

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 20 dicembre 2022, n. G18206

Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento.

OGGETTO: Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 “Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell’Art.1 comma 2 del citato provvedimento.

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

SU PROPOSTA del Dirigente dell’Area Rete Integrata del Territorio;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1, recante “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118: “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” e successive modifiche;

VISTO il DCA del 30 dicembre 2015, n. U00606, recante “Attuazione dei programmi operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l’altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. “Roma 1” e “Roma 2”. Soppressione delle AA.SS.LL. “Roma A”, “Roma B”, “Roma C”, “Roma E”. Ridenominazione delle AA.SS.LL. “Roma D” come “Roma 3”, “Roma F” come “Roma 4”, “Roma G” come “Roma 5” e “Roma H” come “Roma 6””;

VISTO il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante “Regolamento regionale di contabilità” che, ai sensi dell’articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’articolo 55 della l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;

VISTO l’Accordo, ai sensi dell’articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento “Piano Nazionale della Cronicità” di cui all’articolo 5, comma 21 dell’Intesa n. 62/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016;

VISTO il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018, avente ad oggetto “Adozione in via definitiva del piano di rientro “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA U00469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”;

VISTO il DCA del 25 giugno 2020 n. U00081 che ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano

di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti con il citato parere del 28 gennaio 2020 e definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 406 del 26 giugno 2020 recante “Preso d’atto e recepimento del Piano di Rientro denominato “Piano di riorganizzazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal Commissariamento” ed, in particolare, gli indirizzi volti a promuovere la presa in carico globale della persona attraverso la transizione dal modello di attesa a quello proattivo, l’integrazione tra i diversi setting di cura ed i professionisti, nonché il potenziamento delle strutture territoriali, da realizzare anche attraverso investimenti nell’innovazione tecnologica e nella telemedicina;

CONSIDERATO che con il verbale della riunione del 22 luglio 2020 il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ha ratificato l’uscita della Regione Lazio dal commissariamento;

VISTA la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale”;

VISTA la Deliberazione del Consiglio Regionale 22 dicembre 2020, n. 13 “Un nuovo orizzonte di progresso socioeconomico – Linee di indirizzo per lo sviluppo sostenibile e la riduzione delle disuguaglianze. Politiche pubbliche regionali ed europee 2021-2027”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale del 30 dicembre 2020, n. 1044 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria al dott. Massimo Annicchiarico;

VISTA la nota del Direttore Generale prot. n. 278021 del 30 marzo 2021, con la quale sono fornite le ulteriori modalità operative per la gestione del bilancio regionale 2021-2023;

CONSIDERATO che con Determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021 è stato adottato il Documento Tecnico denominato: “Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale del 21 dicembre 2021 n. 970, avente ad oggetto “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 16 dicembre 2021, n. 944, concernente “Ricognizione nell’ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del SSR, ai sensi dell’art. 20, comma 1, del d.lgs. n. 118 del 23/06/2011 e s.m.i. – Perimetro Sanitario – Esercizio Finanziario 2021”;

VISTA la Legge Regionale 30 dicembre 2021, n. 20, recante “Legge di stabilità regionale 2022”;

VISTA la Legge Regionale 30 dicembre 2021, n. 21, recante “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024”;

VISTA la Legge Regionale 30 dicembre 2021, n. 992, concernente “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024”. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento",

ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate ed in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2021, n. 993, concernente: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024. Approvazione del 'Bilancio finanziario gestionale', ripartito in capitoli di entrata e di spesa ed assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”, come modificata dalla deliberazione di Giunta regionale del 14 giugno 2022, n. 437;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 18 gennaio 2022, n. 8, concernente “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2022-2024 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”;

VISTA la nota del Direttore Generale prot. n. 262407 del 16 marzo 2022, con la quale sono fornite le ulteriori modalità operative per la gestione del bilancio regionale 2022-2024;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), trasmesso dal Governo Italiano alla Commissione Europea il 30 aprile 2021 ai sensi degli articoli 18 e seguenti del regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che definisce un quadro di investimenti e riforme a livello nazionale, con corrispondenti obiettivi e traguardi cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l'assegnazione di risorse finanziarie messe a disposizione dall'Unione Europea;

VISTO il Decreto Legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito con modificazioni dalla legge 1 luglio 2021, n. 101, recante: “Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti”, che approva il Piano Nazionale per gli investimenti complementari finalizzato ad integrare con risorse nazionali gli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e che, in ambito Salute, è focalizzato verso un ospedale sicuro e sostenibile ed, in particolare, verso il miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri;

VISTO il Decreto Legge n. 77 del 31 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla legge n. 108 del 29 luglio 2021, recante “Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”, nel quale, in ordine all'organizzazione della gestione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, vengono definiti i ruoli ricoperti dalle diverse amministrazioni coinvolte nonché le modalità di monitoraggio del Piano e del dialogo con le autorità europee e si prevedono misure di semplificazione che incidono in alcuni dei settori oggetto del PNRR, al fine di favorirne la completa realizzazione;

VISTO il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante “Misure urgenti per il rafforzamento delle capacità amministrative delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificata all'Italia dal Segretario generale del Consiglio con nota LT161/21 del 14 luglio 2021;

VISTO il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 6 agosto 2021 relativo all'assegnazione delle risorse finanziarie in favore di ciascuna Amministrazione titolare degli interventi PNRR e corrispondenti Milestone e Target previsti per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

CONSIDERATO che il PNRR, nell'ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" sostiene gli investimenti volti a rafforzare la capacità di erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, grazie al potenziamento e alla realizzazione di strutture territoriali, l'estensione dell'assistenza domiciliare, il coordinamento tra setting di cura, al fine di garantire la continuità dell'assistenza, lo sviluppo della telemedicina ed una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari;

CONSIDERATO, altresì, che nell'ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C2, il PNRR prevede investimenti mirati alla digitalizzazione dei DEA I e II Livello, investimenti riguardanti l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione, nonché investimenti mirati all'adozione e all'utilizzo FSE da parte delle Regioni;

VISTO l'articolo 17 Regolamento UE 2020/852 che definisce gli obiettivi ambientali, tra cui il principio di non arrecare un danno significativo (DNSH, "*Do no significant harm*"), e la Comunicazione della Commissione UE 2021/C 58/01 recante "Orientamenti tecnici sull'applicazione del principio 'non arrecare un danno significativo' a norma del regolamento sul dispositivo per la ripresa e la resilienza";

CONSIDERATI i principi trasversali previsti nel PNRR, quali, tra l'altro, il principio del contributo all'obiettivo climatico e digitale (c.d. tagging), il principio di parità e di genere e l'obbligo di protezione e valorizzazione dei giovani;

VISTA la Determinazione regionale GR3900-000013 del 6 settembre 2021 avente ad oggetto "Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione Salute. Istituzione del Gruppo di lavoro regionale e di Gruppi di lavoro tematici" con la quale:

- si istituisce il Gruppo di lavoro che opera in stretta collaborazione con le Aziende Sanitarie, presieduto dall'Assessore regionale alla Sanità ed Integrazione Socio-Sanitaria;
- si stabilisce che il Gruppo di lavoro si avvalga del supporto di Agenas, nella figura di un esperto individuato a seguito di specifico atto di convenzione, al fine di favorire il raccordo con gli indirizzi nazionali nella definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici per l'assistenza territoriale, nonché per assicurare connessioni con il progetto PonGov Cronicità;
- si stabilisce la possibilità di costituire, con successivi atti, opportuni gruppi di lavoro tematici, coordinati dai Dirigenti delle Aree di competenza della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria, finalizzati ad accompagnare la pianificazione, la realizzazione e la verifica degli interventi;

TENUTO CONTO che, con la suindicata Determinazione regionale GR3900-000013/2021, si stabilisce altresì che il Gruppo di lavoro garantisca che la pianificazione degli interventi e dei connessi investimenti, in attuazione del PNRR, si sviluppi secondo un quadro organico, integrato e sistemico di interventi, curando in particolare:

- la coerenza delle attività di programmazione con le indicazioni del livello nazionale ed il raccordo con lo stesso, nonché con le altre Direzioni regionali interessate;

- la ricognizione di pratiche, esperienze, progetti e sperimentazioni a livello locale, nella cornice dei principi ispiratori e degli indirizzi declinati nella Missione 6;
- l'identificazione della scalabilità degli interventi, la loro replicabilità a livello locale e la possibilità di sinergie;
- la promozione di iniziative volte a favorire lo sviluppo di modelli innovativi.

VISTE le Determinazioni regionali n. G01802 del 22 febbraio 2022 e n. G03633 del 28 marzo 2022 che aggiornano la composizione del suindicato Gruppo di lavoro regionale;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale del 9 novembre 2021, n. 755, recante “Governance operativa regionale per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC)”;

CONSIDERATO che il piano di programmazione regionale intende proseguire, implementare e completare la strategia e le azioni necessarie per il raggiungimento di obiettivi specifici che concorrono alla programmazione degli investimenti nella Sanità del Lazio per l’integrazione Ospedale - Territorio anche attraverso l’utilizzo dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 1005 del 30 dicembre 2021 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 – Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato”;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 1006 del 30 dicembre 2021 recante in oggetto “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Definizione del Piano del PNRR e del piano regionale integrato”;

VISTA la Determinazione regionale n. G16850 del 31 dicembre 2021 “Approvazione del documento "Documento di Programmazione ad interim degli interventi di riordino territoriale per l’implementazione del community care model: Principi, modelli e strumenti per favorire l’innovazione organizzativa nell’assistenza territoriale, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza””, con cui si è provveduto a dare l’avvio alla programmazione degli interventi di riordino territoriale;

CONSIDERATO che le risorse del PNRR e del PNC destinate alla realizzazione degli interventi sono state ripartite tra le Regioni e le Province autonome con Decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute “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. (22A01552)”, pubblicato su Gazzetta Ufficiale (GU Serie Generale n.57 del 09-03-2022);

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 75 del 25 febbraio 2022 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione) – Definizione del Piano regionale di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello, di cui al PNRR.”;

PRESO ATTO del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00057 del 21 aprile 2022 avente ad oggetto “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute – Componente M6C1 Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Componente M6C2.1 Investimenti 1.1 - Componente M6C2 Investimenti

1.2 - Componente M6C2.1 Investimento 1.1.1. e Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC). Nomina Soggetti Attuatori delegati” con il quale si è proceduto a nominare i Direttori Generali/Commissari straordinari pro tempore delle Aziende del SSR quali Soggetti Attuatori delegati all’esercizio delle competenze relative all’avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi attuativi degli obiettivi del PNRR e del Piano complementare riferiti alla Regione Lazio di cui alle deliberazioni della Giunta regionale del 30 dicembre 2021 nn. 1005, 1006 e 1007 e del 25 febbraio 2022 n. 75, ognuno per gli interventi di propria competenza;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, ed in particolare l’art. 1, comma 2, che prevede che le regioni e province autonome provvedano ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell’Assistenza territoriale entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 332 del 24 maggio 2022 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)”;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 “Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77””, che aggiornando il contenuto del Piano di cui alla determinazione n. G16850/2021 rappresenta un primo atto di recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell’art 1 comma 2 del citato provvedimento;

CONSIDERATO che il documento approvato con la sopracitata deliberazione analizza gli strumenti programmatici, i modelli organizzativi, le strutture, le funzioni e le figure professionali coinvolte nel percorso di riqualificazione della assistenza territoriale, con riferimento alle Case della Comunità ed agli Ospedali della Comunità, alla figura dell’Infermiere di Comunità, alle Unità di Continuità Assistenziali, al NEA 116117, alle Centrali Operative Territoriali, alla Transizione digitale e alla Presa in Carico attraverso il sistema integrato di offerta;

VISTA la Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022 recante “Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione Salute. Programmazione operativa degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643: aggiornamento del Gruppo di lavoro regionale e individuazione di gruppi di lavoro tematici”, con la quale si è proceduto ad istituire appositi gruppi di lavoro (work package), per un totale di 10 work package;

