce del contraddittorio, in un primo tempo questa Sezione ha ritenuto di prendere in considerazione il numero di residenti, così come previsto dal parametro di riferimento definito dall'art. 33 dell'ACN del 23/03/2005 e non quello degli assistiti preso invece a riferimento da ASUFC e ASFO.

Tuttavia, all'esito del contraddittorio non è stato possibile reperire un dato dei residenti omogeneo per tutte tre le Aziende, pertanto questa Sezione ha ritenuto di utilizzare il sistema informativo sanitario regionale come fonte del dato della popolazione degli assistiti residenti con particolare riferimento ai dati presenti nel tabulato INSIEL SAN .11.KD.068-02DATI DEL 31.12.2021, a cui le Aziende devono attenersi per il calcolo della popolazione sul quale si definiscono le zone carenti.

Pertanto, in questi termini è stata ricostruita la tabella sotto riportata, tenuto altresì conto che la differenza tra rapporto effettivo/residenti e rapporto effettivo/residenti-assistiti, non



appare evidenziare differenze molto significative, ricordando che il parametro di riferimento è riferito alla fascia di età 0-6 anni.

Tali aspetti verranno comunque approfonditi nelle successive fasi di indagine.

INDICATORI PEDIATRI LIBERA SCELTA (PLS)				
RAPPORTO MASSIMO PER ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA (ART. 39 ACN 23/3/2005)	RAPPORTO OTTIMALE PER ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA (ART. 33 ACN 23/3/2005)	RAPPORTO OTTIMALE PER ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA DEFINITO DALL'AIR (DGR 2479/2011)	RAPPORTO EFFETTIVO PLS/ABITANTI NELLA SEDE AZIENDALE AL 15/5/2022	
MAX 800 SCELTE PER PLS	1 PLS PER OGNI 600 RESIDENTI o frazione superiore a 300, di età compresa tra 0 e 6 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente tenendo anche conto dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta a favore di pediatri iscritti al di fuori dell'ambito territoriale	-	ASUFC	388
			ASUGI	401
			ASFO	428

Tabella 6 -

- **RAPPORTO OTTIMALE PLS/ABITANTI**

Va data positiva evidenza al dato relativo al rapporto effettivo dei PLS rispetto agli assistiti/residenti che risulta inferiore non solo al rapporto ottimale, ma anche quello massimo.

Infatti, sia in ASUGI che in ASFO che in ASUFC appare positivo il rapporto effettivo di PLS/abitanti-assistiti, rispettivamente pari a 1 PLS ogni 401, a 1 PLS ogni 428 abitanti e a 1 PLS ogni 388 abitanti, inferiore non solo al rapporto massimo per attività a ciclo di scelta di cui all'articolo 38 del medesimo ACN, pari a 800, ma anche al rapporto ottimale previsto dall'articolo 32 dell'ACN del 15/12/2005 per i pediatri di libera scelta, pari a 600.

- **PLS E PARTECIPAZIONE ALLA PEDIATRIA DI GRUPPO, IN ASSOCIAZIONE, IN RETE**

SITUAZIONE DELL'ASSISTENZA EROGATA DAI PLS AL 15/05/2022	ASUFC	ASUGI	ASFO
N. MEDICI PER DISTRETTO	49	34	31 (di cui 1 incarico provvisorio)
TOTALE ASSISTITI IN CARICO	46.692	33.790	32.697
N. MEDICI PER AFT	49	34	31
TOTALE ASSISTITI IN CARICO PER AFT	46.692	33.790	32.697
N. MEDICI PER PEDIATRIA DI GRUPPO	6	0	2
TOTALE ASSISTITI IN CARICO PER PEDIATRIA DI GRUPPO	5.812	0	2.265
N. MEDICI PER FORMA ASSOCIATIVA	9	5	0
TOTALE ASSISTITI IN CARICO PER FORMA ASSOCIATIVA	9.318	5.414	0
N. MEDICI SINGOLI	34	29	21
TOTALE ASSISTITI IN CARICO AI SINGOLI MEDICI	31.562	28.376	21.107
% medici che operano fuori dalla MGI	69%	85%	68%

Tabella 7 -

Una percentuale molto alta di PLS non partecipa alla pediatria di gruppo, in associazione o in rete, ma operano come medici singoli.

In ASUGI le forme associative coinvolgono solo 5 medici su 34.

In ASFO dei 31 PLS (di cui 1 è titolare di incarico provvisorio), 10 fanno parte della pediatria di gruppo, 21 svolgono la loro attività singolarmente.

In ASUFC dei 98 PLS, 12 fanno parte della pediatria di gruppo, 18 operano nella forma di pediatria in associazione, mentre 68 svolgono l'attività singolarmente.

In sede di approfondimento delle cause che hanno dato luogo all'elevata percentuale di PLS che operano come singoli, le Aziende hanno confermato l'inesistenza di un obbligo contrattuale in capo ai PLS di operare in gruppo o in associazione o in rete, come è invece previsto per i MMG, ancorché non sanzionato e, pertanto, l'adesione alle forme associative è rimessa alla volontà dei singoli PLS.

La DCS, con nota del 06/07/2022 acquisita al prot. CdC n. 1344 del 07/07/2022, ha precisato, inoltre, che come enunciato dall'art. 52 dell'ACN 23/03/2005 "...i pediatri iscritti negli elenchi della pediatria di famiglia possono concordare e realizzare forme di lavoro associativo, secondo le modalità, i principi e le tipologie indicate ai commi successivi e negli Accordi Regionali e Aziendali".

Il tenore facoltativo dell'appartenenza alla pediatria di gruppo è confermato anche a livello di contrattazione regionale dall'AIR 2011, il quale al punto 3.7 disciplina la costituzione di forme associative, ma non prevede alcuna obbligatorietà di partecipazione a forme di associazione.

Con nota del 22/06/2022, acquisita al prot. CdC n. 1303 del 30/06/2022, ASUGI ha confermato che, a differenza delle MGI dei MMG, per i PLS non vi sono disposizioni impositive né a livello nazionale né a livello regionale per l'adesione a una forma organizzativa. Anche in questo caso è stato segnalato che sono in corso di formalizzazione 5 recenti richieste di ingresso in una forma associativa dell'Area giuliana.

- **FORME EROGATIVE, GIORNATE E ORARIO DI COPERTURA DEL SERVIZIO**

La tabella che segue è meramente esplicativa dei servizi resi.

	FORMA DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA EROGATA DAI PLS	GIORNATE DI COPERTURA	ORARIO DI COPERTURA
ASUFC	ASSISTENZA EROGATA TRAMITE PEDIATRIA DI GRUPPO	tutti i giorni, escluso festivi - prefestivi sino alle 10,00 - escluse giornate di formazione	10 ore al giorno da lunedì a venerdì - prefestivi 2 ore
	ASSISTENZA EROGATA TRAMITE PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE	tutti i giorni, escluso festivi - prefestivi sino alle 10,00 - escluse giornate di formazione	10 ore al giorno da lunedì a venerdì - prefestivi 2 ore
	ASSISTENZA EROGATA TRAMITE PEDIATRIA IN RETE	===	===
	ASSISTENZA EROGATA DA MEDICO SINGOLO	tutti i giorni, escluso festivi - prefestivi sino alle 10,00 - escluse giornate di formazione	15 ore a settimana
ASUGI	ASSISTENZA EROGATA TRAMITE PEDIATRIA DI GRUPPO		
	ASSISTENZA EROGATA TRAMITE PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE	Apertura coordinata degli studi per almeno 5 ore giornaliere distribuite tra mattino e pomeriggio, di cui uno aperto almeno fino alle ore 19 (art. 52 ACN).	
	ASSISTENZA EROGATA TRAMITE PEDIATRIA IN RETE		
	ASSISTENZA EROGATA DA MEDICO SINGOLO	5 giorni alla settimana, da lunedì al venerdì, per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana, con numero di ore minimo variabile in funzione del numero degli assistiti.	5 ore settimanali fino a 250 assistiti; 10 ore settimanali da 251 a 500 assistiti; 15 ore settimanali da 501 a 840 assistiti (art. 35 ACN).
ASFO	ASSISTENZA EROGATA TRAMITE PEDIATRIA DI GRUPPO	da lunedì a venerdì	almeno 5 ore giornaliere
	ASSISTENZA EROGATA TRAMITE PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE		
	ASSISTENZA EROGATA TRAMITE PEDIATRIA IN RETE		
	ASSISTENZA EROGATA DA MEDICO SINGOLO		

Tabella 8 -

Con riferimento alla individuazione della struttura che controlla l'offerta di servizio dei MMG e dei PLS, in sede di contraddittorio la DCS ha rappresentato che il rapporto convenzionale con il SSR intrattenuto dal MMG e dal PLS è conseguenza di un contratto tra il professionista e l'azienda sanitaria, sulla quale insistono anche gli obblighi dell'azione di controllo e verifica. Le eventuali manchevolezze dei professionisti, qualora ritenute di grave entità possono comportare anche la rescissione del rapporto convenzionale.

A tal proposito la DCS ha richiamato l'art. 25 dell'ACN 2022 per i MMG e l'art. 24 dell'ACN 2022 per i PLS.

Nella sostanza entrambi gli articoli prevedono che i professionisti siano tenuti ad una condotta informata a principi di correttezza e rispetto e all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dagli accordi di settore. Il mancato rispetto di tali obblighi può costituire oggetto di contestazione, che nei casi di minore gravità danno luogo all'applicazione del richiamo verbale ovvero del richiamo scritto da parte del Direttore di Distretto.

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

- **MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - MCA**

Il rapporto ottimale dei MCA previsto dall'ACN 23/03/2005 è di 1 MCA/ogni 5.000 abitanti. Le Regioni possono indicare per ambiti di assistenza definiti un diverso rapporto ottimale.

Anche con riferimento ai MCA, alla luce del contraddittorio, in un primo tempo questa Sezione ha ritenuto di prendere in considerazione il numero di residenti, così come previsto dal parametro di riferimento definito dall'art. 33 dell'ACN del 23/03/2005 e non quello degli assistiti preso invece a riferimento da ASUFC e ASFO.

Effettivamente, il dato riferito agli assistiti non pare irragionevole, considerato che tale numero viene determinato dal totale dei residenti meno i residenti 0/6 anni, più gli assistiti che risiedono altrove ma hanno il domicilio sanitario nell'ambito dell'Azienda, meno quelli che risiedono nell'ambito dell'Azienda ma che hanno il domicilio sanitario in altro luogo.

Tuttavia, all'esito del contraddittorio non è stato possibile reperire un dato dei residenti omogeneo per tutte tre le Aziende, pertanto questa Sezione ha ritenuto di utilizzare il sistema informativo sanitario regionale come fonte del dato della popolazione degli assistiti residenti con particolare riferimento ai dati presenti nel tabulato INSIEL SAN .11.KD.068-02DATI DEL

31.12.2021, a cui le Aziende devono attenersi per il calcolo della popolazione sul quale si definiscono le zone carenti.

Pertanto, in questi termini è stata ricostruita la tabella sotto riportata, tenuto altresì conto che la differenza tra rapporto effettivo/residenti e rapporto effettivo/residenti-assistiti, non appare evidenziare differenze molto significative.

Nella tabella il rapporto effettivo è stato calcolato computando esclusivamente i medici titolari o provvisori, escludendo i medici c.d. equivalenti o jolly, non essendo la Sezione a conoscenza del numero effettivo (teste) dei medici c.d. equivalenti o jolly utilizzati in ciascuna azienda.

Appare evidente, quindi, che il rapporto effettivo è fortemente condizionato dall'utilizzo di questi medici jolly o equivalenti e pertanto il dato andrebbe ridimensionato tenendo conto del numero effettivo di tali medici.

Con riferimento al dato dei residenti trasmesso da ASUFC con la mail dell'8/07/2022, pari a 516.681, è opportuno rilevare che il dato fornito non parrebbe potersi utilizzare indistintamente per il calcolo del rapporto effettivo dei MMG e dei MCA. Per i primi, infatti, il parametro prevede 1 MMG/ogni 1000 abitanti residenti, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, mentre il parametro per i MCA prevede invece 1 MCA/ogni 5.000 abitanti.

Tali aspetti verranno comunque approfonditi nelle successive fasi di indagine.

INDICATORI DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE			
RAPPORTO OTTIMALE (DISCIPLINA NAZIONE ACN 23/03/2005)	RAPPORTO OTTIMALE EVENTUALMENTE DEFINITO DALL'AIR	RAPPORTO EFFETTIVO MCA/ABITANTI NELLA SEDE AZIENDALE AL 15/5/2022	
1 MCA/OGNI 5.000 ABITANTI	-	ASUFC	3.468
		ASUGI	10.681
		ASFO	76.943

Tabella 9 -

E' stato, inoltre, richiesto se sussiste un parametro in termini di standard orario dei MCA. Le Aziende hanno confermato che non sussiste un parametro orario, tuttavia, ai sensi dell'art. 65 dell'ACN MMG 2005, il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale avviene per un orario settimanale di 24 ore ovvero, in caso di organizzazione del

servizio in forme associative strutturali delle cure primarie, per un orario di norma pari a 38 ore settimanali, di cui 14 in attività diurna feriali.

Inoltre, ai MCA titolari di incarico a 24 ore, che esercitano l'attività in forme associative funzionali ed a progetti assistenziali ad essa correlati, sono attribuite ulteriori 4 ore per attività istituzionali non notturne collegate anche con prestazioni aggiuntive e non concorrono alla determinazione del massimale orario.

Con nota del 22/06/2022, acquisita al prot. CdC n. 1303 del 30/06/2022, ASUGI precisa che applicando un algoritmo per il calcolo del FTE, sulla base dello standard orario di 24 ore/settimana previsto per gli incaricati a tempo indeterminato, ai sensi del sopra citato articolo 64 dell'ACN del 2005, i dati sono i seguenti:

- 5.237,30 h mensili (svolte da titolari, incarichi provvisori e sostituti a chiamata nel mese campione, maggio 2022)/4,43 (settimane) = 1.182,23 h settimanali/24 ore = 49 professionisti FTE. Con i 49 professionisti ASUGI, pur in carenza di organico è riuscita a coprire il servizio di continuità assistenziale sul territorio aziendale, garantendo così i LEA.

In ASUGI, dei 34 medici in organico, solo 13 sono titolari, mentre i restanti assolvono un incarico provvisorio.

Con la citata nota acquisita al prot. CdC n. 1303 del 30/06/2022 ASUGI ha precisato, inoltre, che con regolamento aziendale del 2019 sono stati definiti in 60 il numero dei MCA necessari nelle varie sedi, non integralmente coperti. Poiché gli incarichi effettivi sono molto inferiori all'organico, i turni vacanti sono coperti con sostituti occasionali.

Al fine del calcolo del rapporto effettivo MCA/abitanti, considerando l'organico stimato di 60 unità, il rapporto MCA/abitanti diventa pari a 6.053, anziché pari a 10.681, come riportato nella tabella precedentemente elaborata che ha considerato 34 unità pari al numero di medici in attività con incarichi a tempo indeterminato e provvisorio (esclusi i sostituti occasionali).

In ASFO, dei 72 medici in organico, 2 sono titolari, 2 assolvono un incarico provvisorio; il calcolo del rapporto effettivo MCA/abitanti, che risulta essere pari a 1 medico di continuità assistenziale ogni 8.074 abitanti, è stato fatto presumibilmente tenendo conto dei **medici**

**equivalenti** in quanto l'Azienda ha solo 4 titolari obbligati a svolgere l'attività almeno 24 ore alla settimana.

In ASUFC, dei 406 medici in organico, 26 sono titolari, 123 assolvono un incarico provvisorio e 257 sono considerati "**medici Jolly**". In sede di colloquio telefonico è stato chiesto ad ASUFC di chiarire il significato della figura "medico Jolly".

ASUFC ha rappresentato che si tratta di medici non incaricati, pertanto non legati né da rapporto di lavoro, né di convenzionamento con ASUFC, inseriti in un elenco apparentemente non ufficiale di medici che si rendono disponibili per coprire il servizio di continuità assistenziale anche su più sedi aziendali del territorio regionale.

Pertanto, di tale numerosità non si è tenuto conto ai fini del calcolo del rapporto effettivo MCA/abitanti che quindi risulta essere pari a 1 medico di continuità assistenziale ogni 3.468 abitanti. Ne risulta quindi un buon grado di copertura del servizio di continuità assistenziale, considerato che il rapporto ottimale disciplinato dall'ACN del 23/03/2005 è di 1 MCA/ogni 5.000 abitanti.

In relazione alla figura "medico equivalente", è stato chiesto ad ASFO di chiarire se tali figure siano state computate nel calcolo del rapporto effettivo. Inoltre, è stato richiesto di chiarire il procedimento di calcolo che ha determinato il rapporto effettivo MCA/abitanti nel valore di 8.074, con particolare riferimento ai valori considerati nel numeratore e denominatore.

Ad ASUFC è stato richiesto di chiarire la figura del medico jolly e qual è la disciplina del rapporto con l'Azienda.

Le Aziende hanno rappresentato che si tratta di medici non incaricati il cui rapporto è disciplinato dall'ACN 23/03/2005.

Con nota del 05/07/2022, acquisita al prot. CdC n. 1333 nella medesima data, ASUFC ha chiarito che l'utilizzo dei c.d. medici jolly riguarda professionisti che per i seguenti motivi aderiscono alle richieste di supplenza secondo le loro limitate disponibilità di tempo:



- Medici specializzandi con disponibilità ridotta ai soli festivi;
- Medici Ceformandi con disponibilità ridotta ai soli festivi;
- Medici neolaureati impegnati anche in altre attività di sostituzione
- MMG non massimalisti.

Tali professionisti sono inseriti in un elenco reso noto con determina. La disciplina del rapporto con l'Azienda è la medesima disciplina applicata agli incarichi provvisori di medicina generale e di continuità assistenziale.

Sulla base dei dati del mese di maggio 2022 il calcolo effettuato è il seguente:

- Medici jolly operanti 162
- Ore di servizio coperte 5.838

per un totale di teste equivalenti (24h/sett.) = 55

Con mail del 06/07/2022, acquisita al prot. CdC n. 1338 nella medesima data, ASFO ha chiarito che l'azienda assegna i turni ai professionisti disponibili prioritariamente ai titolari di incarico a tempo indeterminato, agli incaricati provvisori e ai medici inseriti nella graduatoria aziendale operanti in forma di disponibilità mensile.

Il calcolo dei medici è stato fatto sommando tutte le ore messe a disposizione da tutti i medici disponibili/24 ore settimanali che costituisce l'impegno contrattuale.

#### • SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La seguente tabella è meramente esplicativa del servizio reso.

Si precisa, tuttavia, che il totale di medici che parrebbero risultare dalla tabella, pari a 257, non corrisponde al numero delle teste, che sono in realtà 162, poiché il MMG può dare la disponibilità per più distretti.

**SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE AL 15/05/2022**

SEDE DISTRETTUALE	NUMERO POTENZIALE ASSISTITI DI RIFERIMENTO	INDIRIZZO E NUMERO TELEFONICO DI ACCESSO	GIORNATE E ORARIO DI COPERTURA SERVIZIO	TOTALE MEDICI IN ORGANICO (dato riferito al mese di aprile)	DI CUI TITOLARI	DI CUI CON INCARICO PROVVISORIO	DI CUI MEDICI JOLLY (A-(B+C))	B+C	
ASUFC	CIVIDALE DEL FRIULI	25351	Ospedale di Cividale - P.zz.le dell'Ospedale 2 - Tel: 0432/708227	Lun - Ven: 20:00 - 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 - 20:00 Giorni Festivi: 08:00 - 20:00 e 20:00 - 08:00	57	5	19	33	24
		24163	CAP di Manzano - Via Drusin, 25 - Tel.: 0432/742400	Lun - Ven: 20:00 - 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 - 20:00 Giorni Festivi: 08:00 - 20:00 e 20:00 - 08:00					
	CODROIPO	26082	Viale Duodo, 82 - Codroipo - Tel.: 0432 / 909102	Lun - Ven: 20:00 - 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 - 20:00 Giorni Festivi: 08:00 - 20:00 e 20:00 - 08:00	28	1	6	21	7
		23832	CAP di Mortegliano - Via XXV Aprile, 5 - Tel.: 0432 / 816246	Lun - Ven: 20:00 - 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 - 20:00 Giorni Festivi: 08:00 - 20:00 e 20:00 - 08:00					
	GEMONA	18690	Piazza Rodolone, 5 - Gemona - Tel.: 0432 / 989252	Lun - Ven: 20:00 - 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 - 20:00 Giorni Festivi: 08:00 - 20:00 e 20:00 - 08:00	41	4	12	25	16
		3400	Poliambulatorio di Moggio Udinese - Via G. Emoli, 28 - Tel.: 0433 / 51341	Lun - Ven: 20:00 - 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 - 20:00 Giorni Festivi: 08:00 - 20:00 e 20:00 - 08:00					
		1465	Poliambulatorio di Pontebba - Piazza del Popolo, 6 - Pontebba - Tel.: 0428 / 90576	Lun - Ven: 20:00 - 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 - 20:00 Giorni Festivi: 08:00 - 20:00 e 20:00 - 08:00				0	0

	4871	CAP di Tarvisio – Via Vittorio Veneto, 74 – Tarvisio – Te.: 0428 / 2931	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00					
SAN DANIELE	21803	CAP di San Daniele – Via Carducci, 8 – San Daniele – Te.: 0432 / 941773 – 3292312134	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00	38		10	28	10
	27196	CAP di Buja – Via Vidiset, 45 – Ursinins Grande – Tel.: 0432 / 960802 – 3292312121	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00					
TARCENTO	22737	Sede Distretto Sanitario – Via Coianiz, 2 – Tarcento – Tel.: 0432 / 784389	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00	31	4	5	22	9
	17281	CAP di Povoletto – Via Dante, 9 – Povoletto – Tel.: 0432 / 679593	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00					
TOLMEZZO	17340	Presidio Ospedaliero di Tolmezzo – Via Morgagni, 18 – Tolmezzo – Tel.: 0433 / 4881	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00	63	6	22	35	28
	1440	Poliambulatorio di Forni di Sopra – Via Nazionale, 1 – Forni di Sopra – Tel.: 0433 / 88519	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00					
	5727	CAP di Ovaro – Via Ex Ferrovia, 1 – Ovaro – Tel.: 0433 / 67062	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00				0	0



INDAGINE SULL'ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE REGIONALE IN ATTUAZIONE DELLA RIFORMA DI CUI ALLE LEGGI REGIONALI 27/2018 E 22/2019, ANCHE ALLA LUCE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

	2373	Poliambulatorio di Paularo – Piazza Julia, 1 – Paularo – Tel.: 0433 / 711166	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00					
	7168	Poliambulatorio di Paluzza – Piazza XXI-XII Luglio, 7 – Paluzza – Tel.: 0433 / 775004	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00				0	0
	2152	Poliambulatorio di Ampezzo – Piazzale ai Caduti, 17 – Ampezzo – Tel.: 0433 / 811083	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00					
UDINE	120852	I.M.F.R. “Gervasutta” – Via Gervasutta, 48 – Udine – Tel.: 0432 / 553090	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00	71	5	17	49	22
	35917	CAP di Tavagnacco – Piazza Libertà, 23A- Feletto Umberto – Tel.: 0432 / 571367	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00					
EST - PALMANOVA	20479	Sede Distretto EST – Via Molin, 21 – Palmanova – Tel.: 0432 / 921243 – 3346709480	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00	40		18	22	18
	32784	Via Trieste, 75 – Cervignano del Friuli – Tel.: 0431 / 387708	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00					
OVEST - LATISANA	34484	Ospedale di Latisana “padiglione vecchio” – Via Sabbionera, 45 – Latisana – Tel.: 0431 / 539200 - 3355347475	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00	37	1	14	22	15

		19094	Via Palmanova, 1 – San Giorgio di Nogaro – Tel.: 0431 / 624822 – 3346936960	Lun – Ven: 20:00 – 08:00 Sabato e giorni prefestivi: 10:00 – 20:00 Giorni Festivi: 08:00 – 20:00 e 20:00 – 08:00					
<b>ASUGI</b>	TRIESTE	226997	c/o Ospedale Maggiore - Piazza dell'Ospitale 1 - 800614302	7	22	8	14		
	MUGGIA		via Battisti 6 - 800614302						
	DUINO AURISINA		località Aurisina108 - 800614302						
	CORMONS	136153	viale Venezia Giulia 74 - 048160100		3	2	1		
	GORIZIA		c/o Ospedale di Gorizia - via Fatebenefratelli 34 - 0481547209 0481538457		6	2	4		
	GRADO		via Buonarroti 10 - 0431878154		2	1	1		
	MONFALCONE		c/o Ospedale di Monfalcone - via Galvani 1 - 0481791981		1		1		
<b>ASFO</b>	DISTRETTO DEL NONCELLO - PORDENONE	102.237	via Montereale, 32 (c/o Cittadella della Salute) 0434-1923366	20.00-8.00 tutti i giorni 10.00-20.00 sabato e prefestivi 8.00-20.00 domenica e festivi	20	0	1		
	DISTRETTO DEL LIVENZA - SACILE	62.115	via Ettoreo, 4 (c/o Ospedale) 0434-736398		14	0	0		
	DISTRETTO DEL SILE - AZZANO DECIMO	51.568	Via XXV Aprile, 40 (c/o Distretto) 0434-631206		9	0	0		
	DISTRETTO DEL TAGLIAMENTO - SAN VITO AL TAGLIAMENTO	44.248	Via Scrosoppi (c/o Hospice) 0434-841295		15	0	1		
	DISTRETTO DELLE DOLOMITI FRIUALANE	46.680							
	SPILIMBERGO		Via Raffaello, 1 (c/o Ospedale) 0427-595513		2	1	0		
	MANIAGO		Via Unità d'Italia, 7 (c/o Ospedale) 0427-735257		5	0	0		
	MEDUNO		via del Municipio, 33 (c/o Poliambulatorio) 0427-86256		5	1			
	ANDUINS		Via Macilas, 1 (c/o Poliambulatorio) 0427-807784		20.00-02.00 i giorni feriali (dalle 2.00 alle 8.00 coperti da	1	0	0	

	CLAUT	Via Giordani, 18 (c/o Poliambulatorio) 0427-878102	altre sedi del distretto del Dolomiti Friulane) 10.00-20.00 sabato e prefestivi (dalle 20.00 alle 8.00 coperti da altre sedi del distretto del Dolomiti Friulane) 8.00-20.00 domenica e festivi	1	0	0		
--	-------	---	--	---	---	---	--	--

Tabella 10 -

- **CENTRI DI ASSISTENZA PRIMARIA (CAP) e UNITA' COMPLESSE DI CURE PRIMARIE (UCCP)**

Presso nessuna delle Aziende è attualmente attivo un CAP/UCCP.