CONSIDERATO che la succitata Determinazione regionale G14215/2022 ha stabilito che il gruppo di lavoro regionale coordini ed armonizzi lo sviluppo di un percorso di lavoro volto a delineare azioni necessarie all’attuazione degli interventi di riordino della rete assistenziale territoriale della Regione Lazio, in applicazione delle Linee Guida generali approvate con la Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643, nonché al completamento del provvedimento generale di programmazione dell’Assistenza territoriale ai sensi del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77, articolo 1 comma 2;

VISTA la Determinazione regionale G16240 del 24 novembre 2022 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali Operative Territoriali

(COT) - 1.2.2.3 COT Device. Approvazione linee guida regionali per l'acquisto dei Device – COT”, che individua i requisiti tecnici minimi di interoperabilità tra i device e le piattaforme digitali di telemedicina nazionali e regionali, da utilizzare in fase di approvvigionamento dei device per le COT da parte delle Aziende destinatarie del finanziamento di cui alla DGR 332/2022;

RAVVISATA la necessità di elaborare ulteriori documenti per definire, con maggior dettaglio, le modalità operative con cui dare esecuzione alle indicazioni programmatiche, anche in ottemperanza a quanto previsto dall’art. 1 comma 2 del citato D.M. 77/2022, al fine di garantire uniformità tra le Aziende Sanitarie del SSR;

RITENUTO pertanto necessario, ai sensi dell’art. 1, comma 2, del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77, approvare i documenti “Atto di programmazione regionale quale recepimento del DM 77/2022 ad integrazione della DGR 643/2022” e “Atto di programmazione della riorganizzazione dell’esercizio delle attività professionali tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali (in attuazione delle previsioni degli Accordi Collettivi Nazionali vigenti e della D.G.R. 643/2022)”, Allegati n. 1 e n. 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare i documenti “Atto di programmazione regionale quale recepimento del DM 77/2022 ad integrazione della DGR 643/2022” e “Atto di programmazione della riorganizzazione dell’esercizio delle attività professionali tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali (in attuazione delle previsioni degli Accordi Collettivi Nazionali vigenti e della D.G.R. 643/2022)”, Allegati n. 1 e n. 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

La presente determina sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al Tribunale Amministrativo Regionale da presentarsi entro 60 (sessanta) giorni dalla notifica, ovvero, in via alternativa, al Presidente della Repubblica entro 120 (centoventi) giorni.

IL DIRETTORE

Massimo Annicchiarico

Allegato 1



**REGIONE
LAZIO**

Atto di programmazione regionale quale recepimento del DM 77/2022 ad integrazione della DGR 643/2022

INDICE

1	RECEPIMENTO STANDARD DM 77/2022.....	4
1.1	Casa della Comunità	4
1.1.1	Standard organizzativi.....	5
1.1.2	Standard tecnologici e strutturali	5
1.2	Centrale Operativa Territoriale	7
1.2.1	Standard organizzativi.....	7
1.2.2	Standard tecnologici e strutturali	7
1.3	Centrale Operativa 116117	8
1.3.1	Standard organizzativi.....	8
1.3.2	Standard tecnologici e strutturali	8
1.3.3	Implementazione della CO 116117 nella Regione Lazio	8
1.3.4	Standard organizzativi della CO 116117 nella Regione Lazio	9
1.3.5	Elementi qualificanti derivanti dalla pregressa esperienza del numero verde regionale, della centrale di monitoraggio clinico e della centrale di continuità di assistenziale di Roma e provincia... 9	
1.4	Unità di Continuità Assistenziale	10
1.4.1	Standard organizzativi	10
1.4.2	Standard tecnologici e strutturali.....	10
1.5	Assistenza Domiciliare	11
1.5.1	Standard organizzativi	11
1.5.2	Standard tecnologici e strutturali.....	11
1.6	Ospedale di Comunità.....	12
1.6.1	Standard organizzativi.....	12
1.6.2	Standard tecnologici e strutturali.....	12
1.7	Rete delle cure palliative	13
1.7.1	Standard organizzativi.....	13
1.7.2	Requisiti tecnologici e strutturali.....	13
1.8	Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie	15
1.8.1	Standard organizzativi	15
1.8.2	Standard tecnologici e strutturali	15
1.9	Prevenzione in ambito sanitario, ambientale climatico.....	16
1.9.1	Standard organizzativi	16

1.9.2	Funzioni.....	16
1.9.3	Strumenti tecnologici e strutturali.....	17
1.10	Telemedicina e Sistemi di qualità	18
1.10.1	Standard	18
2	DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE PER GARANTIRE LE FUNZIONI PREVISTE IN APPLICAZIONE DEL DM 77/2022	20
3	IL PIANO FORMATIVO	27
3.1.1	La formazione degli IFEC.....	27
3.1.2	La formazione delle altre figure professionali.	29
4	CRONOPROGRAMMA ATTUATIVO	30
5	MODALITÀ DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE	35

1 RECEPIMENTO STANDARD DM 77/2022

Con Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 (*«Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»*), nell'ambito degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sono stati forniti a livello nazionale degli indirizzi e delle prescrizioni in merito all'identificazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico (cfr. Allegato 1 e Allegato 2).

In particolare, all'art. 1, comma 2, del summenzionato decreto è stato previsto che *«Le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del presente provvedimento»*.

In attuazione di quanto sopra previsto, nell'ambito delle azioni di prosecuzione, implementazione e completamento della strategia per il raggiungimento degli obiettivi specifici che concorrono alla realizzazione degli investimenti nella Sanità della Regione Lazio attraverso l'utilizzo dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza («PNRR»), con Deliberazione della Giunta Regionale 26 luglio 2022, n. 643 è stato approvato il documento *«Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77»*.

Il documento di programmazione di cui sopra ha individuato gli indirizzi definiti dalla Regione Lazio per l'attuazione degli interventi relativi alla Casa della Comunità («CdC»), agli Ospedali di Comunità («OdC»), alle Centrali Operative Territoriali («COT»), alle attività dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità («IFeC»), alla Centrale Operativa 116117, alle Unità di Continuità Assistenziale («UCA») e alla transizione digitale, previsti all'interno della Missione 6 Salute del PNRR e del D.M. 77/2022.

Ai sensi di quanto previsto dall'art.1, comma 2, del D.M. 77/2022, con il presente atto, ad integrazione di quanto già disposto con la D.G.R. 643/2022, si adottano formalmente gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, relativamente agli interventi individuati all'interno del perimetro della Missione 6 Salute del PNRR e dal precedente documento di programmazione.

1.1 Casa della Comunità

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 subordinatamente alla sottoscrizione della Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'Accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

1.1.1 Standard organizzativi

Si indicano di seguito le caratteristiche del modello organizzativo adottato dalla Regione Lazio in ottemperanza alle previsioni di cui al D.M. 77/2022 e al relativo Allegato 2, avente natura prescrittiva:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- personale per 1 Casa di Comunità *hub*: 7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Tabella 1. Servizi presenti nella Casa di Comunità.

Obbligatorietà dei servizi offerti dai modelli organizzativi delle Case della Comunità <i>hub</i> e <i>spoke</i>		
Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento		OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7	OBBLIGATORIO H24, 7/7
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H24, 7/7	OBBLIGATORIO H24, 7/7
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO

1.1.2 Standard tecnologici e strutturali

Si individuano di seguito le caratteristiche tecnologiche e strutturali garantite:

- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro) anche attraverso strumenti di telemedicina.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda alla DGR 643/2022 e ai seguenti documenti tecnici nazionali di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private

- Accordo Stato-Regioni sancito il 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR) recante Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante Piano Nazionale della Cronicità
- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025

1.2 Centrale Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello/strumento organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

1.2.1 Standard organizzativi

Si indicano di seguito le caratteristiche del modello organizzativo adottato dalla Regione Lazio in ottemperanza alle previsioni di cui al D.M. 77/2022 e al relativo Allegato 2, avente natura prescrittiva:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- standard di personale: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella relazione tecnica di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;
- operatività 7 giorni su 7.

1.2.2 Standard tecnologici e strutturali

Si individuano di seguito le caratteristiche tecnologiche e strutturali garantite:

- Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina;
- infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale;
- software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate;
- sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda alla DGR 643/2022 e ai seguenti documenti tecnici nazionali di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante Piano Nazionale della Cronicità

1.3 Centrale Operativa 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

1.3.1 Standard organizzativi

Si indicano di seguito le caratteristiche del modello organizzativo adottato dalla Regione Lazio in ottemperanza alle previsioni di cui al D.M. 77/2022 e al relativo Allegato 2, avente natura prescrittiva:

- 1 Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale;
- servizio aperto, gratuito e attivo 24h 7 giorni su 7.

1.3.2 Standard tecnologici e strutturali

Si individuano di seguito le caratteristiche tecnologiche e strutturali garantite:

- Servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per le cure mediche non urgenti (prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale);
- raccordo con strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilità.

1.3.3 Implementazione della CO 116117 nella Regione Lazio

Con la determinazione n. G08814 del 24/07/2020 la Regione Lazio ha approvato il Progetto di attivazione del Numero Europeo Armonizzato 116117, di cui all'Accordo Stato-Regioni (Rep. Atti n. 221/CSR del 24 novembre 2016), recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117".

L'attuazione del progetto, dopo approvazione da parte del Ministero della Salute (Nota Dg progs n. 0015758 del 31 luglio 2020) è stata affidata dalla Regione ad ARES 118 che, in linea con quanto atteso, ha programmato l'avvio delle principali iniziative previste per la sua realizzazione.

Sulla base dell'esperienza acquisita nel corso della emergenza pandemica con la gestione del numero verde 800-118-800 per il supporto telefonico alle attività sanitarie e socio-sanitarie non urgenti, e dall'analisi dei dati di utilizzo, si è ritenuto di apportare alcune modifiche al progetto approvato, relativamente alla tipologia di personale da acquisire ed al numero delle centrali operative regionali:

Tipologia del Personale: Nella fase di progettazione/sperimentazione era stato definito un dimensionamento del personale e delle relative postazioni di lavoro basato sul reclutamento e l'utilizzo di personale Operatore Tecnico Laico assunto da ARES 118, formato a particolari compiti e funzioni.

Ares 118, sulla scorta dell'esperienza effettuata nel lungo periodo dalla centrale di ascolto della Continuità assistenziale, della citata esperienza legata al Numero verde regionale e all'attività del Monitoraggio Clinico, ritiene che la prevista presenza di personale medico, per lo svolgimento delle attività relative al

NEA 116117, e la collaborazione con le altre professionalità sia imprescindibile per il raggiungimento di obiettivi qualitativamente efficaci.

Analogamente, sulla base dell'esperienza del periodo 2020-2022, che ha visto l'inserimento progressivo dell'Infermiere nelle attività del Numero verde Regionale prima, e successivamente nel Monitoraggio Clinico per concludersi con l'introduzione nelle attività della Centrale di Continuità Assistenziale, si ritiene che tale professionalità possa pienamente rispondere alle esigenze del servizio in piena integrazione con il personale medico soprattutto nell'ottica di una domanda di carattere assistenziale che vede nel coinvolgimento della professione infermieristica uno dei principali professionisti interessati e responsabili della risposta al bisogno espresso.

In ordine all'organizzazione funzionale delle Centrali Operative 116117 è di conseguenza prevista la presenza di personale infermieristico e personale Medico, dimensionato a seconda del bacino di utenza relativo alla singola Centrale Operativa.

1.3.4 Standard organizzativi della CO 116117 nella Regione Lazio

Al fine di realizzare il servizio di Centrale Operativa 116117, si prevede la definitiva istituzione nella Regione Lazio di n. 2 Centrali operative, anziché n. 3 come previsto dal progetto iniziale :

- CO - NEA 116117, ROMA e PROVINCIA
- CO - NEA 116117 PROVINCE LAZIALI

La disponibilità di due Centrali Operative deve prevedere la funzione di back up reciproca in caso di crash operativo di una delle due, con separazione locale dei sistemi riducendo la possibilità di fault complessivo del sistema.