In ASFO e ASUFC sono presenti dei Presidi Ospedalieri per la Salute (POS) di cui si tratterà nel punto relativo agli ODC/RSA/POST-ACUTI.

La DCS, tuttavia, in sede di contraddittorio ha evidenziato che il punto 4 dell'AIR 2019, approvato con deliberazione della Giunta regionale 1381/2019, prevede che la forma organizzativa "nuova medicina di gruppo integrata" dovrà essere progressivamente potenziata e sviluppata, anche con il nuovo AIR triennale (conseguente al nuovo ACN relativo al triennio 2016-2018), confermando in primo luogo la già prevista integrazione con i MCA e con i Medici di Emergenza Territoriale e prevedendo il progressivo coinvolgimento 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.

La DCS ha altresì specificato che le nuove MGI realizzerrebbero nel SSR le funzioni di Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP) previste dalla legge 189/2012 e dall'ACN vigente.

Il nuovo ACN dei MMG relativo al triennio 2016 - 2018, con il quale viene portato a compimento a livello nazionale il c.d. decreto Balduzzi sul riordino dell'assistenza territoriale, è stato reso esecutivo solo il 28 aprile dell'anno corrente.

Il nuovo ACN introduce degli aggiornamenti in materia di qualificazione dei servizi sanitari territoriali e di organizzazione del sistema delle cure primarie promuovendo l'integrazione con altre figure professionali anche mediante l'attivazione del ruolo unico di assistenza primaria che comporterà una nuova riorganizzazione dell'assistenza territoriale, peraltro da attuarsi anche alla luce degli obiettivi del PNRR.

In base al nuovo ACN, le Regioni hanno tempo sei mesi dalla sua entrata in vigore per definire, ai sensi della normativa vigente, gli atti di programmazione volti a istituire forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) secondo i nuovi criteri stabiliti dall'ACN. Per la Regione FVG si tratta quindi di adeguare le forme organizzative già esistenti ai nuovi modelli indicati dall'ACN.

### **3.2 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - ADI**

La Sezione ha inteso fotografare al 15/05/2022 la situazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata sul territorio Regionale.

Il decreto legge 34/2020 prevede infatti il potenziamento dell'ADI sia per far fronte al COVID, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i soggetti più fragili.

In particolare, l'articolo 1, comma 4, del citato decreto legge 34/2020 convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 stabilisce che *“le regioni e le province autonome, per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati attraverso le attività di monitoraggio del rischio sanitario, nonché di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, qualora non lo abbiano già fatto, incrementano e indirizzano le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena nonché per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure*

*palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 65 del 18.03.2017 - S.O. n.15. A tal fine, nel rispetto dell'autonomia regionale in materia di organizzazione dei servizi domiciliari, le regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa del personale nei limiti indicati al comma 10.*

		ASUFC	ASUGI	ASFO
DISCIPLINA DI RIFERIMENTO PER LA PRESA IN CARICO	% STANDARD	% DI PRESA IN CARICO OVER 65 AL 15/05/2022	% DI PRESA IN CARICO OVER 65 AL 15/05/2022	% DI PRESA IN CARICO OVER 65 AL 15/05/2022
DGR 321/2022	5,5 % DELLA POPOLAZIONE OVER 65 DA PRENDERE IN CARICO PROGRESSIVAMENTE ENTRO IL 31/12/2022	11,90%	5,90%	5,40%
PNRR MISSIONE 6 - DM 71	10 % DELLA POPOLAZIONE OVER 65 DA PRENDERE IN CARICO PROGRESSIVAMENTE ENTRO IL 30/06/2022			

Tabella 11 -

Per quanto riguarda la presa in carico della popolazione over 65, ASUFC e ASUGI hanno superato lo standard previsto dalla deliberazione della Giunta regionale 321/2022, mentre ASFO è molto prossima al suo raggiungimento. ASUFC ha, peraltro, già superato anche lo standard previsto dal c.d.dm 71, da raggiungere entro il 30/06/2026.

In sede di contraddittorio è emerso che ASUFC ha indicato nella percentuale di presa in carico, tutti gli over 65 indipendentemente dall'esistenza di un progetto di assistenza individuale integrata (PAI), a differenza delle altre due Aziende.

In sede di contraddittorio le tre Aziende hanno unitamente concordato che la percentuale di presa in carico deve essere ragionevolmente calcolata solo con riferimento agli assistiti inseriti in un progetto di assistenza individuale integrata (PAI), in quanto il coefficiente di intensità assistenziale (CIA) individuato nel parametro di riferimento, viene calcolato solo per i pazienti in carico con PAI.



Per la necessaria omogeneizzazione, pertanto, ASUFC ha corretto il dato in 4,8%, come da tabella che segue.

		ASUFC	ASUGI	ASFO
DISCIPLINA DI RIFERIMENTO PER LA PRESA IN CARICO	% STANDARD	% DI PRESA IN CARICO OVER 65 AL 15/05/2022	% DI PRESA IN CARICO OVER 65 AL 15/05/2022	% DI PRESA IN CARICO OVER 65 AL 15/05/2022
DGR 321/2022	5,5 % DELLA POPOLAZIONE OVER 65 DA PRENDERE IN CARICO PROGRESSIVAMENTE ENTRO IL 31/12/2022	4,80%	5,90%	5,40%
PNRR MISSIONE 6 - DM 71	10 % DELLA POPOLAZIONE OVER 65 DA PRENDERE IN CARICO PROGRESSIVAMENTE ENTRO IL 30/06/2022			

Tabella 12 -

La tabella riguardante l'ADI è stata inviata alle Aziende senza alcun riferimento agli standard di personale impiegato in quanto la Sezione non ha reperito un documento ufficiale in cui tali standard fossero determinati. Tuttavia, in sede di esame della Relazione inoltrata dalla DCS in risposta all'istruttoria, la Sezione ha notato che è citato il decreto 1704/2017 (pag. 3 dell'Allegato 1 alla relazione) che indica lo standard per gli infermieri dell'ADI (1 infermiere/2500-3000 abitanti per territorio urbano e pianeggiante e 1 infermiere/2000-2500 abitanti per territorio montano e collinare).

Tale decreto, denominato "Standard di personale per l'area sanitaria (ospedaliera, distrettuale e della prevenzione) della Regione Friuli Venezia Giulia", è stato adottato dal Direttore dell'Area servizi assistenza ospedaliera della DCS in data 28/11/2017 e reca gli standard cui le Aziende devono attenersi per la programmazione del personale da dedicare nelle vare aree di assistenza sanitaria. In particolare, con tale atto (trasmesso via mail ordinaria dalla Direzione Sociosanitaria di ASUFC successivamente al colloquio telefonico del 14/06/2022), viene decretato, tra l'altro:

- di trasmettere il documento all'Assessore alla Salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia affinché possa procedere a: far testare alle aziende per l'assistenza sanitaria, alle aziende sanitarie universitarie integrate e agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli standard di personale individuati; informare le organizzazioni sindacali rappresentative di tutte le categorie dei lavoratori coinvolti, consentire loro di prendere visione

del documento e confrontarsi sia a livello aziendale che regionale con il fine di apportare i correttivi che emergeranno come necessari; diffonderlo alle società scientifiche della dirigenza medica e veterinaria, dei dirigenti sanitari e delle professioni sanitarie per permettere di formulare le proprie osservazioni delle quali si potrà tenere conto per migliorare il documento stesso;

- di stabilire che, fino all'approvazione definitiva del documento lo stesso non costituisce vincolo per gli Enti del Servizio sanitario regionale, né in eccesso, né in difetto.

In sede di contraddittorio la Sezione ha acclarato che il documento contenente gli standard relativi all'assistenza domiciliare integrata (ADI) non è stato formalmente adottato. Tuttavia, risulta che le Aziende lo applichino anche se gli standard ivi contenuti non siano vincolanti.

	DISCIPLINA DI RIFERIMENTO DELLA TIPOLOGIA DI PERSONALE ADDETTO ALL'ADI	STANDARD PERSONALE IMPIEGATO
DGR 321/2022	-	
DECRETO 1704/2017 DIRETTORE DELL'AREA DEI SERVIZI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DELLA DCS	-	1 INFERMIERE OGNI 2500/3000 ABITANTI PER TERRITORIO URBANO E PIANEGGIANTE
		1 INFERMIERE OGNI 2000/2500 ABITANTI PER TERRITORIO MONTANO E COLLINARE
		4/6 FISIOTERAPISTI OGNI 10.000 ABITANTI SUPERIORI AI 65

Tabella 13 -

DOTAZIONE DI PERSONALE ADDETTO ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA AL 15/05/2022 (UNITA')	ASUFC	ASUGI	ASFO
INFERMIERI	231	134	109
<i>di cui INFERMIERI DI COMUNITA'</i>	0	0	0
MEDICI DI MEDICINA GENERALE	336	227	185
MEDICI SPECIALISTI (FTE)	9	13	0
PROFESSIONISTI DELLA RIABILITAZIONE	55	23	24,5
ASSISTENTI SOCIALI (solo dipendenti SSR)	7	8	0
ALTRO (Personale amm.vo tecnico sanitario e anche alle dipendenze del comune)	28	20	0

Tabella 14 -

Analogamente a quanto sopra riportato per i medici, la Direzione centrale rappresenta la forte criticità dovuta alla carenza generalizzata di infermieri, anche dovuta alla maggior attrattività, in termini economici, del privato rispetto al pubblico.

Per far fronte a tale criticità la Direzione si è attivata sia concordando percorsi universitari specifici per infermieri, sia istituendo corsi di formazione per OSS complementari che possono, in parte, sopperire alla predetta carenza. Precisa, tuttavia, che la figura di OSS complementare, allo stato attuale, non può essere impiegata presso l'Azienda, ma solo presso i privati.

Dell'infermiere di comunità/famiglia (IF/C) si tratterà più avanti, all'interno del paragrafo relativo alle USCA, ma appare utile fin d'ora anticipare qualche osservazione.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata delle tre aziende risulterebbe quindi il mancato impiego dell'infermiere di comunità.

### **3.3 UNITA' SPECIALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (USCA) E INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITA'**

Il decreto legge 14/2020 ha attivato le USCA; ai sensi dell'articolo 4 bis del decreto legge 18/2020, lo standard di attivazione è di 1 USCA ogni 50.000 abitanti.

Le USCA sono state attivate presso le sedi del servizio di continuità assistenziale mediante il reclutamento dei medici dei servizi di continuità assistenziale. Attualmente solo in ASFO è presente personale infermieristico ed amministrativo a supporto di quello medico.

Si evidenzia, tuttavia, che "il numero di unità da attivare in riferimento allo standard di abitanti è da considerarsi indicativo ed è direttamente proporzionale alla situazione della diffusione del virus sul territorio regionale, così come l'individuazione delle sedi dell'USCA", come precisato dalla nota di riscontro prot. n. 7318 del 16/03/2020 trasmessa dalla DCS.

Per completezza, si osserva che, ai sensi dell'articolo 1, comma 295, della legge 234/2021 l'attività delle USCA deve essere garantita sino al 30/6/2022, dopodiché le USCA dovranno evolvere nelle forme previste dal c.d. dm 77 in UCA.

Ai sensi della deliberazione della Giunta regionale 321/2022 che detta le Linee annuali 2022 per la gestione del servizio sanitario regionale, è prevista l'attivazione di 12 UCA, per le quali il fabbisogno potenziale stimato dalla DCS risulta essere di ulteriori 12 infermieri e 12 medici.

SITUAZIONE USCA* AL 15/05/2022	NUMERO USCA ATTIVE	PERSONALE IMPIEGATO (UNITA')				note
		MEDICI	INFERMIERI DI FAMIGLIA/COMUNITA'	ASSISTENTI SOCIALI	PSICOLOGI	
ASUFC	9	366	0	0	0	
ASUGI	3	4	0	0	0	
ASFO	1	23	0	0	0	nr. 12 inf di AFT (supporto dei medici) 10% di attività, 1 coord. inf. al 30% di attività; 1 coll. amm.ivo 50% di attività

\* intesa come unità speciale di continuità assistenziale disciplinata dal DL 34/2020, convertito con modificazioni dalla L. 77/2020; si ricorda che il DM 71/2022 prevede l'evoluzione dell'USCA in UCA (Unità di Continuità Assistenziale), costituita da 1 medico e da 1 infermiere, in ragione di 1 UCA ogni 100.000 abitanti. Nelle USCA è attualmente impiegato solo personale medico,

Tabella 15 -

Con l'adozione del d.m. 77 (già d.m. 71), sono stati inseriti gli standard di personale delle Unità di continuità assistenziale (UCA) previste dalla legge 234/2021 come illustrati dalla seguente tabella:

	STANDARD UCA	STANDARD PERSONALE IMPIEGATO PER CIASCUNA UCA
DM 77/2022 L.234/2021	1 UCA/100.000 ABITANTI	1 MEDICO 1 INFERMIERE (può essere integrata con altre figure professionali sanitarie)

Tabella 16 -

NUOVA DISCIPLINA DI RIFERIMENTO INFERMIERI DI FAMIGLIA/COMUNITA'	FABBISOGNO INFERMIERI DI FAMIGLIA/COMUNITA'	ASUFC	ASUGI	ASFO
		NUMERO INFERMIERI DI FAMIGLIA/COMUNITA' IMPIEGATI COMPLESSIVAMENTE NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AL 15/05/2022	NUMERO INFERMIERI DI FAMIGLIA/COMUNITA' IMPIEGATI COMPLESSIVAMENTE NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AL 15/05/2022	NUMERO INFERMIERI DI FAMIGLIA/COMUNITA' IMPIEGATI COMPLESSIVAMENTE NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AL 15/05/2022
DM 71/2022	1 OGNI 2.000 - 3.000 ABITANTI: LO STANDARD E' DA INTENDERSI COME NUMERO COMPLESSIVO DI INFERMIERI DI FAMIGLIA O COMUNITA' IMPIEGATI NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI IN CUI L'ASSISTENZA TERRITORIALE SI ARTICOLA	0	0 *	0

\* dedicati nessuno - i servizi infermieristici domiciliari garantiscono all'occorrenza eventuali prese in carico di pazienti fragili positivi al Covid-19

Tabella 17 -

Tutte tre le aziende hanno comunicato un numero di IF/C pari a zero.

ASFO ha trasmesso il decreto del Direttore generale 1021/2021 con cui è stata approvata l'acquisizione a tempo determinato di 58 unità di Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere, per l'attuazione del "Piano di assistenza territoriale".

Tali unità avrebbero dovuto essere assegnate a tempo determinato e pieno fino al 30/06/2022, termine eventualmente prorogabile in ragione alla situazione emergenziale, alle seguenti strutture:

- n. 50 unità alla S.C. Servizio Infermieristico territoriale per il progetto sperimentale degli "infermieri di comunità";
- n. 2 unità alla S.C. Servizio Infermieristico territoriale per la Centrale Operativa Territoriale;
- n. 5 unità alla S.C. Servizio Infermieristico territoriale per l'assistenza domiciliare e residenziale per le cure palliative;
- n. 1 unità al D.A.M.A.

Tuttavia, ASFO rappresenta nella nota che "lo scorrimento della graduatoria non ha però portato alle assunzioni previste nell'ambito territoriale".

In sede di contraddittorio ASFO ha chiarito che la mancata assunzione dei 50 infermieri nell'ambito del progetto sperimentale degli infermieri di comunità è dipesa dal fatto che le nuove unità che hanno effettivamente preso servizio sono state destinate prioritariamente per le necessità connesse all'emergenza epidemiologica Covid 19.

## **INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITA'**

Ai sensi dell'articolo 1, comma 5, del decreto legge 34/2020, al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, **anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale** e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, **possono**, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di

lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 5 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.

Allo stato attuale, gli unici elementi disponibili atti a identificare la figura dell'IF/C possono ricavarsi dal documento recante "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex. L. 17 luglio 2020 n. 77", adottato in sede di Conferenza delle Regioni in data 10/09/2020.

Secondo tale documento "l'IF/C è un professionista appositamente formato, che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Opera sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, diffonde e sostiene una cultura di Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani. Svolge la sua attività integrandola in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità (...); le competenze richieste al IF/C sono di natura clinico assistenziale e di tipo comunicativo-relazionale. L'IF/C deve possedere capacità di lettura dei dati epidemiologici e del sistema-contesto, deve avere un elevato grado di conoscenza del sistema della Rete dei Servizi sanitari e sociali per creare connessioni ed attivare azioni di integrazione orizzontale e verticale tra servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica ed efficace al bisogno dei cittadini della comunità. I requisiti formativi previsti sono da definire con un ordine temporale differenziato. Se da un lato si

riconosce la necessità di considerare rilevante prevedere un percorso di formazione specifica con l'acquisizione di titoli accademici (ad es. master in Infermieristica di famiglia e Comunità) dall'altro occorre considerare fondamentale avviare tempestivamente l'organizzazione dell'assistenza territoriale come indicato dalla L. 77/2020. Si ritiene quindi necessario individuare infermieri per i quali sia possibile valorizzare l'esperienza acquisita, la motivazione e l'interesse all'ambito territoriale dell'assistenza. A titolo di esempio avere un'esperienza (almeno due anni) in ambito Distrettuale/territoriale, domiciliare o con esperienza di percorsi clinico-assistenziali (PDTA), di integrazione ospedale-territorio, di presa in carico di soggetti fragili. Altresì si ritiene necessario avviare iniziative di formazione aziendale, sulla base di indicazioni regionali, che permettano di formare, in tempi brevi, anche con modalità blended e formazione sul campo, infermieri per questa nuova forma di attività assistenziale territoriale. Tale formazione potrà essere riconosciuta e Per reclutare il personale da adibire a IF/C possono essere utilizzate forme di lavoro autonomo anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020 o alternativo utilizzo di graduatorie valide per assunzione a tempo indeterminato/determinato. Occorre favorire modalità che creino maggior stabilità nello sviluppo del modello organizzativo e permettano di valorizzare gli investimenti formativi messi in campo. Si raccomanda di adibire prioritariamente alla funzione di IF/C il personale infermieristico con elevata motivazione ed orientamento al modello di sviluppo territoriale dell'assistenza e già in possesso del profilo di competenze acquisito con master/corsi di formazione specifici o con competenze specifiche sviluppate sul campo a seguito della sperimentazione locale di modelli di presa in carico proattiva della popolazione nel territorio, considerata anche ai fini dell'eventuale accesso successivo a percorsi accademici".<sup>71</sup>

La deliberazione della Giunta regionale 1568/2020 dispone il fabbisogno di IF/C, ai sensi dell'art. 1, comma 4, del decreto legge 34/2020, convertito con modificazioni dalla legge 77/2020, per il 2020 e 2021, pari a 8 unità ogni 50.000 abitanti, suddiviso come da tabella che segue:

---

<sup>71</sup> Documento recante: "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex. L. 17 luglio 2020 n.77", adottato in sede di Conferenza delle Regioni in data 10/09/2020.

AZIENDA	POPOLAZIONE (DGR 1568/2020)	FABBISOGNO IF/C - Legge 77/2020 (8 ogni 50.000 abitanti)	INFERMIERI DI COMUNITA' (IF/C)	SCOSTAMENTO DA STANDARD L 77/2020
ASUFC	526.256	84	0	-84
ASUGI	372.482	59	0	-59
ASFO	312.619	50	0	-50

Tabella 18 -

Se i dati rappresentati individuano effettivamente la figura dell'IF/C così come disciplinata dalle norme, vi è uno scostamento considerevole rispetto al fabbisogno disposto del Piano di assistenza territoriale approvato con delibera della Giunta regionale 1568/2020, per gli anni 2020 e 2021.

Il gap al 15/05/2022 risulterebbe abbastanza rilevante, tanto più in considerazione degli standard previsti dal d.m. 77, che prevede l'impiego di 1 IF/C ogni 3.000 abitanti, anche se il parametro ha valenza non prescrittiva.

AZIENDA	POPOLAZIONE (DGR 1965/2021)	STANDARD DM 71 INFERMIERI DI FAMIGLIA/COMUNITA' IMPIEGATI COMPLESSIVAMENTE NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AL 15/05/2022 (calcolato su 2500 abitanti)	NUMERO INFERMIERI DI FAMIGLIA/COMUNITA' IMPIEGATI COMPLESSIVAMENTE NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AL 15/05/2022	SCOSTAMENTO DA STANDARD DM 71
ASUFC	526.474	211	0	-211
ASUGI	369.289	148	0	-148
ASFO	310.502	124	0	-124
<b>TOTALE</b>	<b>1.206.265</b>	<b>483</b>	<b>0</b>	<b>-483</b>

Tabella 19 -

A seguito dell'adozione del d.m. 77 (già d.m. 71), si rende necessario aggiornare lo standard relativo all'IF/C e provvedere al conseguente ricalcolo dello scostamento.



AZIENDA	POPOLAZIONE (DGR 1965/2021)	STANDARD DM 77 INFERMIERI DI FAMIGLIA/COMUNITA' IMPIEGATI COMPLESSIVAMENTE NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AL 15/05/2022 (calcolato su 3000 abitanti)	NUMERO INFERMIERI DI FAMIGLIA/COMUNITA' IMPIEGATI COMPLESSIVAMENTE NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE AL 15/05/2022	SCOSTAMENTO DA STANDARD DM 71
ASUFC	526.474	175	0	-175
ASUGI	369.289	123	0	-123
ASFO	310.502	104	0	-104
<b>TOTALE</b>	<b>1.206.265</b>	<b>402</b>	<b>0</b>	<b>-402</b>

Tabella 20 -

In sede di contraddittorio la DCS, premessa la carenza generalizzata di tale figura professionale, ha rappresentato che verranno attivati progressivamente, attraverso la Programmazione regionale, dei percorsi per la riqualificazione dell'infermiere del territorio in infermiere di comunità con conoscenze, competenze e abilità idonee a dare risposta a tutti i fabbisogni di assistenza del territorio, in linea con la disciplina dell'IF/C delineata dal d.m. 77/2022.

### 3.4 CASA DELLA COMUNITA' - CDC

DISCIPLINA DI RIFERIMENTO	STANDARD CDC DA ATTIVARE	STANDARD DI PERSONALE DA IMPIEGARE IN OGNI CDC
DM 71/2022	ALMENO 1 CDC HUB OGNI 40.000/50.000 ABITANTI; CASE DELLA COMUNITA' SPOKE E AMBULATORI DI MMG E PLS TENENDO CONTO DELLE CARATTERISTICHE OROGRAFICHE E DEOGRAFICHE DEL TERRITORIO AL FINE DI FAVORIRE LA CAPILLARITA' DEI SERVIZI E MAGGIORE EQUITA'DI ACCESSO, IN PARTICOLARE NELLE AREE INTERNE E RURALI	TUTTE LE AGGREGAZIONI DEI MMG E PLS (AFT E UCCP) SONO RICOMPRESSE NELLE CASE DELLA COMUNITA' AVENDONE IN ESSE LA SEDE FISICA OPPURE A QUESTE COLLEGATE FUNZIONALMENTE; 7-11 INFERMIERI; 1 ASSISTENTE SOCIALE; 5-8 UNITA' DI SUPPORTO (SOCIOSANITARIO, AMMINISTRATIVO)

Tabella 21 -

AZIENDA	POPOLAZIONE*	NUMERO* CDC DA ATTIVARE		NUMERO CDC ATTIVATE	HUB DA ATTIVARE	SPOKE DA ATTIVARE
		HUB	SPOKE			
ASUFC	526.474	9	14+2 STAGIONALI	0	9	14+2 STAGIONALI
ASUGI	369.289	6	5	0	6	5
ASFO	310.502	6	9+1 STAGIONALE	0	6	9+ 1 STAGIONALE
<b>TOTALE</b>	<b>1.206.265</b>	<b>21</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>31</b>

\*dato di cui alla DGR 1965/2021

Tabella 22 -

Nessuna delle Aziende ha ancora attivato le CDC.

La Regione, pertanto, ai sensi di quanto stabilito dalla delibera della Giunta regionale 1965/2021, anticipatoria del PNRR, dovrà attivare progressivamente un numero complessivo di 52 CDC.

Alcune funzioni delle CDC, tuttavia, sono state attive presso i Punti unici di accesso distrettuali (PUA) territorialmente suddivisi come da tabella che segue, creata in funzione di fornire al cittadino una mappatura dei servizi resi a livello distrettuale.