1.3.5 Elementi qualificanti derivanti dalla pregressa esperienza del numero verde regionale, della centrale di monitoraggio clinico e della centrale di continuità di assistenziale di Roma e provincia

La complessità dell'attività svolta dall'inizio della pandemia ad oggi nell'ambito delle diverse tipologie di servizi, Centrale operativa di Continuità assistenziale, Numero verde regionale e Monitoraggio Clinico, Supporto psicologico, ha favorito nuove modalità organizzative e gestionali, caratterizzate in particolare dalla flessibilità, che hanno permesso di acquisire conoscenze utili e di intraprendere nuove iniziative.

Alla luce delle esperienze maturate e dai dati di attività rilevati nonché dal riscontro del gradimento da parte degli utenti, si ritiene che tali attività costituiscano di fatto la base per l'avvio del numero 116117 e possano confluire pertanto, nelle centrali NEA 116117 dalla data di attivazione del servizio.

Per le Centrali operative NEA 116117 sono previste 4 aree di attività:

1. area informativa,
2. area monitoraggio clinico,
3. area continuità assistenziale,
4. area di supporto psicologico.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda alla DGR 643/2022 e ai seguenti documenti tecnici nazionali di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
- Accordo Stato-Regioni sancito il 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR) recante Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117

1.4 Unità di Continuità Assistenziale

L'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e la cui gestione determina una comprovata difficoltà operativa.

1.4.1 Standard organizzativi

Si indicano di seguito le caratteristiche del modello organizzativo adottato dalla Regione Lazio in ottemperanza alle previsioni di cui al D.M. 77/2022 e al relativo Allegato 2, avente natura prescrittiva:

- 1 Unità di Continuità Assistenziale ogni 100.000 abitanti;
- standard di personale: 1 medico e 1 infermiere, può essere integrata con altre figure professionali sanitarie nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale;
- sede operativa: Casa della Comunità *Hub*

1.4.2 Standard tecnologici e strutturali

Si individuano di seguito le caratteristiche tecnologiche e strutturali garantite:

- Strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e la collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP;
- Supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri;
- dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati;
- dotata di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

Per quanto non esplicitato in questo documento si rimanda alla DGR 643/2022.

1.5 Assistenza Domiciliare

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

1.5.1 Standard organizzativi

Si indicano di seguito le caratteristiche del modello organizzativo adottato dalla Regione Lazio in ottemperanza alle previsioni di cui al D.M. 77/2022 e al relativo Allegato 2, avente natura prescrittiva:

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente;
- indicatore di Monitoraggio della presa in carico in Assistenza Domiciliare - % di pazienti over65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA);
- continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

1.5.2 Standard tecnologici e strutturali

Si individuano di seguito le caratteristiche tecnologiche e strutturali garantite:

- Alimentazione del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD) attraverso il Sistema informativo regionale SIATESS;
- interfaccia e raccordo con la Centrale Operativa Territoriale attraverso piattaforme digitali, che facilitino l'inserimento dei dati dell'assistito nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai DCA 283/2017, 95/2018, 525/2019 , 36 2020 e s.m.i e ai seguenti documenti tecnici nazionali di riferimento:

- Intesa Stato Regioni 4 agosto 2021 Atto rep. 151/2021 sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178".
- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

1.6 Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero 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 dell'autonomia della persona e dei propri familiari nel fornire assistenza, più prossimi al domicilio.

1.6.1 Standard organizzativi

Si indicano di seguito le caratteristiche del modello organizzativo adottato dalla Regione Lazio in ottemperanza alle previsioni di cui al D.M. 77/2022 e al relativo Allegato 2, avente natura prescrittiva:

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7;
- operativa 7 giorni su 7;
- assistenza infermieristica garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7;
- l'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

1.6.2 Standard tecnologici e strutturali

Si individuano di seguito le caratteristiche tecnologiche e strutturali garantite:

- Sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie attraverso la cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE;
- sistemi di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina;
- disponibilità di locali idonei attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative. Flusso informativo per rilevare le prestazioni erogate dagli OdC;
- presenza di: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda alla DGR 643/2022 e all'Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) recante *Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità*.

1.7 Rete delle cure palliative

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O.), ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

1.7.1 Standard organizzativi

Si indicano di seguito le caratteristiche del modello organizzativo adottato dalla Regione Lazio in ottemperanza alle previsioni di cui al D.M. 77/2022 e al relativo Allegato 2, avente natura prescrittiva:

- 1 di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice, 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- standard di personale: nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dell'assistenza è assicurata: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un'équipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari(CPD) - da un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

1.7.2 Requisiti tecnologici e strutturali

Si individuano di seguito le caratteristiche tecnologiche e strutturali garantite:

- Definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
- raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda alla DGR 214/2022, alla Determinazione della Direzione Salute n°GG07195 del 06/06/2022 e ai seguenti documenti tecnici nazionali di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. Atti 151/CSR) recante Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cura palliative e della terapia del dolore.

- accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020, (Rep. Atti n. 118/CSR), recante Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38;
- accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 (Rep. Atti n. 30/CSR) recante Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38.

1.8 Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla, promozione della salute, protezione, prevenzione, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (compresa la gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento.

1.8.1 Standard organizzativi

Si indicano di seguito le caratteristiche del modello organizzativo adottato dalla Regione Lazio in ottemperanza alle previsioni di cui al D.M. 77/2022 e al relativo Allegato 2, avente natura prescrittiva:

- 1 consultorio familiare (CF) ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

1.8.2 Standard tecnologici e strutturali

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda al DCA 152/2014 al seguente documento tecnico nazionale di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

1.9 Prevenzione in ambito sanitario, ambientale climatico

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

1.9.1 Standard organizzativi

- Standard massimo di popolazione per Dipartimenti di Prevenzione 1: 500.000 abitanti;
- presenza di risorse multidisciplinari per lo svolgimento delle funzioni del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito delle disponibilità previste dalla legislazione vigente;
- per la sorveglianza delle malattie infettive in uno scenario di pre-allerta epidemica, potrà essere prevista la strutturazione di 1 team multisettoriale per fronteggiare le emergenze pandemiche, con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261 della legge n. 234/2021.

1.9.2 Funzioni

Il Dipartimento di prevenzione assicura le seguenti funzioni:

- Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale; g) Attività medico legali per finalità pubbliche.

Il Dipartimento di prevenzione opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovrintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali.

Il Dipartimento assicura:

- supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc;

- supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità;
- supporto, nell'ambito delle predette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi;
- raccordo con gli altri Enti preposti, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro;
- raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona.

1.9.3 *Strumenti tecnologici e strutturali*

- Sistemi di sorveglianza di popolazione

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda al Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 adottato con DGR 970 del 21/12/2021 e ai seguenti documenti tecnici nazionali di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2002 (Rep. Atti n. 1493/2002) recante "*Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali*".
- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante *Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025*.

1.10 Telemedicina e Sistemi di qualità

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

1.10.1 Standard

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
- supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
- supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

- produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;
- integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonché dei Piani Terapeutici Elettronici;
- produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, ecc.);
- interoperare con il repository centrale del FSE, una volta realizzato, al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;



- interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.

Le strutture territoriali ed intermedie adottano standard di qualità e documentano in merito alla gestione del rischio clinico; ai protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo; alla documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei caregiver; alla formazione continua e interprofessionale del personale.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda alla DGR 643/2022 e ai seguenti documenti tecnici nazionali di riferimento:

- Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR) recante *Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali*;
- accordo Stato-Regioni sancito il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR) Recante;
- *Decreto Ministeriale del 21 settembre 2022 "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio"*

2 DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE PER GARANTIRE LE FUNZIONI PREVISTE IN APPLICAZIONE DEL DM 77/2022

I fabbisogni di personale necessari per assicurare la piena funzionalità della riorganizzazione territoriale prevista in applicazione del DM 77/2022 sono stati desunti dagli standard indicati dal citato provvedimento rapportandoli alla popolazione della Regione Lazio al 01/01/2022 e alla numerosità delle diverse funzioni/strutture da attivare. Tale fabbisogno complessivo sarà necessariamente rimodulato nel tempo sia considerando la necessaria progressività nella attivazione delle diverse funzioni/strutture sia effettuando una opportuna considerazione rispetto alle risorse umane potenzialmente riallocabili a seguito di dismissione/rimodulazione delle tipologie di servizi in fase di riorganizzazione.

Per l'attivazione delle **Case di Comunità**, che Regione Lazio ha programmato nel numero di 135, di cui 107 HUB e 28 Spoke, si stima che il fabbisogno di infermieri da impiegare in queste strutture per le funzioni in esse assicurate sia per tutta la regione di 1373 unità. Il personale di supporto tra OSS e amministrativi da impiegare in tali strutture è di 996 unità mentre il fabbisogno di Assistenti Sociali è stimato in 135 unità.

Per le **Unità di Continuità Assistenziale** sono da prevedere almeno 58 medici e 58 infermieri da dedicare a questa funzione.

Per la funzione di infermieristica di famiglia e/o comunità (**IFeC**) sono da prevedere 1905 unità di personale.

Per le 59 **Centrali Operative Territoriali** da attivare sono da prevedere 59 coordinatori infermieristici e 295 infermieri e 118 tra assistenti sociali e personale di supporto amministrativo.

Per i 36 **Ospedali di Comunità** programmati è necessario assicurare 972 ore di assistenza medica settimanale pari ad almeno 27 medici FTE, 36 coordinatori infermieristici, 288 infermieri, 216 OSS e 72 terapisti della riabilitazione.

Per le due **Centrali Operative 116117** sono necessari 2 coordinatori medici, 3 coordinatori infermieristici, almeno 44 medici FTE, 93 infermieri, 6 psicologi e 6 amministrativi.

Nelle tabelle che seguono si esplicita il dettaglio per le singole aziende o per le singole articolazioni organizzative del fabbisogno di personale stimato come necessario per l'attuazione della riorganizzazione territoriale in atto.

Tabella 2. Fabbisogno espresso per le Case della Comunità

Fabbisogno di personale DM 77/2022					Case delle Comunità		
ASL	Distretto/ Struttura	Popolazione residente 1° gennaio 2022	Casa della Comunità HUB	Casa della Comunità Spoke	Infermieri	Assistente Sociale	Supporto (Amm.vo e Sociosanitario)
ASL ROMA 1	1	163.054	5	-	55	5	40
ASL ROMA 1	2	162.073	3	-	33	3	24
ASL ROMA 1	3	200.112	2	1	29	3	21
ASL ROMA 1	13	128.698	2	2	36	4	26
ASL ROMA 1	14	186.448	2	-	22	2	16
ASL ROMA 1	15	156.670	2	-	22	2	16
ASL ROMA 2	4	168.720	3	1	40	4	29
ASL ROMA 2	5	234.302	4	-	44	4	32
ASL ROMA 2	6	237.176	5	-	55	5	40
ASL ROMA 2	7	305.950	3	-	33	3	24
ASL ROMA 2	8	126.652	2	1	29	3	21
ASL ROMA 2	9	179.437	3	-	33	3	24
ASL ROMA 3	Fiumicino	80.625	-	-	-	-	-
ASL ROMA 3	X Municipio	224.716	3	-	33	3	24
ASL ROMA 3	XI Municipio	150.240	3	-	33	3	24
ASL ROMA 3	XII Municipio	137.384	-	2	14	2	10
ASL ROMA 3	IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 4	1	78.708	2	1	29	3	21
ASL ROMA 4	2	77.641	2	-	22	2	16
ASL ROMA 4	3	55.116	1	1	18	2	13
ASL ROMA 4	4	109.488	2	2	36	4	26
ASL ROMA 5	G1	95.947	3	2	47	5	34
ASL ROMA 5	G2	125.683	2	-	22	2	16
ASL ROMA 5	G3	80.187	1	1	18	2	13
ASL ROMA 5	G4	31.508	2	3	43	5	31
ASL ROMA 5	G5	83.416	1	2	25	3	18
ASL ROMA 5	G6	73.910	1	2	25	3	18
ASL ROMA 6	1	96.986	2	-	22	2	16
ASL ROMA 6	2	103.781	3	-	33	3	24
ASL ROMA 6	3	84.489	2	-	22	2	16
ASL ROMA 6	4	111.984	1	-	11	1	8
ASL ROMA 6	5	65.318	1	-	11	1	8
ASL ROMA 6	6	106.212	2	-	22	2	16
ASL FROSINONE	A	87.573	2	1	29	3	21
ASL FROSINONE	B	173.511	5	-	55	5	40
ASL FROSINONE	C	95.069	4	1	51	5	37
ASL FROSINONE	D	112.285	4	-	44	4	32
ASL LATINA	1	121.861	2	-	22	2	16
ASL LATINA	2	175.705	3	2	47	5	34
ASL LATINA	3	55.483	1	-	11	1	8
ASL LATINA	4	107.837	1	2	25	3	18
ASL LATINA	5	104.954	4	-	44	4	32
ASL RIETI	1	90.223	3	-	33	3	24
ASL RIETI	2	60.466	1	1	18	2	13
ASL VITERBO	A	95.428	5	-	55	5	40
ASL VITERBO	B	95.335	1	-	11	1	8
ASL VITERBO	C	116.829	1	-	11	1	8
Totale Regione		5.715.190	107	28	1.373	135	996