SITUAZIONE AL 15/05/2022 DEI PUA* (PUN+A18+A21:F52+A21:G52+A18+A21:D52)	NUMERO PUA ATTIVI	UBICAZIONE DISTRETTUALE DEL PUA	GIORNATE E ORARI DI APERTURA DEL PUA
<b>ASUFC</b>	<b>9</b>	UDINE - sede distretto	lun-ven; 8-16
		SAN DANIELE - sede distretto	lun-ven; 8-15.30
		CIVIDALE - sede distretto	lun-ven; 8-16
		TARCENTO - sede distretto	lun-ven; 8-16
		GEMONA - sede POS di Gemona	lun-mer-ven 8.30 - 15.45; mar-gio 10-18
		TOLMEZZO - Distretto via Crania libera	lun-ven; 9-16
		BASSA OVEST - Latisana	lun-ven; 7.30-19.30
		CODROIPO - sede distretto	lun-ven; 8-16
		BASSA EST - Palmanova	lun-ven; 7.30-19.30
<b>ASUGI</b>	<b>6</b>	UOT 1 del Comune di Ts - ANZIANI: via dei Moreri 5/b - Trieste	martedì 9-12
		Distretto 1 - ANZIANI: via Stock 2 - TS	da lunedì a venerdì 8.30-10.30
		Distretto 1 - ANZIANI: Aurisina 108/d - DUINO-AURISINA	mercoledì 9-11
		Distretto 1 - SID: via Stock 2 e Aurisina 108/d	da lunedì a venerdì 8-13
		Distretto 1 - MINORI: via Stock 2 - TS	da lunedì a venerdì 9-15
		Distretto 2 - ANZIANI: via Pietà 2/1 Ospedale Maggiore - TS	lunedì a venerdì 9-11
		Distretto 2 - SID: via Pietà 2/1 Ospedale Maggiore - TS	lunedì a venerdì 8-13
		Distretto 2 - MINORI: via Vespucci 7/1 - TS	lunedì a giovedì 9-16

SITUAZIONE AL 15/05/2022 DEI PUA* (PUN+A18+A21:F52+A21:G52+A18+A21:D52)	NUMERO PUA ATTIVI	UBICAZIONE DISTRETTUALE DEL PUA	GIORNATE E ORARI DI APERTURA DEL PUA
		Distretto 3 - ANZIANI: via Valmaura 59, Via Battisti, 6 Muggia e sede comunale San Dorligo (TS; verificare indirizzi)	lunedì a venerdì 9-11
		Distretto 3 - SID: via Puccini, 50 e Via Battisti, 6 Muggia	lunedì a venerdì 8 - 13
		Distretto 3 - MINORI: via Valmaura, 59 - TS	lunedì a venerdì 9-16
		Distretto 4 - ANZIANI: via Sai, 7 -TS	lunedì a venerdì 9-11
		Distretto 4 - SID: via Sai, 7 -TS	lunedì a venerdì 8 - 10
		Distretto 4 - MINORI: via Sai, 7 -TS	lunedì a venerdì 10-14
		DISTRETTO ALTO ISONTINO – SEDE GORIZIA, via V. Veneto , 171	07:30 – 15:12
		DISTRETTO BASSO ISONTINO Monfalcone, Via Galvani 1	DAL LUN AL VEN (AL PUBBLICO DALLE 10.30 ALLE 12.00)
<b>ASFO</b>	<b>5</b>	PUA delle Dolomiti	5 giorni dalle 8.00 alle 15.42
		PUA del Livenza	5 giorni dalle 8.00 alle 15.42
		PUA del Sile	5 giorni dalle 8.00 alle 15.42
		PUA del Tagliamento	5 giorni dalle 8.00 alle 15.42
		PUA del Noncello	5 giorni dalle 8.00 alle 15.42

Tabella 23 -

Con l'adozione del d.m. 77 (già d.m. 71), sono stati individuati i nuovi standard organizzativi per le CdC hub, come riportato nella tabella che segue:

DISCIPLINA DI RIFERIMENTO	STANDARD CDC HUB	STANDARD DI PERSONALE IMPIEGATO IN UNA CDC HUB
DM 77/2022	1 CDC HUB/40.000-50.000 ABITANTI	7-11 INFERMIERI; 1 ASSISTENTE SOCIALE; 5-8 UNITA' DI SUPPORTO (SOCIOSANITARIO, AMMINISTRATIVO)

Tabella 24 -

Conseguentemente il numero di CDC da attivare è stato ricalcolato, come riportato nella seguente tabella:

AZIENDA	POPOLAZIONE*	NUMERO CDC DA ATTIVARE DM77/2022	NUMERO CDC ATTIVATE	HUB DA ATTIVARE
		HUB		
ASUFC	526.474	12	0	9
ASUGI	369.289	8	0	6
ASFO	310.502	7	0	6
TOTALE	1.206.265	27	0	21

\*dato di cui alla DGR 1965/2021

Tabella 25 -

### 3.5 CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE - COT

Le tre Aziende dichiarano di non aver attivato alcuna COT, intesa quale centrale operativa regionale di cui al Piano dell'assistenza territoriale adottato con delibera della Giunta regionale 1568/2020.

Tuttavia, in sede di colloquio telefonico con ASUGI, e come confermato sia dai dati presenti nelle tabelle inviate da ASUGI relative al “monitoraggio piani potenziamento attività territoriali”, sia da quanto disposto a pag. 11 della relazione inoltrata dalla DCS in risposta all'istruttoria, è **presente in Regione la Centrale operativa denominata “Farneto”** per il governo della domanda non urgente, con numero verde dedicato che coordina la domanda con gli MMG, le USCA, i MCA, i trasporti sanitari secondari e si rapporta con l'ADI distrettuale e con la centrale operativa del 112.

Il servizio è coperto da due infermieri per turno sulle 12 ore (quindi quattro unità di personale al giorno) più un terzo aggiuntivo per turno diurno estemporaneo in situazioni particolari (ad esempio giornate di formazione dei MMG/PLS, recrudescenze Covid). Non vi è un coordinatore infermieristico dedicato, né personale amministrativo o tecnico di supporto. Il servizio è stato esteso all'area isontina per la parte di attività relativa al servizio USCA, in corso di pandemia.

ASUGI in una prima risposta all'istruttoria prot. n. 54051 del 23/05/2022, rappresentava che una Centrale unica operativa territoriale era già attiva, in attuazione dell'atto aziendale della

cessata ASUITs di cui al decreto n. 843/2017. Tale Centrale operativa<sup>72</sup> è stata istituita in osservanza dell'articolo 19, comma 14, lettera l) della legge regionale 17/2014, abrogato dalla legge regionale 22/2019, che all'articolo 22 prevede una funzione di centrale operativa quale strumento per il governo della presa in carico e della continuità assistenziale presso ogni Azienda sanitaria.

La centrale operativa territoriale è ben diversa dalle COT di prossima realizzazione e ha sinora svolto funzioni più simili a quelle previste per il numero unico 116-117 (non ancora attivato nella nostra regione).

Le (nuove) COT non svolgeranno funzioni di front office per il cittadino ma dovranno garantire i processi di continuità dell'assistenza e della cura nei vari setting, quali centrali di coordinamento tra servizi, professionisti e operatori del sistema.

Con successiva nota, prot. di arrivo n. 1231/Corte dei Conti del 20/06/2022, ASUGI ha chiarito che la COT prevista nell'atto aziendale della cessata ASUITs non è mai stata realizzata.

Ciò nondimeno, è da lungo tempo operativa una "centrale operativa territoriale" che, pur non potendosi sostituire alla "centrale operativa regionale di cui al Piano dell'assistenza territoriale adottato con deliberazione della Giunta regionale 1568/2020" e alle funzioni previste per il numero unico 116- 117, già da tempo garantisce sull'area giuliana una serie di queste funzioni (sovraddistrettuali), a cui i cittadini possono accedere tramite numero verde 800 - 614302. Tale numero consente di accedere alle cure non urgenti, offre una copertura sulle 24 ore per 365 giorni all'anno ed è completamente gratuito. Esso affianca il 112 e gestisce tutte le chiamate destinate ai servizi di Continuità Assistenziale (Ex Guardia Medica), alla rete delle cure primarie, alla gestione di richieste di natura socioassistenziale.

Secondo quanto disposto della deliberazione della Giunta regionale 321/2022 (si v. pag. 6), il personale da acquisire per il funzionamento della Centrale operativa regionale 116-117 è di 10 infermieri e di 10 unità di personale amministrativo-tecnico-sanitario. Essa è in funzione 7 gg su 7, h 24.

---

<sup>72</sup> con funzione di identificazione dei bisogni di salute e assistenziali e di integrazione tra i servizi distrettuali, di prevenzione, ospedalieri e i Servizi sociali dei Comuni, con lo scopo di assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale della popolazione servita. La centrale operativa è attiva nell'arco delle ventiquattro ore e sette giorni su sette.

AZIENDA	POPOLAZIONE (DGR 1568/2021)	NUMERO COT* DA ATTIVARE (DGR 1568/2021)	NUMERO COT* ATTIVATE AL 15/05/2022	STANDARD DI PERSONALE DA IMPIEGARE NELLA COT* (DGR 1568/2021)	PERSONALE DA ACQUISIRE (DGR 321/2022)*
ASUFC	526.256	1	0	10 INFERMIERI - 10 TECNICI SPECIALIZZATI - 5 AMMINISTRATIVI	10 INFERMIERI E 10 UNITA' DI PERSONALE TECNICO-AMMINISTRATIVO-SANITARIO
ASUGI	372.482		1 (FARNETO)		
ASFO	312.619		0		

\* ci si riferisce alla Centrale Operativa Regionale 116-117

Tabella 26 -

Le tre aziende dichiarano, inoltre, di non aver attivato alcuna COT, intesa come centrale operativa territoriale per il governo della presa in carico di cui all'art. 22 della legge regionale 22/2019 evoluta nel modello previsto dal PNRR di cui alle deliberazioni della Giunta regionale 1965/2021 e 321/2022.

AZIENDA	POPOLAZIONE (DGR 1965/2021)	NUMERO COT* DA ATTIVARE (DM 71: 1 ogni 100.000 abitanti)	NUMERO COT* ATTIVATE AL 15/05/2022	STANDARD DI PERSONALE DA IMPIEGARE IN OGNI COT* (DM 71)	PERSONALE DA ACQUISIRE (DGR 321/2022)
ASUFC	526.474	5	0	3-5 INFERMIERI; 1-2 UNITA' DI PERSONALE DI SUPPORTO; 1 COORDINATORE INFERMIERISTICO	16 INFERMIERI E 16 OSS
ASUGI	369.289	4	0		
ASFO	310.502	3	0		
<b>TOTALE</b>	<b>1.206.265</b>	<b>12</b>	<b>0</b>		

\* ci si riferisce alla Centrale Operativa Territoriale prevista dal PNRR

\*\* il fabbisogno stimato da standard è pari a 96 unità (72 INF e 24 Oss). I dati riportati rappresentano il fabbisogno al netto degli operatori oggi presenti nei PUA/PAI/SUISS

Tabella 27 -

La DCS, nelle more dell'adozione dello standard a cura di AGENAS, ha provveduto ad effettuare una ricognizione del potenziale fabbisogno di personale da acquisire per l'attuazione del PNRR a regime; in particolare, per le Centrali Operative Territoriali, il fabbisogno stimato standard a livello regionale è pari a 96 unità (72 infermieri e 24 oss). Il fabbisogno di personale da acquisire, al netto degli operatori presenti alla data della citata deliberazione 321/2022 nei PUA/PAI/SUISS, pertanto, è di 16 infermieri e 16 oss (pag. 6 della d.g.r. 321/2022).

Con riferimento alla COT, la Sezione ha rappresentato l'opportunità di utilizzare il termine COT in riferimento alla struttura prevista dal PNRR, di cui alle deliberazioni della Giunta regionale 1965/2021 e 321/2022.

La Sezione ha evidenziato, infatti, che la COT definita dal Piano di assistenza territoriale, adottato con deliberazione della Giunta regionale 1568/2020, indica la centrale operativa regionale 116-117, mentre di fatto è stata istituita da ASUGI una terza tipologia di COT che non rientra né nella COT intesa quale centrale operativa regionale di cui al Piano dell'assistenza territoriale, né nella (nuova) COT di cui alla deliberazione della Giunta regionale 1965/2021, di attuazione al PNRR.

In sede di contraddittorio i presenti concordano con quanto rappresentato dalla Corte.

In particolare, con riferimento alla Centrale Farneto, ASUGI rappresenta nuovamente che già da tempo garantisce sull'area giuliana una serie di funzioni (sovradistrettuali), a cui i cittadini possono accedere tramite numero verde 800 - 614302. I professionisti che rispondono al numero mettono a disposizione esperienza, competenze e tecnologie adatte a identificare correttamente il bisogno di salute dei cittadini. In base alle necessità, chi chiama viene messo in contatto con il servizio assistenziale più appropriato per la risoluzione dei problemi non urgenti. La centrale di risposta è localizzata a Trieste ed è interconnessa con la centrale 112 di Palmanova.

Se gli operatori identificano una situazione con caratteristiche di emergenza, la chiamata viene immediatamente passata alla centrale operativa del 112, per un intervento tempestivo.

Il servizio è coperto da due infermieri per turno sulle 12 ore (quindi quattro unità di personale al giorno) più un terzo aggiuntivo per turno diurno estemporaneo in situazioni particolari (ad esempio giornate di formazione dei MMG/PLS, recrudescenze Covid...). Non vi è un coordinatore infermieristico dedicato, non personale amministrativo o tecnico di supporto. Il servizio è stato esteso all'area isontina per la parte di attività relativa al servizio USCA, in corso di pandemia.

Alla luce delle funzioni esercitate dalla Centrale Farneto, questa Sezione ritiene opportuno, per completezza di informazione, riportare anche lo standard relativo alla Centrale operativa 116117, di cui al d.m. 77/20222 (già d.m. 71/2022).

DISCIPLINA DI RIFERIMENTO	STANDARD CENTRALE OPERATIVA 116117	SERVIZIO DELLA CENTRALE OPERATIVA 116117
DM 77/2022	1 CENTRALE OPERATIVA NEA* 116117/1-2 MILIONI DI ABITANTI (o comunque a valenza Regionale se con popolazione inferiore allo standard)	7-11 INFERMIERI; 1 ASSISTENTE SOCIALE; 5-8 UNITA' DI SUPPORTO (SOCIOSANITARIO, AMMINISTRATIVO)

\* NEA= Numero europeo armonizzato

Tabella 28 -

La Sezione evidenzia, peraltro, che gli standard contenuti nel d.m. 77/2022 per la centrale operativa 116117 sono rimasti invariati rispetto a quelli contenuti nel d.m. 71.

Con riferimento alle nomenclature i presenti rinviano a quanto anticipato dalla DCS, in relazione all'elaborando di una proposta normativa per allineare le definizioni regionali delle diverse strutture a quelle previste dal PNRR.

### 3.6 OSPEDALI DI COMUNITA' (ODC)/RSA/POST-ACUTI

Le Aziende hanno dichiarato che ad oggi non sono operativi sul territorio regionale gli Ospedali di Comunità nell'accezione loro attribuita dal PNRR.

STANDARD PER OSPEDALI DI COMUNITA' (DGR 1965/2021) E DM 71			
NUMERO DI ODC DA ATTIVARE	NUMERO DI POSTI LETTO PER ODC	NUMERO DI POSTI LETTO PER ABITANTI	PERSONALE DA IMPIEGARE IN OGNI ODC
ALMENO 1 ODC OGNI 50.000-100.000 ABITANTI	ALMENO 20 POSTI LETTO A MODULO	0,4 POSTI LETTO PER 1000 ABITANTI DA ATTUARSI IN MODO PROGRESSIVO SECONDO LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE	7-9 INFERMIERI; 4-6 OPERATORI SOCIOSANITARI; 1-2 UNITA' DI ALTRO PERSONALE SANITARIO - 1 MEDICO PER 4,5 ORE AL GIORNO, 6 GIORNI SU 7

Tabella 29 -



AZIENDA	POPOLAZIONE (DGR 1965/2021)	NUMERO POSTI LETTO DA ATTIVARE NEGLI OSPEDALI DI COMUNITA' (standard di 0,4 per 1000 abitanti, come da DM 71)	NUMERO POSTI LETTO ATTIVATI IN ODC AL 15/05/2022	NUMERO DI POSTI LETTO DA REALIZZARE E DI PERSONALE DA ACQUISIRE (DGR 321/2022)
ASUFC	526.474	210	0	DEI 482 ODC DA REALIZZARE, 438 SARANNO CONVERTITI DA RSA, MENTRE 44 SARANNO COSTRUITI EX NOVO; PER QUESTI ULTIMI SARA' NECESSARIO ACQUISIRE 20 INFERMIERI, 12 OSS, 4 UNITA' DI PERSONALE TECNICO-AMMINISTRATIVO-SANITARIO, 3 MEDICI E 3.276 ORE DI ASSISTENZA MEDICA
ASUGI	369.289	148	0	
ASFO	310.502	124	0	
<b>TOTALE</b>	<b>1.206.265</b>	<b>482</b>	<b>0</b>	

Tabella 30 -

Con l'adozione del d.m. 77 (già d.m. 71), sono stati individuati i nuovi standard organizzativi, con valore prescrittivo, per gli ODC, come riportato nella tabella che segue:

STANDARD PER OSPEDALI DI COMUNITA' DM 77/2022		
NUMERO DI ODC DA ATTIVARE	NUMERO DI POSTI LETTO PER ODC	PERSONALE DA IMPIEGARE IN OGNI ODC
ALMENO 1 ODC OGNI 100.000 ABITANTI	ALMENO 20 POSTI LETTO A MODULO	7-9 INFERMIERI( di cui un coordinatore infermieristico); 4-6 OPERATORI SOCIO SANITARI; 1-2 UNITA' DI ALTRO PERSONALE SANITARIO - 1 MEDICO PER 4,5 ORE AL GIORNO, 6 GIORNI SU 7

Tabella 31 -

AZIENDA	POPOLAZIONE (DGR 1965/2021)	NUMERO POSTI LETTO DA ATTIVARE NEGLI OSPEDALI DI COMUNITA' (standard almeno 20 p.l. per 1 ODC/100.000)	NUMERO POSTI LETTO ATTIVATI IN ODC AL 15/05/2022
ASUFC	526.474	105	0
ASUGI	369.289	74	0
ASFO	310.502	62	0
<b>TOTALE</b>	<b>1.206.265</b>	<b>241</b>	<b>0</b>

Tabella 32 -

Le tre aziende, inoltre, hanno inserito nella tabella POST-ACUTI i posti letto attualmente attivati nelle RSA nella loro accezione di strutture di assistenza intermedia di cui all'articolo 20 della legge regionale 22/2019.

Le attuali RSA, secondo quanto disposto nella deliberazione della Giunta regionale 1965/2021, saranno riorganizzate e rinominate con la creazione di due strutture: "ospedali di comunità"

(per accogliere i pazienti a bassa intensità di cura che generalmente provengono dal domicilio) e "post-acuti" (dove verranno accolti i pazienti provenienti dalla struttura per acuti che necessitano di una più alta intensità di cure). I pazienti in riabilitazione e/o lungodegenza troveranno invece ospitalità nelle strutture ospedaliere, come disposto nell'Allegato 3 alla deliberazione della Giunta regionale 1965/2021.

POST-ACUTI (DGR 1965/2021 E DM 71)			
AZIENDA	POPOLAZIONE (1965/2021)	NUMERO POSTI LETTO DA ATTIVARE NEI POST ACUTI: 0,4 POSTI LETTO OGNI MILLE ABITANTI (DM 71)	NUMERO POSTI LETTO ATTIVATI IN "POST-ACUTI"
ASUFC	526.474	210	219
ASUGI	369.289	148	315
ASFO	310.502	124	133
TOTALE	1.206.265	482	667

Tabella 33 -

Si ricorda che, ai sensi di quanto disposto dall'Allegato 3 alla deliberazione della Giunta regionale 1965/2021, lo standard complessivo di posti letto nell'ambito dell'assistenza territoriale è pari a 0,7 posti letto per 1.000 abitanti ed è suddiviso in 0,4 posti letto per 1.000 abitanti dedicati alle degenze intermedie dell'assistenza territoriale - PACU territoriale e 0,3 posti letto per 1.000 abitanti dedicati ai pazienti in riabilitazione/lungodegenza - PACU ospedaliera.

ASUGI ha attivato 315 posti letto nelle strutture post-acuzie, costituite dalle 7 RSA pubbliche e private convenzionate presenti nel territorio di riferimento.

Nel corso del colloquio telefonico sono stati chiesti chiarimenti in merito al numero di posti letto attivati nelle strutture post-acuzie che essendo 315, risulterebbero ben oltre a quanto disposto dalla programmazione regionale, che ne prevede 148 per gli ospedali di comunità e altri 148 per le strutture post-acuti.

ASUGI ha rappresentato che la terminologia adottata nella programmazione regionale è di dubbia interpretazione e che seguirà una nota esplicativa in merito che, all'esito del contraddittorio, non è ancora pervenuta.

ASUFC ha attivato al 15/05/2022 219 posti letto nelle strutture post-acuzie (in ulteriore aumento di 18 unità a partire dal 06/06/2022 presso le Degenze intermedie polifunzionali di Gemona); tuttavia sono temporaneamente chiuse la RSA di Tolmezzo e la RSA e HOSPICE “B.Panegos” di Palmanova.

Nel corso dell’istruttoria ASUFC ha esplicitato i dati inseriti nella tabella relativamente alla ripartizione dei posti letto fra ODC (attualmente 0 su 210) e Post-Acuti (attualmente 219 su 210). I 219 posti letto inseriti si riferiscono ai posti letto attualmente attivati nelle RSA nella loro accezione di strutture intermedie di Postacuzie disciplinate nell'articolo 20 della legge regionale 22/2019.

ASFO ha attivato al 15/05/2022 75 posti letto nelle strutture post-acuzie (trattasi dei posti letto in RSA). Sono previsti ulteriori 30 posti letto da attivare presso la RSA di Pordenone, mentre la RSA di Sacile - con 28 posti letto attivabili - è attualmente chiusa.

SITUAZIONE DEGENZE POST-ACUTI* AL 15/05/2022								
UBICAZIONE DISTRETTUALI DELLA STRUTTURA	DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA	NUMERO POSTI LETTO ATTIVATI	COORDINATORI INFERMIERISTICI	INFERMIERI	OPERATORI SOCIO SANITARI	FISIOTERAPISTI **	PERSONALE AMMINISTRATIVO E PERSONALE DA ADIBIRE AI SERVIZI GENERALI	
ASUFC	GEMONA	DEGENZE INTERMEDIE POLIFUNZIONALI	6 (24 PL dal 06/06/2022)	2 (1 coordinatore RSA e 1 coordinatore SUAP + sollievo)				
	CIVIDALE DEL FRIULI	R.S.A. CIVIDALE	28	1	11	17		
	CODROIPO	R.S.A. CODROIPO	24	1	9	15		
	SAN DANIELE DEL FRIULI	R.S.A. SAN DANIELE	24	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	
	UDINE	R.S.A. C/O AZ. OSP. UNIVERSITARIA DI UDINE	24	1	17	17		
	LATISANA	RSA-TER-LATISANA	20	1	8	11		
	TARCENTO	R.S.A. 'OPERA PIA COIANIZ' TARCENTO (1)	33	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	

**SITUAZIONE DEGENZE POST-ACUTI\* AL 15/05/2022**

	UDINE	R.S.A. 'LA QUIETE' UDINE (1)	60	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	
	TOLMEZZO	RSA DI TOLMEZZO (1)	temporaneamente chiusa					
	PALMANOVA	RSA e HOSPICE' B.PANEGOS' PALMANOVA	temporaneamente chiusa					
<b>ASUGI</b>	VIA VALDIRIVO N. 29	RSA IGEA (PRIVATA CONVENZIONATA)	74	1	50 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO BASE). 110 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO MEDIO). 80 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO RIABILITATIVO)	110 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO BASE). 130 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO MEDIO). 110 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO RIABILITATIVO)	15 MIN./DIE/P.L. 6 GIORNI/7 (LIVELLO BASE). 15 MIN./DIE/P.L. 6 GIORNI/7 (LIVELLO MEDIO). 50 MIN./DIE/P.L. 6 GIORNI/7 (LIVELLO RIABILITATIVO)	2
	Distretto 2 Ospedale Maggiore	RSA San Giusto	27	1	10	14	3	supporto distrettuale
	Via Rossetti, 62	RSA Sanatorio	36	1	50 MIN./DIE *PL*7GG/SETT 110 MIN./DIE *PL*7GG/SETT 80 MIN./DIE *PL*7GG/SETT	110 MIN./DIE *PL*7GG/SETT 130 MIN./DIE *PL*7GG/SETT 110 MIN./DIE *PL*7GG/SETT	15 MIN./DIE *PL*6GG/SETT 15 MIN./DIE *PL*6GG/SETT 60 MIN./DIE *PL*6GG/SETT	supporto distrettuale
	Distretto 2 Ospedale Maggiore	RSA Mademar (privata convenzionata)	70	1	50 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO BASE). 110 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO MEDIO). 80 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO RIABILITATIVO)	110 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO BASE). 130 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO MEDIO). 110 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO RIABILITATIVO)	15 MIN./DIE/P.L. 6 GIORNI/7 (LIVELLO BASE). 15 MIN./DIE/P.L. 6 GIORNI/7 (LIVELLO MEDIO). 50 MIN./DIE/P.L. 6 GIORNI/7 (LIVELLO RIABILITATIVO)	
	DISTRETTO ALTO ISONTINO SEDE OSPEDALIERA GORIZIA	RSA GORIZIA	26	1	14	16	1	0
	DISTRETTO ALTO ISONTINO SEDE OSPEDALIERA CORMONS	RSA CORMONS	35	1	10	20	2	0
	DISTRETTO BASSO ISONTINO Monfalcone, Via Galvani 1	RSA Monfalcone	47	1	21	29	2	3

SITUAZIONE DEGENZE POST-ACUTI* AL 15/05/2022								
ASFO	presso CDR Sani Vito al Tagliamento - via Savorgnano 47	RSA San Vito al Tagliamento	26	1	9	13	2 (cdr s vito)	0
	via Giosuè Carducci 42 - Roveredo in piano	RSA Roveredo in Piano	24	1	7	11	3+1(logopedista)	1
	via Ettoreo 4 Sacile	RSA Sacile	28 (attualment e chiusa)	1	0	0	0	0
	via XXV Aprile - Azzano X	RSA Azzano X	25	1	6	14	2	0
	sede da individuare	RSA Pordenone	0 previsti 30					
	Livenza	via Ettoreo 4-33077 Sacile 0434 736111	28 (struttura intermedia polivalente) (assimilabile ad un reparto post-acuti)		15	14		1 (15 ore sett.)****
	Dolomiti	via Unità d'Italia 19 33085 Maniago (PN) tel 0427 735111	30 (ospedale di Comunità) (assimilabile ad una RSA)		11	11	0	2 (78 ore sett.)****

\* ci si riferisce al modello attualmente esistente, ossia alle Residenze Sanitarie Assistenziali intese come strutture intermedie di Postacuzie disciplinate nell'art. 20 della LR 22/2019

\*\*include anche terapisti occupazionali, educatori professionali e altri professionisti sanitari dell'area della riabilitazione

Tabella 34 -

POS* OPERATIVI AL 15/05/2022											
DISTRETTO	NUMERO POTENZIALE ASSISTITI DI RIFERIMENTO	INDIRIZZO E NUMERO TELEFONICO DI ACCESSO	GIORNATE E ORARIO DI COPERTURA SERVIZIO	NUMERO POSTI LETTO	PERSONALE IMPIEGATO** (UNITA')						
					MEDICI	INFERMIERI	OPERATORI SOCIO-SANITARI	PROFESSIONISTI DELLA RIABILITAZIONE	ALTRO PERSONALE RUOLO TECNICO	ALTRO PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO	
ASUFC	GEMONA	31174	0432 989316	attività ambulatoriali dal lun al ven 8.00-18.00 e attività di degenza 7 gg su 7	40	6	55	44	3	4	3
	CIVIDALE	0	0432 1796345	attività ambulatoriali dal lun al ven 8.00-18.00 e attività di degenza 7 gg su 7	22	2	47	25	1	3	2
ASUGI	<i>Nessun POS attivo</i>										
ASFO	LIVENZA	54.000	via Ettoreo 4-33077 Sacile 0434 736111	28 (struttura intermedia)	***	2	15	14	1 (15 ore sett.)**	0	0



					polivalente) (assimilabile ad un reparto post-acute)						
	DOLOMITI	42.000	via Unità d'Italia 19 33085 Maniago (PN) tel 0427 735111	***	30 (ospedale di Comunità) (assimilabile ad una RSA)	1	11	11	2 (78 ore sett.)**	0	0

\*presidi ospedalieri per la salute intesi come strutture di assistenza primaria che assolvono anche funzioni di assistenza intermedia

\*\* in funzione dei servizi erogati all'interno della struttura

\*\*\* (si inseriscono i dati relativi alle cure intermedie in quanto gli altri servizi presenti all'interno non sono altro che funzioni svolte da altre strutture ospedaliere (es.: Centro Prelievi, Dialisi, Radiologia) inquadrati tra il personale dipendente da struttura ospedaliera o del dipartimento della prevenzione/dipendenze

\*\*\*\* servizio in parte garantito da personale dipendente, fornito da ditte esterne, personale medico della continuità

Tabella 35 -

In ASFO e ASUFC sono presenti dei Presidi Ospedalieri per la Salute (POS).