Tabella 3. Fabbisogno espresso per gli Ospedali di Comunità

Fabbisogno di personale DM 77/2022			Ospedale di Comunità					
ASL	Distretto/ Struttura	Popolazione residente 1° gennaio 2022	Ospedale di Comunità	Medico (ore settimanali)	Coord. Infermieristico	Infermiere	Operatore Sociosanitario	Riabilitatore
ASL ROMA 1	1	163.054	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 1	2	162.073	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 1	3	200.112	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 1	13	128.698	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 1	14	186.448	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 1	15	156.670	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 1	Policlinico Umberto I	-	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 1	AOU Sant'Andrea	-	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 1	AO San Giovanni Addolorata	-	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 2	4	168.720	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 2	5	234.302	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 2	6	237.176	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 2	7	305.950	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 2	8	126.652	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 2	9	179.437	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 3	Fiumicino	80.625	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 3	X Municipio	224.716	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 3	XI Municipio	150.240	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 3	XII Municipio	137.384	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 3	IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani	-	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 4	1	78.708	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 4	2	77.641	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 4	3	55.116	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 4	4	109.488	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 5	G1	95.947	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 5	G2	125.683	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 5	G3	80.187	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 5	G4	31.508	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 5	G5	83.416	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 5	G6	73.910	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 6	1	96.986	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 6	2	103.781	2	54	2	16	12	4
ASL ROMA 6	3	84.489	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 6	4	111.984	1	27	1	8	6	2
ASL ROMA 6	5	65.318	-	-	-	-	-	-
ASL ROMA 6	6	106.212	1	27	1	8	6	2
ASL FROSINONE	A	87.573	1	27	1	8	6	2
ASL FROSINONE	B	173.511	2	54	2	16	12	4
ASL FROSINONE	C	95.069	1	27	1	8	6	2
ASL FROSINONE	D	112.285	2	54	2	16	12	4
ASL LATINA	1	121.861	1	27	1	8	6	2
ASL LATINA	2	175.705	-	-	-	-	-	-
ASL LATINA	3	55.483	1	27	1	8	6	2
ASL LATINA	4	107.837	-	-	-	-	-	-
ASL LATINA	5	104.954	2	54	2	16	12	4
ASL RIETI	1	90.223	1	27	1	8	6	2
ASL RIETI	2	60.466	1	27	1	8	6	2
ASL VITERBO	A	95.428	1	27	1	8	6	2
ASL VITERBO	B	95.335	-	-	-	-	-	-
ASL VITERBO	C	116.829	1	27	1	8	6	2
Totale Regione			36	972	36	288	216	72

Tabella 4. Fabbisogno espresso per le Centrali Operative Territoriali

Fabbisogno di personale DM 77/2022			Centrale Operativa Territoriale			
ASL	Distretto/ Struttura	Popolazione residente 1° gennaio 20	Coord. Infermieristic	Infermiere	Personale di Suppo	
ASL ROMA 1	1	163.054	2	10	4	
ASL ROMA 1	2	162.073	1	5	2	
ASL ROMA 1	3	200.112	1	5	2	
ASL ROMA 1	13	128.698	1	5	2	
ASL ROMA 1	14	186.448	1	5	2	
ASL ROMA 1	15	156.670	1	5	2	
ASL ROMA 1	Policlinico Umberto I	-	1	5	2	
ASL ROMA 1	AOU Sant'Andrea	-	1	5	2	
ASL ROMA 1	AO San Giovanni Addolorata	-	1	5	2	
ASL ROMA 2	4	168.720	1	5	2	
ASL ROMA 2	5	234.302	1	5	2	
ASL ROMA 2	6	237.176	2	10	4	
ASL ROMA 2	7	305.950	1	5	2	
ASL ROMA 2	8	126.652	1	5	2	
ASL ROMA 2	9	179.437	1	5	2	
ASL ROMA 2	Fondazione Policlinico Tor Vergata	-	1	5	2	
ASL ROMA 2	IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri	-	1	5	2	
ASL ROMA 3	Fiumicino	80.625	1	5	2	
ASL ROMA 3	X Municipio	224.716	3	15	6	
ASL ROMA 3	XI Municipio	150.240	1	5	2	
ASL ROMA 3	XII Municipio	137.384	-	-	-	
ASL ROMA 3	IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani	-	1	5	2	
ASL ROMA 4	1	78.708	1	5	2	
ASL ROMA 4	2	77.641	1	5	2	
ASL ROMA 4	3	55.116	1	5	2	
ASL ROMA 4	4	109.488	1	5	2	
ASL ROMA 5	G1	95.947	1	5	2	
ASL ROMA 5	G2	125.683	2	10	4	
ASL ROMA 5	G3	80.187	1	5	2	
ASL ROMA 5	G4	31.508	1	5	2	
ASL ROMA 5	G5	83.416	1	5	2	
ASL ROMA 5	G6	73.910	1	5	2	
ASL ROMA 6	1	96.986	1	5	2	
ASL ROMA 6	2	103.781	1	5	2	
ASL ROMA 6	3	84.489	1	5	2	
ASL ROMA 6	4	111.984	1	5	2	
ASL ROMA 6	5	65.318	1	5	2	
ASL ROMA 6	6	106.212	1	5	2	
ASL FROSINONE	A	87.573	1	5	2	
ASL FROSINONE	B	173.511	2	10	4	
ASL FROSINONE	C	95.069	1	5	2	
ASL FROSINONE	D	112.285	1	5	2	
ASL LATINA	1	121.861	1	5	2	
ASL LATINA	2	175.705	1	5	2	
ASL LATINA	3	55.483	1	5	2	
ASL LATINA	4	107.837	1	5	2	
ASL LATINA	5	104.954	1	5	2	
ASL RIETI	1	90.223	3	15	6	
ASL RIETI	2	60.466	1	5	2	
ASL VITERBO	A	95.428	1	5	2	
ASL VITERBO	B	95.335	1	5	2	
ASL VITERBO	C	116.829	1	5	2	
Totale Regione		5.715.190	59	295	118	

Tabella 5. Fabbisogno espresso per le Unità Continuità Assistenziali

Fabbisogno di personale DM 77/2022			Unità Continuità Assistenziali	
ASL	Distretto/ Struttura	Popolazione residente 1° gennaio 2022	Medico	Infermiere
ASL ROMA 1	1	163.054	2	2
ASL ROMA 1	2	162.073	2	2
ASL ROMA 1	3	200.112	2	2
ASL ROMA 1	13	128.698	1	1
ASL ROMA 1	14	186.448	2	2
ASL ROMA 1	15	156.670	2	2
ASL ROMA 2	4	168.720	2	2
ASL ROMA 2	5	234.302	2	2
ASL ROMA 2	6	237.176	2	2
ASL ROMA 2	7	305.950	3	3
ASL ROMA 2	8	126.652	1	1
ASL ROMA 2	9	179.437	2	2
ASL ROMA 3	Fiumicino	80.625	1	1
ASL ROMA 3	X Municipio	224.716	2	2
ASL ROMA 3	XI Municipio	150.240	2	2
ASL ROMA 3	XII Municipio	137.384	1	1
ASL ROMA 4	1	78.708	1	1
ASL ROMA 4	2	77.641	1	1
ASL ROMA 4	3	55.116	1	1
ASL ROMA 4	4	109.488	1	1
ASL ROMA 5	G1	95.947	1	1
ASL ROMA 5	G2	125.683	1	1
ASL ROMA 5	G3	80.187	1	1
ASL ROMA 5	G4	31.508	1	1
ASL ROMA 5	G5	83.416	1	1
ASL ROMA 5	G6	73.910	1	1
ASL ROMA 6	1	96.986	1	1
ASL ROMA 6	2	103.781	1	1
ASL ROMA 6	3	84.489	1	1
ASL ROMA 6	4	111.984	1	1
ASL ROMA 6	5	65.318	1	1
ASL ROMA 6	6	106.212	1	1
ASL FROSINONE	A	87.573	1	1
ASL FROSINONE	B	173.511	2	2
ASL FROSINONE	C	95.069	1	1
ASL FROSINONE	D	112.285	1	1
ASL LATINA	1	121.861	1	1
ASL LATINA	2	175.705	2	2
ASL LATINA	3	55.483	1	1
ASL LATINA	4	107.837	1	1
ASL LATINA	5	104.954	1	1
ASL RIETI	1	90.223	1	1
ASL RIETI	2	60.466	1	1
ASL VITERBO	A	95.428	1	1
ASL VITERBO	B	95.335	1	1
ASL VITERBO	C	116.829	1	1
Totale Regione		5.715.190	58	58

Tabella 6. Fabbisogno espresso per gli Infermieri di Comunità

Fabbisogno di personale DM 77/2022			Infermiere di Comunità
ASL	Distretto/ Struttura	Popolazione residente 1° gennaio 2022	Infermiere
ASL ROMA 1	1	163.054	54
ASL ROMA 1	2	162.073	54
ASL ROMA 1	3	200.112	67
ASL ROMA 1	13	128.698	43
ASL ROMA 1	14	186.448	62
ASL ROMA 1	15	156.670	52
ASL ROMA 2	4	168.720	56
ASL ROMA 2	5	234.302	78
ASL ROMA 2	6	237.176	79
ASL ROMA 2	7	305.950	102
ASL ROMA 2	8	126.652	42
ASL ROMA 2	9	179.437	60
ASL ROMA 3	Fiumicino	80.625	27
ASL ROMA 3	X Municipio	224.716	75
ASL ROMA 3	XI Municipio	150.240	50
ASL ROMA 3	XII Municipio	137.384	46
ASL ROMA 4	1	78.708	26
ASL ROMA 4	2	77.641	26
ASL ROMA 4	3	55.116	18
ASL ROMA 4	4	109.488	36
ASL ROMA 5	G1	95.947	32
ASL ROMA 5	G2	125.683	42
ASL ROMA 5	G3	80.187	27
ASL ROMA 5	G4	31.508	11
ASL ROMA 5	G5	83.416	28
ASL ROMA 5	G6	73.910	25
ASL ROMA 6	1	96.986	32
ASL ROMA 6	2	103.781	35
ASL ROMA 6	3	84.489	28
ASL ROMA 6	4	111.984	37
ASL ROMA 6	5	65.318	22
ASL ROMA 6	6	106.212	35
ASL FROSINONE	A	87.573	29
ASL FROSINONE	B	173.511	58
ASL FROSINONE	C	95.069	32
ASL FROSINONE	D	112.285	37
ASL LATINA	1	121.861	41
ASL LATINA	2	175.705	59
ASL LATINA	3	55.483	18
ASL LATINA	4	107.837	36
ASL LATINA	5	104.954	35
ASL RIETI	1	90.223	30
ASL RIETI	2	60.466	20
ASL VITERBO	A	95.428	32
ASL VITERBO	B	95.335	32
ASL VITERBO	C	116.829	39
Totale Regione		5.715.190	1.905

Tabella 7. Fabbisogno espresso per le Centrali Operative 116117

CO NEA 116117	COORDINATORI INFERMIERISTICI	COORDINATORI MEDICI	CPSI	MEDICI	PSICOLOGI	AMM.
CO NEA ROMA E PROVINCIA	2	1	67	31	4	4
CO NEA PROVINCE LAZIALI	1	1	26	13	2	2
Totale unità	3	2	93	44	6	6

3 IL PIANO FORMATIVO

Nel contesto attuale un sistema sanitario che vuole adeguarsi alle innovazioni (intese come cambiamenti strutturali e organizzativi) dovrà necessariamente considerare un percorso di forte connessione tra l'organizzazione e la formazione.