In particolare, ASFO, nella compilazione del foglio relativo ai POS, dichiara:

- che nel Distretto Dolomiti (Maniago) è **operativo un OdC** con 30 posti letto, assimilabile ad una RSA;
- che nel Distretto Livenza (Sacile) sono presenti 28 posti letto nell'ambito di una struttura intermedia polivalente, **assimilabile ad un reparto post-acute**.

In considerazione delle tabelle sopra illustrate, la Sezione ha ritenuto conseguentemente necessario accertare con ASFO se i posti letto delle RSA di Sacile e Pordenone riportati nella tabella dei post-acute siano i medesimi di quelli riportati nella tabella dei POS con riferimento rispettivamente a Sacile e Maniago.

In sede di contraddittorio ASFO ha rappresentato che i posti letto riportati nella tabella relativa ai POS contenuta nell'ambito delle tabelle dell'Assistenza medica primaria, sono aggiuntivi rispetto a quelli riportati nella tabella relativa agli OdC e post-acute e andrebbero più correttamente inseriti nella tabella dove sono rappresentati i dati delle altre RSA aziendali (tabella post-acute).

Alla luce di quanto trasmesso sono state rielaborate le tabelle come segue:

**SITUAZIONE DEGENZE POST-ACUTI\* AL 15/05/2022**

UBICAZIONE DISTRETTUALE DELLA STRUTTURA	DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA	NUMERO POSTI LETTO ATTIVATI	COORDINATORI INFERMIERISTICI	INFERMIERI	OPERATORI SOCIO SANITARI	FISIOTERAPISTI**	PERSONALE AMMINISTRATIVO E PERSONALE DA ADIBIRE AI SERVIZI GENERALI	
<b>ASUFC</b>	GEMONA	DEGENZE INTERMEDIE POLIFUNZIONALI	6 (24 PL dal 06/06/2022)	2 (1 coordinatore e RSA e 1 coordinatore SUAP + sollievo)				
	CIVIDALE DEL FRIULI	R.S.A. CIVIDALE	28	1	11	17		
	CODROIPO	R.S.A. CODROIPO	24	1	9	15		
	SAN DANIELE DEL FRIULI	R.S.A. SAN DANIELE	24	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	
	UDINE	R.S.A. C/O AZ. OSP. UNIVERSITARIA DI UDINE	24	1	17	17		
	LATISANA	RSA-TER-LATISANA	20	1	8	11		
	TARCENTO	R.S.A. 'OPERA PIA COIANIZ' TARCENTO (1)	33	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	
	UDINE	R.S.A. 'LA QUIETE' UDINE (1)	60	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	Servizio esternalizzato	
	TOLMEZZO	RSA DI TOLMEZZO (1)	temporaneamente chiusa					
PALMANOVA	RSA e HOSPICE' B.PANEGOS' PALMANOVA	temporaneamente chiusa						
<b>ASUGI</b>	VIA VALDIRIVO N. 29	RSA IGEA (PRIVATA CONVENZIONATA)	74	1	50 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO BASE). 110 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO MEDIO). 80 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO RIABILITATIVO).	110 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO BASE). 130 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO MEDIO). 110 MIN./DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO RIABILITATIVO)	15 MIN./DIE/P.L. 6 GIORNI/7 (LIVELLO BASE). 15 MIN./DIE/P.L. 6 GIORNI/7 (LIVELLO MEDIO). 50 MIN./DIE/P.L. 6 GIORNI/7 (LIVELLO RIABILITATIVO)	2
	Distretto 2 Ospedale Maggiore	RSA San Giusto	27	1	10	14	3	supporto distrettuale



INDAGINE SULL'ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE REGIONALE IN ATTUAZIONE DELLA RIFORMA DI CUI ALLE LEGGI REGIONALI 27/2018 E 22/2019, ANCHE ALLA LUCE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

	Via Rossetti, 62	RSA Sanatorio	36	1	50 MIN/DIE *PL*7GG/SE TT 110 MIN/DIE *PL*7GG/SE TT 80 MIN/DIE *PL*7GG/SE TT	110 MIN/DIE *PL*7GG/ SETT 130 MIN/DIE *PL*7GG/ SETT 110 MIN/DIE *PL*7GG/ SETT	15 MIN/DIE *PL*6G G/SETT 15 MIN/DIE *PL*6G G/SETT 60 MIN/DIE *PL*6G G/SETT	supporto distrettuale	
	Distretto 2 Ospedale Maggiore	RSA Mademar (privata convenzionata)	70	1	50 MIN/DIE/P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO BASE). 110 MIN./DIE/P.L. . 7 GIORNI/7 (LIVELLO MEDIO). 80 MIN./DIE/P.L. . 7 GIORNI/7 (LIVELLO RIABILITATIV O).	110 MIN/DIE/P .L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO BASE). 130 MIN./DIE/ P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO MEDIO). 110 MIN./DIE/ P.L. 7 GIORNI/7 (LIVELLO RIABILITAT IVO)	15 MIN/DIE /P.L. 6 GIORNI/ 7 (LIVELLO BASE). 15 MIN./DI E/P.L. 6 GIORNI/ 7 (LIVELLO MEDIO). 50 MIN./DI E/P.L. 6 GIORNI/ 7 (LIVELLO RIABILIT ATIVO)		
	DISTRETTO ALTO ISONTINO SEDE OSPEDALIERA GORIZIA	RSA GORIZIA	26	1	14	16	1	0	
	DISTRETTO ALTO ISONTINO SEDE OSPEDALIERA CORMONS	RSA CORMONS	35	1	10	20	2	0	
	DISTRETTO BASSO ISONTINO Monfalcone, Via Galvani 1	RSA Monfalcone	47	1	21	29	2	3	
	ASFO	presso CDR Sani Vito al Tagliamento - via Savorgnano 47	RSA San Vito al Tagliamento	26	1		9	13	2 (cdr s vito)
via Giosuè Carducci 42 - Roveredo in piano		RSA Roveredo in Piano	24	1		7	11	3+1(log opedista )	1
via Ettoreo 4 Sacile		RSA Sacile	28 (attualmente chiusa)	1		0	0	0	0
via XXV Aprile - Azzano X		RSA Azzano X	25	1		6	14	2	0
sede da individuare		RSA Pordenone	0 previsti 30			0	0	0	0
Livenza		via Ettoreo 4-33077 Sacile 0434 736111	28 (struttura intermedia polivalente) (assimilabile ad un reparto post- acuti)			15	14		1 (15 ore sett.)****
Dolomiti		via Unità d'Italia 19 33085 Maniago (PN) tel 0427 735111	30 (ospedale di Comunità) (assimilabile ad una RSA)			11	11	0	2 (78 ore sett.)****



\* ci si riferisce al modello attualmente esistente, ossia alle Residenze Sanitarie Assistenziali intese come strutture intermedie di Postacuzie disciplinate nell'art. 20 della LR 22/2019

\*\*include anche terapisti occupazionali, educatori professionali e altri professionisti sanitari dell'area della riabilitazione

Tabella 36 -

### **3.7 ALTERNATIVE ALLE STRUTTURE RESIDENZIALI: ABITARE POSSIBILE DOMICILIARITA' INNOVATIVA**

La seguente tabella è meramente esplicativa dei progetti in essere.

PROGETTI EX DGR 2089/2017 AVVIATI AL 15/05/2022					
TIPOLOGIA PROGETTO (ABITARE POSSIBILE O DOMICILIARITA' INNOVATIVA)	BREVE DESCRIZIONE DEL PROGETTO	UBICAZIONE DISTRETTUALE DELLA STRUTTURA	DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA	NUMERO PERSONE OSPITATE	
ASUFC	DOMICILIARITA' INNOVATIVA	Immobile situato a Terenzano e destinato alla sperimentazione di Abitare inclusivo, convenzione stipulata nel dicembre 2021 della durata di tre anni in accordo di partenariato tra "Associazione di promozione sociale - Cjase Me" ente gestore per la gestione associata dei servizi sociali dei comuni dell'ambito territoriale del Friuli Centrale e l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale.	Udine	CJASE ME	Capacità massima 10 persone, attualmente presenti 9 persone (Sperimentazione avviata nel 2022)
	ABITARE POSSIBILE	Immobile situato a Rigolato, destinato alla sperimentazione di Abitare Inclusivo, convenzione stipulata a febbraio 2022 della durata di tre anni in accordo di partenariato tra servizio sociale dei comuni dell'ambito territoriale Alto Friuli, il soggetto titolare della sperimentazione Vicini di CAsa Società Cooperativa Onlus e l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale.	Tolmezzo	CJASO A RIGULAT	Capacità massima 20 persone, attualmente presenti 5 persone (Sperimentazione partita nel primo trimestre 2022)
	DOMICILIARITA' INNOVATIVA	Immobile situato d Variano di Basiliano, destinato a convenzione stipulata ad agosto 2020, termina ad agosto 2023.	Codroipo	CASA PERSINIO	Capacità massima 10 persone, attualmente presenti 8 persone (Sperimentazione partita nel primo trimestre 2022)
	DOMICILIARITA' INNOVATIVA	immobile situato a Vegnacco di Reana, convenzione stipulata nell'agosto 2020, durata triennale,	Tarcento	CASA DI TINO	Caacità massima 9 persone, attualmente presenti, 9 persone
	ABITARE POSSIBILE	immobile situato a Tavagnacco, convenzione stipulata nel corso del 2020 della durata triennale, fra l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, il Comune di Tavagnacco e l'ente gestore del Servizio Sociale	Udine	ABITARE POSSIBILE A TAVAGNACCO	Capacità massima 15 persone, in fase di avvio
	DOMICILIARITA' INNOVATIVA	Immobile situato a Gonars, la prima convenzione, stipulata nel 2017, è scaduta.	Cervignano	CASA GANDIN	Sperimentazione mai iniziata come residenziale. (Nessun ospite presente)
ASUGI	ABITARE POSSIBILE	COME DA DGR 671/2015 e DGR 2089/2017	VIA VALDIRIVO, 11	CASA CARATTI - PRO SENECTUTE	10

	DOMICILIARITA' INNOVATIVA	COME DA DGR 671/2015 e DGR 2089/2017	VIA BASEGGIO, 75	COOPERATIVA LIBRA	2
	DOMICILIARITA' INNOVATIVA	come da DGR 671 15/04/2015	4 appartamenti di civile abitazione	Via Campo Marzio 22; Via San Francesco 58; Via Carducci 12; Via del Monte 1.	20
	DOMICILIARITA' INNOVATIVA	Appartamento di Convivenza assistita che accoglie 5 persone, di cui 3 con Assegno di accompagnamento e FAP, con caratteristiche diverse dai progetti inclusi nelle linee regionali. L'appartamento è assegnato da Atrer in base alla LR 15/2004, sono stati individuati famigliari referenti che gestiscono i contratti con le assistenti familiari. Il Distretto garantisce un infermiere di riferimento, 1 OSS di riferimento. ASUGI si fa carico del pagamento delle utenze e del canone di locazione	1 appartamenti di civile abitazione	Via Valmaura, 55 int. 5	5
	DOMICILIARITA' INNOVATIVA	come da DGR 671 15/04/2015	3 appartamenti di civile abitazione	Via Gatteri n. 29/3p; via Gatteri n. 29/4p; P.zza Goldoni n. 5	8
<b>ASFO</b>	ABITARE POSSIBILE	obbiettivo di ridurre e prevenire l'istituzionalizzazione delle persone anziane fragili o non autosufficienti e delle persone con disabilità attraverso forme innovative di domiciliarità a carattere comunitario, volte a evitare l'isolamento sociale, l'esclusione e lo sradicamento dalla comunità di appartenenza, favorire l'autonomia e la partecipazione della famiglia e della comunità	Distretto Noncello	Opera Sacerdozio Regale- Casa Betania	5

Tabella 37 -

### 3.8 SPECIALI UNITA' DI ASSISTENZA PROTRATTA - SUAP

Tra gli standard di personale per la SUAP, sono stati inseriti anche quelli previsti dal decreto 1704/2017 del Direttore dell'Area dei servizi di assistenza ospedaliera della DCS, che tuttavia non costituisce vincolo per gli Enti del Servizio sanitario regionale, né in eccesso, né in difetto, come precisato nel decreto medesimo.