Il piano pandemico, il PNRR, il nuovo modello di assistenza territoriale e i nuovi modelli di erogazione dei servizi stanno facendo emergere la necessità di acquisire nuove competenze manageriali, tecniche e digitali, evidenziando l'urgenza di una rivalutazione delle professionalità presenti ed un nuovo e strutturale investimento sulle competenze, al fine di affrontare le mutate condizioni di contesto.

L'investimento in formazione, sia per il top che per il middle management, sempre di più orientato a gestire competenze trasversali, che comprendono conoscenze tanto sanitarie quanto tecnologiche/organizzative, deve tener conto dei nuovi setting assistenziali, del potenziamento di quelli già consolidati e dello sviluppo di nuovi processi erogativi. Tali esigenze si inseriscono in un contesto storico di forte cambiamento, caratterizzato da una significativa evoluzione delle professioni sanitarie, collegate alla richiesta di maggiori competenze digitali e alla gestione delle nuove tecnologie utilizzate per assistere le persone.

Per una piena attuazione del processo di riorganizzazione territoriale in atto è imprescindibile pianificare una formazione che coinvolga tutti gli attori del sistema privilegiando una formazione multiprofessionale avente per oggetto le nuove funzioni da implementare e le relazioni che i diversi attori devono necessariamente intraprendere tra loro per assicurare l'auspicata sinergia nel condividere e perseguire gli obiettivi di salute da garantire per la popolazione affidata alle loro cure.

Al contempo sono da attuare piani formativi specifici dedicati ai professionisti della salute per le nuove competenze che si chiede di possedere: Infermieri e Assistenti Sociali dedicati alle COT, alle CdC ed agli OdC, Infermieri di Famiglia e Comunità per una nuova prossimità, MMG e PLS e Specialisti per le nuove relazioni all'interno delle Case della Comunità, Direttori di Distretto per il management del cambiamento in atto.

Regione Lazio ha avviato pertanto un complesso processo di pianificazione della formazione per tutti i professionisti della salute coinvolti nelle azioni di riorganizzazione territoriale che accompagnerà per tutte le fasi di implementazione della programmazione regionale

3.1.1 *La formazione degli IFEC*

All'interno della pianificazione in corso di elaborazione la formazione dell'"Infermiere di Famiglia e Comunità" costituisce una priorità di particolare rilevanza da perseguire.

E bene ricordare a tal proposito come Il framework dell'OMS individua l'Infermiere di Famiglia e Comunità nel professionista che "aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia" tale definizione risulta completa e in linea con gli orientamenti Europei per quanto riguarda i due ambiti di competenza (famiglia e comunità) ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio.

Secondo tale impostazione si intendono attivare corsi rivolti agli infermieri che saranno identificati dalle ASL come IFeC, con l'obiettivo di far acquisire le conoscenze necessarie a garantire una completa e competente operatività nell'ambito del territorio di competenza.

I contenuti minimi formativi dovranno garantire l'approfondimento nelle seguenti aree

- Principi del Population Health Management, Chronic Care Model, Welfare Comunitario, Developmental Health Model - sviluppo dell'Empowerment individuale e Comunitario, modelli di Welfare generativo di Comunità;
- Strumenti di assessment infermieristico per la valutazione dei bisogni della popolazione e interventi infermieristici (Clinical Care Classification System - versione 2.5, Modello di analisi e intervento familiare di Calgary, Friedman Family Assessment Model, McGill model);
- Concetti di statistica e epidemiologia (stratificazione della popolazione e del rischio)
- Conoscenza della rete dei servizi sanitari e sociali;
- Utilizzo del PDTA come strumento per la presa in carico e continuità assistenziale.
- Conoscenza e applicazione di scale e sistemi di monitoraggio e automonitoraggio dei cittadini relativamente al selfcare (aderenza terapeutica, livelli di stabilità/instabilità clinica e assistenziale), sistemi predittivi
- Principi di Telemedicina (televisita, teleconsulto/teleconsulenza, telemonitoraggio, teleassistenza) come strumento integrato interprofessionale per lo svolgimento delle attività professionali specifiche e di team, nonché per l'acquisizione e trasmissione dati – (Booking management sistem, gestione documentale)
- Principi di andragogia orientati al cittadino (eleggibilità dei cittadini all'utilizzo dei sistemi di telemedicina - digital literacy dei cittadini/care giver per l'autonomia nell'utilizzo di smartphone e dispositivi collegabili)
- Principi di comunicazione efficace (ascolto attivo, comunicazione non verbale, comunicazione paraverbale, comunicazione assertiva, linguaggio persuasivo), relazione terapeutica e relazione di aiuto nei confronti del singolo e della comunità (utilizzo del modello Stanford per Progettazione di occasioni di incontro tra persone che presentano problemi di salute simili per favorire i processi di auto mutuo aiuto.

La metodologia didattica prevista sarà blended (almeno 40 ore frontali, 40 corso online e 36 ore di formazione sul campo)

Si sta studiando la possibilità che tale formazione possa essere riconosciuta e considerata anche ai fini dell'eventuale accesso successivo a percorsi accademici attraverso forme di riconoscimento di CFU in accordo con gli Atenei locali.

Una particolare attenzione sarà data alla selezione del personale da destinare alla formazione che dovrà possedere forti motivazioni al lavoro multiprofessionale, essere recettivo nell'approccio all'utilizzo di tecnologie digitali e di trasmissione dei dati, abile nelle competenze comunicative, orientato al modello di sviluppo territoriale per i modelli di presa in carico proattiva della popolazione.

3.1.2 *La formazione delle altre figure professionali.*

In forza di quanto premesso, dovrà dunque prevedersi anche l'implementazione del programma formativo del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale con elementi relativi alle nuove forme organizzative e ai nuovi setting assistenziali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità, le cure domiciliari, la medicina di iniziativa, le centrali operative e di coordinamento territoriale).

In parallelo dovrà prevedersi lo sviluppo della formazione ECM (Educazione Continua in Medicina) e della formazione per il middle ed il top management, integrandola con elementi relativi alle nuove tecnologie, la telemedicina, le nuove forme organizzative, la sanità digitale e il fascicolo sanitario, con focus sulla gestione operativa e l'innovazione organizzativa, la transizione digitale e la semplificazione dei servizi al cittadino, correlata ad una appropriata comunicazione sui temi della salute ed appropriato utilizzo del welfare regionale per ridurre il rischio di utilizzo inappropriato (in eccesso o in difetto) dei servizi sanitari e/o socio-sanitari.

A questo proposito, si intende produrre un'offerta formativa complessa e innovativa, attraverso programmi strutturati e condivisi a livello regionale.

La formazione avverrà attraverso due livelli di attività:

- attività di programmazione (con pagina web sul sito regionale dedicato) di micro-eventi di formazione sanitaria (eventi singoli o corsi strutturati di breve durata), su argomenti organizzativi o clinici oggetto di attività regionali o di evidenze promosse dai gruppi di lavoro regionali. In particolare, è necessario garantire che i contenuti siano disponibili ovunque con una connessione internet (e.g. attività formativa con webinar brevi, sessioni con questions and answers, video tutorial, pdf) e con capacità di interattività in modo sincrono ed asincrono;
- attività formative cliniche presso ambulatori territoriali/ospedalieri e/o reparti ospedalieri.
- attività di formazione sul campo multidisciplinare (sanitario e/o socio-sanitario) secondo la metodologia di audit e feedback di attività specifiche cliniche e/o organizzative.
- La strategia formativa sarà di tipo integrato prevedendo formati didattici in microlearning a livello regionale e formazione blended a cascata a livello aziendale (anche FSC).

La produzione dei moduli formativi sarà sviluppata a livello regionale avvalendosi del provider ECM Laziocrea e sarà definito un gruppo di progettazione formativa regionale con un Coordinatore Scientifico ed un Coordinatore Didattico.

Le specifiche del nuovo Piano di Formazione e di Formazione Continua verranno definite nel Piano Triennale del fabbisogno formativo 2022-2024, nel Piano Operativo per l'incremento delle competenze digitali del 2022 e all'interno dei corsi di formazione manageriali e del corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

4 CRONOPROGRAMMA ATTUATIVO

Di seguito si esplicita il cronoprogramma attuativo per la implementazione del DM 77/2022 nella regione Lazio.

Task Name	Durata (gg lavorativi)	Inizio	Fine	I Trm-22	II Trm-22	III Trm-22	IV Trm-22	I Trm-23	II Trm-23	III Trm-23	IV Trm-23	I Trm-24	II Trm-24	III Trm-24	IV Trm-24	I Trm-25	II Trm-25	III Trm-25	IV Trm-25
PROGRAMMA OPERATIVO 22-24																			
M3.01 Accesso ai servizi e presa in carico	520	gen-22	dic-23																
Attivazione del numero unico europeo 116117	390	gen-22	giu-23																
Implementazione del modello regionale per il 116117	260	gen-22	dic-22																
Avvio piena operatività della Centrale Operativa 116117	390	gen-22	giu-23																
Implementazione dei Punti Unici di Accesso	520	gen-22	dic-23																
Implementazione della funzione PUA in ogni distretto ASL in accordo con ente locale di riferimento secondo la pianificazione regionale	520	gen-22	dic-23																
Azioni di monitoraggio volte a verificare le attività in essere ed evidenziare i possibili margini di miglioramento	520	gen-22	dic-23																
Implementazione Unità di Continuità Assistenziale (DM 77/2022)	500	gen-22	dic-23																
Elaborazione delle linee di indirizzo regionali per il funzionamento dell'UCA	500	gen-22	dic-23																
M03.11 Specialistica Ambulatoriale	782	gen-22	dic-24																
Revisione dell'offerta di assistenza ambulatoriale	782	gen-22	dic-24																
Aggiornamento delle specifiche del livello di assistenza specialistica ambulatoriale	782	gen-22	dic-24																
Revisione dell'offerta dei sistemi di prescrizione e prenotazione da parte dei medici specialisti	390	gen-22	giu-23																
Miglioramento dell'integrazione tra i sistemi di prescrizione e prenotazione per ottimizzare la prenotazione	390	gen-22	giu-23																
Revisione dell'offerta dei Sistemi informativi aziendali	585	gen-22	mar-24																
Messa a regime della gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi informativi aziendali e regionali delle agende digitali	585	gen-22	mar-24																
Revisione dell'offerta	260	gen-22	dic-22																
Monitoraggio delle attività, le azioni di monitoraggio ex post ed ex ante, delle prestazioni erogate	260	gen-22	dic-22																

Task Name	Durata (gg lavorativi)	Inizio	Fine	I Trim. 22	II Trim. 22	III Trim. 22	IV Trim. 22	I Trim. 23	II Trim. 23	III Trim. 23	IV Trim. 23	I Trim. 24	II Trim. 24	III Trim. 24	IV Trim. 24	I Trim. 25	II Trim. 25	III Trim. 25	IV Trim. 25
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA																			
Implementazione flusso informativo ADI e assolvimento debito informativo SIAD	260	gen-22	dic-22																
Implementazione su tutto il territorio regionale del nuovo sistema informativo SIATESS	260	gen-22	dic-22																
Implementazione offerta ADI secondo le indicazioni del PNRR	1043	gen-22	dic-25																
Incremento delle prese in carico di pazienti ultrasessantacinquenni per tutte le classi CIA	1043	gen-22	dic-25																
% di pazienti over 65 in ADI per tutte le classi CIA pari al 4,48%	260	gen-22	dic-22																
% di pazienti over 65 in ADI per tutte le classi CIA pari al 6,92%	520	gen-22	dic-23																
% di pazienti over 65 in ADI per tutte le classi CIA pari al 9,32%	781	gen-22	dic-24																
% di pazienti over 65 in ADI per tutte le classi CIA pari al 9,48%	1043	gen-22	dic-25																
Implementazione della telemedicina nella assistenza Domiciliare secondo le indicazioni del PNRR	260	gen-22	dic-22																
Predisposizione documento tecnico per la implementazione dei servizi di tele salute	260	gen-22	dic-22																
IMPLEMENTAZIONE IFeC (infermiere di Famiglia e di Comunità)																			
Elaborazione di linee di indirizzo per la formazione, inserimento e operatività dell'Ifc per la presa in carico dei cittadini sulla base del Attivazione in ogni ASL del servizio di Infermeristica di Famiglia e di Comunità in tutto il territorio della Regione Lazio	260	gen-22	dic-22																
	520	gen-22	dic-23																
CONSULTORI FAMILIARI																			
Monitoraggio sull'attività svolta dai consultori sui percorsi assistenziali	911	gen-22	giu-25																
Definizione/aggiornamento di un set di indicatori per il monitoraggio dell'attività dei CCFF	716	gen-22	set-24																
Preparazione della scheda di monitoraggio degli indicatori e indtiro alle ASL	782	gen-22	dic-24																
Analisi del contributo delle ASL	911	gen-22	giu-25																
Definizione delle Linee di Indirizzo per la gestione dei servizi di Telemedicina per il Consultorio Familiare	782	gen-22	dic-24																
Redazione di un documento tecnico di Definizione delle Linee di Indirizzo	260	gen-22	dic-22																
Adozione formale del documento	390	gen-22	giu-23																
Monitoraggio dell'applicazione Linee di indirizzo	782	gen-22	dic-24																
Promozione del benessere della persona attraverso l'accesso ai Consultori Familiari e potenziamento dell'assistenza erogata	520	gen-22	dic-23																
Redazione di un progetto regionale	195	gen-22	set-22																
Monitoraggio delle attività	520	gen-22	dic-23																

Task Name	Durata (gg lavorativi)	Inizio	Fine	I Trim. 22	II Trim. 22	III Trim. 22	IV Trim. 22	I Trim. 23	II Trim. 23	III Trim. 23	IV Trim. 23	I Trim. 24	II Trim. 24	III Trim. 24	IV Trim. 24	I Trim. 25	II Trim. 25	III Trim. 25	IV Trim. 25
CASE DELLA COMUNITA'																			
Adozione delle linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle CdC tramite provvedimento generale di programmazione	248	gen-22	dic-22																
Definizione a livello aziendale del regolamento di funzionamento delle CdC HUB e Spoke	380	gen-22	giu-23																
Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	108	gen-22	giu-22																
Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	303	gen-22	mar-23																
Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP	303	gen-22	mar-23																
Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità	435	gen-22	set-23																
Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	1044	gen-22	gen-26																
CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI																			
Attivazione di 59 COT secondo programmazione regionale (DGR 322/2022)	580	gen-22	mar-24																
Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	42	gen-22	mar-22																
Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale	42	gen-22	mar-22																
Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	239	gen-22	dic-22																
Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	239	gen-22	dic-22																
Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	239	gen-22	dic-22																
Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	303	gen-22	mar-23																
Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	303	gen-22	mar-23																
Centrali operative pienamente funzionanti	521	gen-22	gen-24																
Completamento interventi per interconnessione aziendale	521	gen-22	gen-24																
OSPEDALI DI COMUNITA'																			
Linee di indirizzo regionali sul funzionamento degli ODC	260	gen-22	dic-22																
Definizione dei percorsi/criteri e tempi di transizione tra i setting degli Ospedali per acuti (A.O., A.O.U., IRCCS, Presidi Ospedalieri di Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	390	gen-22	giu-23																
Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	42	gen-22	mar-22																
Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	260	gen-22	gen-23																
Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	260	gen-22	gen-23																
Ospedali di Comunità rinnovati	435	gen-22	set-23																
Interconnessioni e dotati di attrezzature tecnologiche	1044	gen-22	gen-26																

Task Name	Durata (gg lavorativi)	Inizio	Fine	I Trim.22	II Trim.22	III Trim.22	IV Trim.22	I Trim.23	II Trim.23	III Trim.23	IV Trim.23	I Trim.24	II Trim.24	III Trim.24	IV Trim.24	I Trim.25	II Trim.25	III Trim.25
RIORGANIZZAZIONE DELLE FORME ASSOCIATIVE MMG E FORMAZIONE																		
Elaborazione regolamento per il funzionamento delle UCP e UCPP alla luce del DM 77/2022 e del nuovo ACN	372	gen-22	giu-23															
Miglioramento della qualità assistenziale nel setting della medicina generale attraverso l'implementazione un programma di Audit	503	gen-22	dic-23															
Assegnazione di 900 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per il triennio formativo 2021-2024	42	gen-22	mar-22															
Pubblicazione del decreto annuale di assegnazione risorse economiche per finanziare 900 borse di studio per i MMG	239	gen-22	dic-22															
Assegnazione di 1800 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in MG per i trienni formativi 2021-2024 e 2022-	303	gen-22	mar-23															
Pubblicazione del decreto annuale di assegnazione risorse economiche per finanziare 900 borse di studio per i MMG	500	gen-22	dic-23															
Assegnazione di 2700 borse per il Corso di formazione specifica in MG per i trienni formativi 2021-2024, 2022-2025 e 2023-2026.	565	gen-22	mar-24															

5 MODALITÀ DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE

Come già rappresentato nella DGR 643/2022, il processo di attuazione delle indicazioni del DM 77/2022 non rappresenta un fine in sé ma uno strumento per l'evoluzione del «modello Lazio» relativamente alla rete territoriale dei servizi per la promozione e la tutela della salute chiamato ad affrontare criticità specifiche in ragione della sostenibilità, dell'equità di accesso ed efficacia del SSR.

Questo processo potrà avvenire sia attraverso la complementare valorizzazione da un lato delle indicazioni regionali ed al contempo delle esperienze aziendali già in essere ed in linea con le indicazioni programmatiche, sia definendo nuovi obiettivi verso cui tendere in ragione della dinamica secondo la quale muta il quadro sanitario economico e sociale. In questa prospettiva il rapporto tra i fini generali del SSR e le specificità di ciascun contesto locale sarà oggetto di una attività di confronto e di allineamento tra la Regione Lazio e il sistema delle sue aziende sanitarie, ciascuna interessata da processi di cambiamento differenti ma tutti orientati a garantire i fini complessivi del SSR.

Ed è proprio su questa prospettiva di interazione che si realizzerà l'aggiornamento sia della DGR 643/2022 che del presente documento poiché l'orientamento degli sforzi contingenti verso fini complessivi di sistema è:

- cruciale nel preservare alcune prerogative specifiche che le comunità locali esprimono (a partire dai bisogni sanitari e non, fino alle forme di inclusione e di coproduzione) ma in un quadro di fini condivisi a cui ciascuna azienda sanitaria tende nell'implementare i requisiti del DM77/2022 e il sistema delle scadenze e delle azioni previste dal PNRR;

propedeutico alla definizione di un sistema di indicatori in grado di rappresentare lo strumento chiave per misurare l'impatto sui risultati di salute e/o sui processi organizzativi ed erogativi nell'intero territorio regionale, al fine di verificare efficacia ed omogeneità delle azioni messe in atto pur nella flessibilità e della necessaria specificità di declinazione dei modelli organizzativi, intesi come capacità di adattarsi al contesto ed a possibili variabilità della domanda.

- un processo da costruire nel tempo attraverso momenti di scambio e interazione tra la Regione Lazio e le direzioni delle sue aziende sanitarie, sia sulle forme di lettura dei processi di cambiamento avviati che sulle implicazioni rispetto al raggiungimento dei fini condivisi;
- alla base di un sistema di controllo strategico che vede la Regione come soggetto che attraverso il costante confronto con e tra direzioni delle aziende sanitarie sostiene forme di allineamento nel lungo periodo dei processi di cambiamento locali con i fini complessivi del SSR.

Con la Determinazione G14215 del 19/10/2022 "Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione Salute. Programmazione operativa degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643: aggiornamento del Gruppo di lavoro regionale e individuazione di gruppi di lavoro tematici" la Regione Lazio ha inteso avviare un processo dinamico di governo ed accompagnamento del cambiamento fruendo del lavoro di un Gruppo di lavoro regionale, al quale è stato assegnato il compito di coordinare e armonizzare lo



sviluppo di un percorso di lavoro volto a delineare azioni necessarie all'attuazione degli interventi di riordino della rete assistenziale territoriale della Regione Lazio, in applicazione delle Linee Guida generali approvate con la Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643, nonché al completamento del provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77, articolo 1 comma 2.

Il percorso si sta sviluppando attraverso l'istituzione di appositi work package relativi ai seguenti ambiti tematici:

WP1 – Identificazione di un modello per la definizione dei profili epidemiologici e dei bisogni dei bacini di utenza delle Case di Comunità.

WP2 - Ruolo e modelli di servizio della Medicina Generale.

WP3 - Portafoglio servizi da integrare e delocalizzare: COT e “nuova prossimità”.

WP4 - Home care, con riferimento a modalità erogative e modelli professionali per l'assistenza infermieristica e per la digital health.

WP5 - Il ruolo del Direttore di Distretto.

WP6 - Comunicazione sociale e coproduzione.

WP7 - Piattaforme tecnologiche a supporto dei disegni strategici e dei modelli organizzativi.

WP8 - Profilo di ruolo dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC).

WP9 - Medicina dell'inclusione e dell'equità.

WP10 - Gli strumenti della contrattualistica.

I gruppi di lavoro tematici hanno pertanto il compito di individuare azioni e attività per l'implementazione operativa degli interventi, all'interno delle Aziende sanitarie, in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla suindicata Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 nell'ambito tematico di competenza, individuandone le fasi del processo di gestione del cambiamento.

L'intero processo è sotto il governo della Direzione Salute di Regione Lazio che attraverso l'Area Rete integrata del territorio monitora lo stato di avanzamento dei lavori.

Allegato 2



**REGIONE
LAZIO**

Atto di programmazione della riorganizzazione dell'esercizio delle attività professionali tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali

**(in attuazione delle previsioni degli Accordi Collettivi
Nazionali vigenti e della D.G.R. 643/2022)**

INDICE

1	Contesto di riferimento	3
1.1	Premesse	3
1.1.1	Le forme organizzative delle cure primarie: riferimenti normativi.....	4
1.1.2	AFT – definizione e riferimenti normativi	5
1.1.3	UCCP – definizione e riferimenti normativi.....	6
1.2	Le forme organizzative delle cure primarie nella Regione Lazio: UCP e UCPP. Riferimenti normativi e geolocalizzazione.....	8
2	Obiettivi prioritari di politica sanitaria regionale nell’ambito della rete di assistenza primaria	12
3	Le forme organizzative professionali delle cure primarie: indirizzi programmatici	15
3.1	Indirizzi programmatici per il coinvolgimento delle AFT nella nuova rete di assistenza sanitaria territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77.....	15
3.1.1	Revisione e integrazione del modello di AFT per la Medicina Generale anche alla luce del nuovo ruolo unico di medico di Assistenza Primaria.....	16
3.1.2	Funzioni delle AFT.....	18
3.1.3	Modalità in integrazione tra l’assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria.....	19
3.1.4	Partecipazione delle AFT alla medicina di iniziativa	20
3.2	Indirizzi programmatici per il coinvolgimento delle UCCP nella nuova rete di assistenza sanitaria territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77	22
4	Monitoraggio.....	24
4.1.1	Indirizzi e indicatori per la strutturazione di un sistema di monitoraggio delle attività delle AFT e delle UCCP	24
5	Indirizzi programmatici per l’attuazione di quanto previsto dal Decreto 29 luglio 2022 (tecnologie diagnostiche) e per la definizione di progetti di telemedicina...26	
6	Obblighi informativi (fonti informative e strumenti di monitoraggio disponibili a livello regionale e indicazioni per la programmazione di futuri flussi informativi)	29
7	Formazione continua (indicazioni per la programmazione delle attività di formazione continua)	30

1 Contesto di riferimento

1.1 Premesse

Con il presente atto si intende ridefinire e riqualificare la *governance* dell'assistenza sanitaria territoriale con il conseguente adeguamento delle risorse agli standard di qualità e sicurezza di cui al Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 e alla Delibera di Giunta Regionale 26 luglio 2022, n. 643.