DISCIPLINA DI RIFERIMENTO	STANDARD POSTI LETTO	STANDARD DI PERSONALE DA IMPIEGARE IN OGNI SUAP
DGR 1965/2021	0,05 POSTI LETTO PER 1000 ABITANTI	-
DECRETO 1704/2017 DIRETTORE DELL'AREA DEI SERVIZI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DELLA DCS	-	MEDICO: 20 MINUTI/DIE PER PAZIENTE
		INFERMIERE: 120 MINUTI/DIE PER PAZIENTE
		OPERATORE SOCIO SANITARIO: 120 MINUTI/DIE PER PAZIENTE
		FISIOTERAPISTA: 30 MINUTI/DIE PER PAZIENTE

Tabella 38 -

AZIENDA	POPOLAZIONE*	NUMERO POSTI LETTO DA ATTIVARE*	NUMERO POSTI LETTO ATTIVATI	NUMERO POSTI DA ATTIVARE A COMPLETAMENTO (DGR 321/2022) AL 11/03/2022	NUMERO POSTI DA ATTIVARE AL 15/05/2022
ASUFC	526.474	26	10	43	16
ASUGI	369.289	18	18		0
ASFO	310.502	16	0		16
TOTALE	1.206.265	60	28		32

\*dato disciplinato nella DGR 1965/2021

Tabella 39 -

La Sezione ha evidenziato che dal raffronto dei dati contenuti nella delibera della Giunta regionale 321/2022 e i dati trasmessi dalle Aziende, fra l'11 marzo e il 15 maggio 2022 parrebbe siano stati attivati complessivamente 11 posti letto.

A seguito del contraddittorio la DCS si è impegnata a verificare il dato e a trasmettere un chiarimento sul punto.

In data 06/07/2022, con nota acquisita al prot. CdC n. 1344 del 07/07/2022, la DCS ha precisato che il dato comunicato dalle aziende si basa su un criterio di analogia delle strutture esistenti (di tipo riabilitativo) in grado di offrire l'assistenza necessaria per tale particolare tipologia di utenza, caratterizzata da un livello assistenziale mono o polivalente, dedicato alle disabilità gravi e gravissime da patologia neurologica con tempi di permanenza nelle SUAP di media/lunga durata, mentre la deliberazione della Giunta regionale 1965/2021 ne avrebbe definito il fabbisogno prospettico.

Tale aspetto verrà approfondito nelle successive fasi del controllo.

Sul territorio aziendale di ASUGI risultano attivati tutti i 18 posti letto previsti per i SUAP, come previsto dalla deliberazione della Giunta regionale 1965/2021.

Sul territorio aziendale di ASFO, invece, non risultano attivati posti letto SUAP.

SITUAZIONE SUAP AL 15/05/2022								
				PERSONALE IMPIEGATO (UNITA')				
UBICAZIONE DISTRETTUALE DELLA SUAP	DENOMINAZIONE DELLA SUAP	NUMERO POSTI LETTO ATTIVATI		INFERMIERI	MEDICI	TECNICI DELLA RIABILITAZIONE	OPERATORI SOCIO-SANITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO
<b>ASUFC</b>	GEMONA	Degenza intermedia polifunzionale	<b>10</b> (Il personale garantisce assistenza ad un totale di 16 PL)	<b>10</b>	<b>0,3</b>		<b>14</b>	
<b>ASUGI</b>	Ospedale di Gorizia Alto isontino	La sede di Gorizia accoglie persone con caratteristiche solo parzialmente riconducibili al SUAP: infatti il ricovero si protrae per molti anni non trovando collocazione in altra residenza o rientro al proprio domicilio	<b>8</b>	<b>9*</b>	<b>1 per RSA e SUAP</b>	<b>1</b>	<b>8*</b>	<b>0</b>
	Pineta del Carso - Distretto 1	Residenza gravi disabilità (La residenza accoglie persone con gravi/gravissime disabilità ad altissimo impegno assistenziale anche in situazione di instabilità clinica ( con diversi devices) e continuazione di percorso riabilitativo; quindi il 60% delle persone ricoverate non hanno le caratteristiche dei pazienti SUAP . Presente 1 neuropsicologo	<b>10</b>	<b>5,5</b>	<b>1</b>	<b>4,5</b>	<b>5,5</b>	<b>0</b>
<b>ASFO</b>	<b>Nessun SUAP attivato</b>							

Tabella 40 -

### 3.9 HOSPICE

Tra gli standard di personale per l'hospice sono stati inseriti anche quelli previsti dal decreto 1704/2017 del Direttore dell'Area dei servizi di assistenza ospedaliera della DCS, che tuttavia non costituisce vincolo per gli Enti del Servizio sanitario regionale, né in eccesso, né in difetto, come precisato nel decreto medesimo.

DISCIPLINA DI RIFERIMENTO	STANDARD POSTI LETTO	STANDARD DI PERSONALE DA IMPIEGARE IN OGNI HOSPICE
DGR 650/2013	-	MEDICO: 30 MINUTI/DIE PER PAZIENTE
		INFERMIERE: 180 MINUTI/DIE PER PAZIENTE
		OPERATORE SOCIO SANITARIO: 180 MINUTI/DIE PER PAZIENTE
		FISIOTERAPISTA: 7 MINUTI/DIE PER PAZIENTE
		PSICOLOGO: 8 MINUTI/DIE PER PAZIENTE
DECRETO 1704/2017 DIRETTORE DELL'AREA DEI SERVIZI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DELLA DCS	-	MEDICO: 30 MINUTI/DIE PER PAZIENTE
		INFERMIERE: 180 MINUTI/DIE PER PAZIENTE
		OPERATORE SOCIO SANITARIO: 180 MINUTI/DIE PER PAZIENTE
		FISIOTERAPISTA: 10 MINUTI/DIE PER PAZIENTE
DGR 1965/2021	0,1 POSTO LETTO PER 1000 ABITANTI RIENTRANTI NELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE	-
DM 71	8/10 POSTI LETTO OGNI 100.000 ABITANTI	-

Tabella 41 -

AZIENDA	POPOLAZIONE*	NUMERO POSTI LETTO DA ATTIVARE*	NUMERO POSTI ATTIVATI	NUMERO POSTI DA ATTIVARE A COMPLETAMENTO (DGR 321/2022) AL 11/03/2022	NUMERO POSTI DA ATTIVARE AL 15/05/2022
ASUFC	526.474	52	14	55	38
ASUGI	369.289	36	19		17
ASFO	310.502	30	20		10
TOTALE	1.206.265	118	53		65

\*dato disciplinato nella DGR 1965/2021

Tabella 42 -

La Sezione ha evidenziato che dal raffronto dei dati contenuti nella delibera della Giunta regionale 321/2022 2 i dati trasmessi dalle Aziende, fra l'11 marzo e il 15 maggio 2022 parrebbe che i posti letto siano diminuiti.

A seguito del contraddittorio la DCS si è impegnata a verificare il dato e a trasmettere un chiarimento sul punto.

In data 06/07/2022, con nota acquisita al prot. CdC n. 1344 del 07/07/2022, la DCS ha precisato che nel territorio regionale è presente un'offerta globale attuale teorica di 66 posti letto e che i dati comunicati dalle Aziende rappresentano la fotografia istantanea in una determinata giornata dei posti effettivamente disponibili, al netto di eventuali attivazioni/disattivazioni conseguenti sia a esigenze di natura organizzativa (alcuni posti letto sono stati convertiti in fase pandemica per accogliere pazienti Covid) sia a meccanismi legati alla contrattualistica con le strutture private accreditate.

Anche tale aspetto verrà approfondito nelle successive fasi del controllo.

ASUFC ha attivato 14 posti letto hospice, 7 a Udine e 7 a Latisana, sui 52 previsti.

ASUGI ha attivato 19 posti letto hospice, 14 a Trieste (Pineta del Carso) e 5 a Monfalcone (S.Polo) sui 36 previsti.

ASFO ha attivato 20 posti letto hospice, 10 presso il Distretto del Tagliamento e 10 presso la struttura accreditata convenzionata "via di Natale" presso il Distretto Dolomiti, sui 30 previsti.

### **3.10 STRUTTURE DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE EX ART. 26 DELLA LEGGE 833/1978**

La tabella che segue è meramente esplicativa delle strutture esistenti.

<b>SITUAZIONE STRUTTURE EX ART. 26 AL 15/05/2022</b>		
	<b>UBICAZIONE DISTRETTUALE DELLA STRUTTURA</b>	<b>DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA</b>
<b>ASUFC</b>	Distretto di Tarcento	Centro Medico Pedagogico Santa Maria dei Colli
	Distretto di Udine (sede principale e legale; sede secondaria distretto di Tolmezzo)	Comunità Piergiorgio Onlus
	Distretto di Tolmezzo	Comunità Rinascita Onlus
	Distretto di Udine (sede secondaria - sede principale a S.Vito al Tagliamento)	Associazione La Nostra Famiglia
<b>ASUGI</b>	ASUGI BASSO ISONTINO	OSPIZIO MARINO DI GRADO
	ASUGI GIULIANA	EUTONIA
<b>ASFO</b>	Distretto delle Dolomiti Friulane	Associazione Centro PROGETTO SPILIMBERGO
	Distretto del Tagliamento	ASSOCIAZIONE LA NOSTRA FAMIGLIA
	Distretto del Noncello	FRIULI RIABILITAZIONE SRL
	Distretto del Noncello	FONDAZIONE BAMBINI E AUTISMO
	Distretto del Noncello	STUDIO DI FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE BUSETTO & PONTEL
	Distretto del Livenza	Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare

Tabella 43 -



# INDICE

1	L'ORDINAMENTO STATALE DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE.....	7
1.1	L'assetto pre-Covid.....	7
1.1.1	Le nuove aziende.....	8
1.1.2	L'assetto organizzativo dei servizi territoriali.....	9
1.2	Assetto post Covid.....	15
1.3	Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).....	20
1.3.1	La missione 6 componente 1 (M6C1) reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: obiettivi generali e ambito/misure di intervento...	22
2	L'ORDINAMENTO REGIONALE DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE.	28
2.1	Assetto pre Covid.....	28
2.1.1	Le nuove aziende.....	30
2.1.2	L'assetto organizzativo del Servizio sanitario regionale.....	30
2.1.3	L'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS).....	41
2.2	Assetto post Covid.....	43
2.3	Il PNRR in Friuli Venezia Giulia.....	45
2.3.1	Le delibere 1965/2021 e 321/2022 e l'attuazione del PNRR.....	46
2.4	L'iter del c.d. d.m. 71 ora d.m. 77.....	54
3	Esito dell'istruttoria e del contraddittorio.....	58
3.1	ASSISTENZA MEDICA PRIMARIA.....	59
3.2	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - ADI.....	80
3.3	UNITA' SPECIALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (USCA) E INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITA'.....	84
3.4	CASA DELLA COMUNITA' - CDC.....	90
3.5	CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE - COT.....	93
3.6	OSPEDALI DI COMUNITA' (ODC)/RSA/POST-ACUTI.....	97
3.7	ALTERNATIVE ALLE STRUTTURE RESIDENZIALI: ABITARE POSSIBILE DOMICILIARITA' INNOVATIVA.....	106
3.8	SPECIALI UNITA' DI ASSISTENZA PROTRATTA - SUAP.....	108
3.9	HOSPICE.....	111
3.10	STRUTTURE DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE EX ART. 26 DELLA LEGGE 833/1978.....	112

## INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 - Elaborazione Corte dei conti sulla base di quanto previsto dall'Allegato 1 della deliberazione della Giunta regionale 1965/2021 .....	47
Tabella 2 - Tabella tratta dall'Allegato 2 della deliberazione della Giunta regionale 1965/2021 .....	54
Tabella 3 - .....	60
Tabella 4 - .....	62
Tabella 5 - .....	65
Tabella 6 - .....	66
Tabella 7 - .....	67
Tabella 8 - .....	69
Tabella 9 - .....	71
Tabella 10 - .....	79
Tabella 11 - .....	81
Tabella 12 - .....	82
Tabella 13 - .....	83
Tabella 14 - .....	83
Tabella 15 - .....	85
Tabella 16 - .....	85
Tabella 17 - .....	85
Tabella 18 - .....	89
Tabella 19 - .....	89
Tabella 20 - .....	90
Tabella 21 - .....	90
Tabella 22 - .....	90
Tabella 23 - .....	92
Tabella 24 - .....	92
Tabella 25 - .....	93
Tabella 26 - .....	95
Tabella 27 - .....	95
Tabella 28 - .....	97
Tabella 29 - .....	97
Tabella 30 - .....	98
Tabella 31 - .....	98
Tabella 32 - .....	98
Tabella 33 - .....	99
Tabella 34 - .....	102
Tabella 35 - .....	103
Tabella 36 - .....	106

Tabella 37 - .....	108
Tabella 38 - .....	109
Tabella 39 - .....	109
Tabella 40 - .....	110
Tabella 41 - .....	111
Tabella 42 - .....	111
Tabella 43 - .....	113

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