In linea con gli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, le azioni e gli indirizzi che la Regione Lazio sta sviluppando consentiranno la valorizzazione dei medici che operano sul territorio oltre che l'evoluzione degli attuali modelli organizzativi in punti di accesso sanitari e sociali avanzati, quali le Case della Comunità («**CdC**»).

Per supportare il processo di riorganizzazione e riqualificazione dei modelli organizzativi attualmente esistenti nella Regione Lazio, quali le Unità di Cure Primarie «**UCP**» e le Unità di Cure Primarie Pediatriche «**UCPP**» (inizialmente introdotti, rispettivamente, con D.G.R. 30 Luglio 2004, n. 693 e D.G.R. 28 giugno 2006, n. D1895), secondo i principi e gli obiettivi sanciti dalle predette fonti normative nazionali e regionali, il presente atto contempla l'istituzione di ulteriori forme di partecipazione-associazione dei medici della medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali, e l'individuazione dei relativi indirizzi programmatici, a mente di quanto già previsto dal legislatore nazionale con il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, all'art. 8, comma 1, lett. b-bis), come modificato dal decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, conv. con Legge 8 novembre 2012, n. 189 e, da ultimo, dagli Accordi Collettivi Nazionali vigenti (triennio 2016-2018).

Tale processo si realizza principalmente mediante l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali («**AFT**»), quali forme organizzative monoprofessionali, nonché attraverso lo sviluppo in ambito regionale di forme organizzative multiprofessionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie («**UCCP**»), in cui andranno a confluire le singole AFT, a superamento degli attuali modelli organizzativi della regione Lazio (UCP e UCPP).

Con il presente atto sono individuati gli indirizzi programmatici di tale processo in attuazione delle previsioni degli Accordi Collettivi Nazionali («**ACN**» o «**AA.CC.NN.**») vigenti e dei livelli di negoziazione previsti dalla normativa (nazionale, regionale e aziendale).

Con la programmazione regionale verrà dunque definito l'assetto organizzativo delle attività professionali e verranno identificati indicatori di *performance*, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini, in attuazione degli indirizzi di politica sanitaria nazionale (cfr. art. 4 AA.CC.NN. 28 aprile 2022 per medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e AA.CC.NN. 20 maggio 2021 e 31 marzo 2020 per specialisti ambulatoriali AA.CC.NN.).

Verrà demandata a successivi Accordi Integrativi Regionali («**AIR**» o «**AA.II.RR.**») l'attuazione degli obiettivi di salute, dei percorsi, degli indicatori e degli strumenti operativi identificati a livello di programmazione regionale in coerenza con le finalità del SSR e in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale (cfr. artt. 3 e 4 AA.CC.NN. 28 aprile 2022 per medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e AA.CC.NN. 20 maggio 2021 e 31 marzo 2020 per specialisti

ambulatoriali), nonché la definizione delle materie specificamente indicate dagli AA.CC.NN. vigenti sopra indicati, cui si rinvia.

Il livello di negoziazione aziendale a valle di tale riorganizzazione specificherà i progetti e le attività dei singoli contesti territoriali in attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale.

Il processo di cui sopra prevede la consultazione delle organizzazioni sindacali della medicina convenzionata e la predisposizione di un modello organizzativo che tenga altresì in considerazione le caratteristiche orogeografiche e demografiche della Regione Lazio e i bisogni assistenziali specifici della popolazione.

1.1.1 Le forme organizzative delle cure primarie: riferimenti normativi

Sin dalla Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (*«Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, il legislatore nazionale»*) è stata contemplata la possibilità di prevedere, in sede di contrattazione collettiva nazionale, forme di associazione e collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria (cfr. art. 48, comma 1, punto 12).

Lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e l'organizzazione distrettuale del servizio sono stati successivamente confermati anche in sede di riordino della disciplina della materia sanitaria con D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (*«Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»*), demandando alla contrattazione collettiva nazionale l'individuazione dei relativi ambiti di regolamentazione.

In particolare, alla fine degli anni '90, accanto ai primi modelli di organizzazione (associazione e medicina di gruppo) è stato previsto che gli Accordi Integrativi Regionali potessero prevedere la sperimentazione di nuove forme associative (cfr. art. 71 d.P.R. 484/1996, d.P.R. esecuzione ACN 1996 medici di medicina generale (**«MMG»**); art. 53 d.P.R. 613/1996, esecuzione ACN pediatri di libera scelta (**«PLS»**)).

Con successivi D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270 e il D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272 (esecuzione Accordi Collettivi Nazionali per la regolamentazione dei rapporti con MMG e PLS) è stata introdotta la figura della *equipe* territoriale, finalizzata alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli operatori con gli obiettivi ed i programmi distrettuali, cui sono andate ad affiancarsi le forme associative della medicina in rete, della medicina in associazione e della medicina di gruppo.

Il superamento dell'associazionismo come fattore eventuale e volontario, che diviene un aspetto integrante e strutturale del rapporto contrattuale tra il MMG e il Servizio Sanitario Nazionale si realizza con il successivo Accordo Collettivo Nazionale del 27 maggio 2009, con cui sono state introdotte due ulteriori tipologie di modelli organizzativi, di tipo funzionale ed erogativo-strutturale, quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (**«AFT»**) e le Unità Complesse delle Cure Primarie (**«UCCP»**).

La predetta disciplina ha trovato sostanziale conferma nelle seguenti riforme, intervenute con il D.L. 158/2012, conv. con L. 189/2012 (con cui è stato modificato l'art. 8 del D.Lgs. 502/1992) e con il Patto per la Salute 2014 – 2016, da ultimo recepite in sede di contrattazione dei nuovi Accordi Collettivi Nazionali vigenti (del 20 maggio 2021 per gli specialisti ambulatoriali e del 28 aprile 2022 per MMG e PLS).

Con il predetto Patto è stata demandata alle Regioni l'istituzione delle UCCP e delle AFT quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN, per l'erogazione delle cure primarie, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli Accordi Collettivi Nazionali e definito dalle Regioni al fine di garantire l'uniformità assistenziale (cfr. art. 5).

Da ultimo, il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 (*«Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»*) ha previsto la regolamentazione di un nuovo sistema di cure e di assistenza primaria attraverso il ridisegno della rete dei servizi, prevedendo in particolare la realizzazione delle Case della Comunità (**CdC**), delle Centrali Operative Territoriali (**COT**), degli Ospedali di Comunità, delle Unità di Continuità Assistenziale (**UCA**).

In linea con il citato D.M., nel contesto sopra delineato, le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) potranno confluire nelle Case della Comunità, e le COT saranno chiamate a svolgere funzioni di fondamentale supporto e coordinamento per i percorsi di cura.

1.1.2 AFT – definizione e riferimenti normativi

Con l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 27 maggio 2009 sono state delineate le caratteristiche principali delle AFT, demandando alle Regioni, di concerto con le Associazioni sindacali firmatarie dell'Accordo medesimo, la definizione delle modalità di partecipazione e l'individuazione delle aggregazioni sulla base dei seguenti criteri/requisiti:

- specifico riferimento all'ambito di scelta e al Distretto;
- popolazione assistita non superiore a 30.000 abitanti e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria.

Il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con Legge 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. «Legge Balduzzi»), all'art. 1 recante *«Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie»*, nell'imporre alle Regioni l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria, ha disposto che detti obiettivi debbano essere conseguiti secondo modalità operative che prevedono *«forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali»*, le quali *«condividono in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi»* (cfr. art. 8, comma 1, lett. b-bis) e m-ter) del D.Lgs. 502/1992).

A mente dell'art. 29 dell'ACN vigente dei medici di medicina generale, i compiti essenziali della AFT sono di seguito esemplificativamente elencati:

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

Per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta, in aggiunta alle summenzionate caratteristiche generali, previste per i medici di medicina generale, l'Accordo Collettivo Nazionale vigente prevede le seguenti ulteriori funzioni essenziali della AFT pediatrica:

- promozione dell'attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce e percorsi di gestione delle patologie croniche, anche coordinandosi con le AFT della medicina generale;
- sviluppo della medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso la popolazione assistita;
- promozione della condivisione fra i pediatri di libera scelta di percorsi assistenziali, anche in coordinamento con le strutture sanitarie del S.S.R., con le UCCP e con le AFT della medicina generale e della specialistica ambulatoriale, per la gestione delle patologie acute e croniche.

Analogamente, l'ACN vigente per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali, indica, in aggiunta alle caratteristiche essenziali sopra tracciate i seguenti elementi:

- collaborazione con le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP del Distretto;
- utilizzo di sedi indicate dall'Azienda, ovvero delle sedi delle AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta.

Secondo gli Accordi Collettivi Nazionali vigenti, la valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali, costituisce un elemento per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT e il funzionamento interno di quest'ultima è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale.

1.1.3 UCCP – definizione e riferimenti normativi

L'ACN del 2009, all'art. 13, definisce la UCCP come modello organizzativo operante nell'ambito dell'organizzazione distrettuale in sede unica o con una sede di riferimento, costituita da medici convenzionati, con possibilità di avvalersi di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali.

La citata Legge Balduzzi interviene sulla disciplina delle Unità Complesse di Cure Primarie, definendole quali forme organizzative multiprofessionali (a differenza delle AFT che hanno natura monoprofessionale) che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni

assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici con le altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale (art. 1).

La norma demanda alle Regioni la disciplina di dettaglio delle UCCP, la quale deve essere approntata 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, in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Il Patto per la Salute 2014 – 2016 del 10 luglio 2014 all'art. 5, comma 2, definisce le UCCP quali forme organizzative complesse che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio, prevedendo che il relativo carattere multiprofessionale debba essere garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità.

Ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b-bis), del D.Lgs. 502/1992 la UCCP dovrà strutturarsi come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT e i medici di medicina generale nonché i Pediatri di Libera Scelta che le compongono.

Secondo gli Accordi Collettivi Nazionali vigenti per MMG e PLS la forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie, in collegamento funzionale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi. A mente della predetta disciplina, la forma organizzativa multiprofessionale realizzerà i propri compiti attraverso la:

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

Analogamente, l'Accordo Collettivo Nazionale vigente per gli specialisti ambulatoriali, prevede le seguenti specificità, stabilendo che la UCCP debba:

- assicurare l'accesso degli assistiti ai servizi della UCCP in integrazione con il team multiprofessionale, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
- garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi, di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti va perseguita l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello;
- contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i Distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

- garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza e i servizi socio-sanitari.

1.2 Le forme organizzative delle cure primarie nella Regione Lazio: UCP e UCPP. Riferimenti normativi e geolocalizzazione

Nella Regione Lazio i MMG e i PLS sono organizzati, oltre che nelle forme associative previste dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali previgenti (rete, gruppo, associazione per MMG; associazione e gruppo per PLS) nelle seguenti forme organizzative:

- Unità di Cure Primarie («**UCP**»);
- Unità di Cure Primarie Pediatriche («**UCPP**»).

Le UCP sono state avviate inizialmente in via sperimentale, in applicazione della Deliberazione della Giunta Regionale 30 Luglio 2004, n. 693 (Approvazione Progetto “Sperimentazione della creazione sul territorio della rete delle cure primarie attraverso la costituzione di Unità di Cure Primarie”).

Successivamente, nell’ambito dell’Accordo Regionale recepito con Delibera di Giunta Regionale 229 del 2006 è stato concordato con le OO.SS. un regolamento per il potenziamento dell’orario con conseguente individuazione di tre diverse tipologie di UCP, in base alle modalità di apertura.

Con Determinazione D3407 del 20 ottobre 2009, al fine di potenziare ulteriormente le UCP, è stato approvato un nuovo regolamento che ha previsto la possibilità di declinare le forme organizzative per il tramite di diversi modelli:

- UCP–S / UCP Semplici: integrazione di MMG (UCP-S), collegati tra loro in rete;
- UCPC / UCP Complesse: ovvero MMG in gruppo o collegati in rete, ed organizzati in sede unica o studio di riferimento;
- UCPCI / UCP Integrata: ovvero UCPC di MMG che prevedono la partecipazione di altri professionisti (ad es. di pediatri e/o specialisti, medici di Continuità Assistenziale (CA), operatori dell’assistenza sociale e sanitaria delle Aziende Sanitarie o degli Enti locali);
- UCP / 8h: Semplici aggregazione tra MMG in rete. Tali forme organizzative si differenziano dalle UCP – S in quanto realizzabili soltanto laddove, in caso di particolari e specifiche caratteristiche oro geografiche e/o sociali individuate a livello aziendale, non sia possibile procedere alla costituzione di UCPC (UCP di fatto complesse che ricorrono al verificarsi di specifiche condizioni).

L’attuale assetto organizzativo è quello stabilito dall’Accordo recepito con il Decreto del Commissario ad Acta 12 novembre 2014, n. U00376, che ha previsto la graduale trasformazione delle diverse forme associative di Unità di Cure Primarie sopra enunciate in un’unica forma associativa della medicina convenzionata, denominata Unità di Cure Primarie a sede Unica (l’unica attualmente esistente nella Regione Lazio e successivamente indicata genericamente come UCP).

In applicazione del suddetto Accordo le precedenti forme di UCP (semplici) sono state trasformate in UCP a sede unica, con possibilità di:

- ingresso dei componenti nelle Case della Salute;
- utilizzo di altra sede messa a disposizione dalle ASL;
- ingresso dei componenti nelle UCP a sede unica già esistenti.

Tali forme associative dei MMG hanno natura monoprofessionale e sono costituite tra operatori appartenenti al medesimo distretto sociosanitario. Le Attuali UCP sono composte da un minimo di 3 ad un massimo di 16 medici, con la possibilità per le ASL di autorizzare una composizione con un numero superiore di componenti in relazione ai fabbisogni di salute della popolazione e dell'organizzazione territoriale dei servizi sanitari. Nelle Aziende della provincia, al fine di garantire la continuità dell'assistenza, soprattutto nelle zone disagiate, sono in essere situazioni diversificate in relazione alle caratteristiche geografiche e di viabilità.

La continuità dell'assistenza nell'ambito delle UCP viene garantita dai medici di medicina generale dal lunedì al venerdì dalle ore 10,00 alle ore 19,00, sulla base dell'organizzazione concordata tra i MMG componenti e il coordinatore (referente) della UCP stessa.

Si affiancano alle predette UCP anche le Unità di Cure Primarie Pediatriche (UCPP), disciplinate dalla Delibera n. 1895 del 2006, e composte da pediatri che operano in forme associative già riconosciute e da singoli medici collegati ai pediatri operanti in forme associative.

Le UCPP operanti possono essere formate esclusivamente da pediatri di libera scelta e sono composte da un minimo di 2 pediatri ad un massimo di 5.

Nel contesto attuale sono attivi anche gli Ambulatori di Cure Primarie («**ACP**» per i MMG e «**ACPP**» per i PLS), sia per assistenza primaria che di pediatria, aperti il sabato la domenica i festivi e prefestivi dalle ore 10 alle ore 20 presso strutture aziendali che assicurano la erogazione delle prestazioni della medicina generale e della pediatria di base anche nel fine settimana.

Le tabelle seguenti indicano per ciascuna ASL alcune delle caratteristiche delle UCP (Unità di Cure Primarie - aggregazioni di MMG di assistenza primaria) e delle UCPP di fascia 1 e 2 (Unità di Cure Primarie Pediatriche – fascia 1 aggregazioni di PLS che garantisce 9 ore con orario continuativo 10-19, fascia 2 che garantisce 8 ore al giorno con orario tra le 10-14 e 15-19), operanti nel relativo ambito territoriale.

Tabella 1. Medici e assistiti sul territorio per UCP

Analisi medici e assistiti per UCP											
	Sede pubblica	Sede privata	Totale	Numero medio componenti	Min	Max	Tot MMG	Numero medio assistiti	Min	Max	Tot assistiti
FR	4	52	56	5,23	2	14	293	6.757	2.236	18.823	378.374
LT	6	47	53	5,92	1	15	314	8.283	1.546	25.578	439.001
RI	4	15	19	4,47	2	10	85	5.963	2.544	12.391	113.300
RM1	6	93	99	6,82	3	22	675	8.419	2.885	24.839	833.466
RM2	4	117	121	6,35	2	16	768	8.284	2.541	20.984	1.002.374
RM3	2	61	63	5,37	3	16	338	7.600	2.292	23.531	478.783
RM4	-	34	34	5,21	3	8	177	7.316	3.548	11.999	248.753
RM5	-	49	49	5,78	2	16	283	7.944	2.212	22.836	389.232
RM6	1	48	49	6,59	3	15	323	9.089	3.378	21.614	445.342
VT	1	34	35	5,06	2	11	177	6.875	2.856	14.630	240.634
Totale	28	550	578				3433				4569259

Tabella 2. Medici e assistiti sul territorio per UCPP

Analisi medici e assistiti per UCPP											
	Sede pubblica	Sede privata	Totale	Numero medio componenti	Min	Max	Tot PLS	Numero medio assistiti	Min	Max	Tot assistiti
FR	1	7	8	6,50	4	10	52	5.303	2.891	8.813	42.425
LT	-	12	12	4,92	3	9	59	4.354	2.846	8.136	52.247
RI	-	3	3	3,67	2	5	11	2.858	1.704	4.113	8.574
RM1	-	21	21	5,05	3	10	106	4.247	2.143	8.928	89.182
RM2	2	28	30	5,23	2	10	157	4.201	1.759	8.577	126.042
RM3	-	12	12	5,50	2	9	66	4.423	1.727	7.506	53.078
RM4	1	6	7	4,86	4	7	34	3.958	2.969	5.613	27.708
RM5	-	8	8	6,75	3	9	54	5.549	2.451	7.827	44.394
RM6	-	12	12	4,83	2	7	58	4.050	1.943	6.225	48.594
VT	-	5	5	5,20	2	9	26	4.043	1.857	7.175	20.217
Totale	4	114	118				623				512461

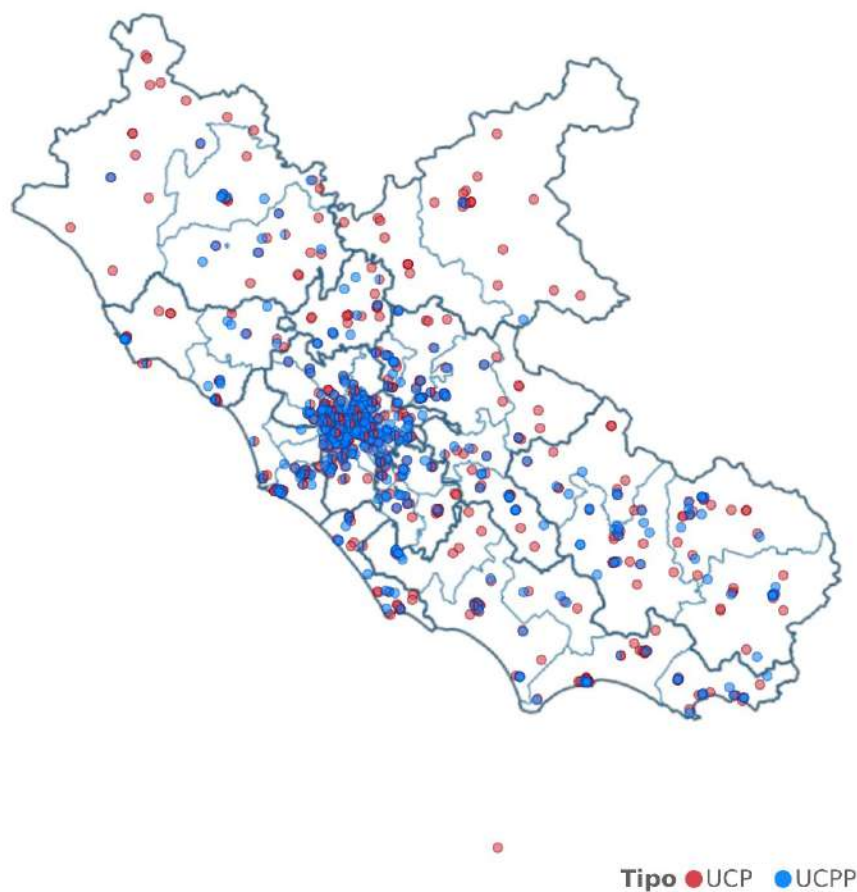
* Nel totale non è stata inclusa la peculiare forma di integrazione professionale, denominata UCPI (UCP integrata, costituita da MMG e PLS) presente esclusivamente nell'Asl RM6, costituita 3 componenti e con 4694 assistiti.

* La distinzione tra sede privata e pubblica viene declinata in relazione allo studio medico privato o sede ASL indicata come riferimento.

Secondo questa rappresentazione circa 612 MMG e 86 PLS non risultano aderire alle attuali forme associative.

Regione è inoltre fortemente impegnata nel colmare al più presto possibile il fabbisogno di MMG generato dai pensionamenti avvenuti durante il periodo pandemico.

Figura 1. Mappa di ricognizione delle UCP e UCPP sul territorio



2 Obiettivi prioritari di politica sanitaria regionale nell'ambito della rete di assistenza primaria

Con Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 («Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale») sono stati individuati modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria e del sistema di prevenzione in coerenza con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR.

Con il predetto Decreto e il relativo allegato è stato individuato il percorso di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, poi sviluppato a livello regionale con la Deliberazione della Giunta regionale del 26 luglio 2022, n. 643.

In particolare, la predetta D.G.R. ha definito:

- le strutture che compongono la rete dei servizi territoriali;
- gli standard in rapporto alla popolazione;
- i parametri di riferimento del personale;
- le modalità organizzative e funzionali;
- gli obiettivi strategici di riferimento;
- la “governance” del sistema.

In attuazione di quanto previsto dalle previsioni del D.M. 77/2022, dalla D.G.R. 643/2022 e dagli Accordi Collettivi Nazionali vigenti, la Regione Lazio intende definire con il presente documento gli indirizzi programmatici del nuovo sistema di cure primarie a livello territoriale, che verrà sviluppato con successivi Accordi Integrativi Regionali nell'ambito della regolamentazione dei rapporti tra MMG, PLS e specialisti ambulatoriali.

Con il presente atto di programmazione, conformemente a quanto previsto in seno agli Accordi Collettivi Nazionali vigenti, si provvede a istituire forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, con conseguente realizzazione dei relativi collegamenti funzionali (cfr. art. 8, comma 2, ACN MMG; art. 8, comma 2, ACN PLS; art. 6, comma 2, ACN specialisti).

L'assetto organizzativo sarà dunque determinato dalla programmazione regionale nel rispetto della normativa nazionale, della D.G.R. 643/2022 e degli Accordi Collettivi Nazionali vigenti, cui si rinvia per ogni aspetto non incluso nel presente provvedimento.

I singoli Accordi Integrativi Regionali definiranno successivamente gli obiettivi di salute, i percorsi, gli indicatori e gli strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale e regionale, nonché le materie esplicitamente rinviate dagli Accordi Collettivi Nazionali vigenti.

L'ulteriore livello di programmazione, di rango aziendale, dovrà infine risultare coerente con il quadro istituzionale e normativo vigente.

In linea con le previsioni degli Accordi Collettivi Nazionali vigenti (cfr. art. 4 AA.CC.NN. MMG, PLS, specialisti ambulatoriali), l'obiettivo regionale è quello di:

- potenziare e di rendere omogenea, attraverso interventi normativi e strutturali, l'offerta della rete territoriale su tutto il territorio regionale, in modo da rispondere ai bisogni di salute della comunità, migliorando l'equità di accesso ai servizi sanitari della popolazione, indipendentemente dal luogo di residenza e dalle condizioni socioeconomiche;
- riorganizzare l'assistenza primaria secondo una logica di rete, a garanzia delle integrazioni orizzontale e verticale dei servizi, in modo da consentire la presa in carico globale del paziente da parte di un *team* con competenze diversificate;
- individuare modelli organizzativi necessari a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni e di prestazioni necessarie e coerenti con il fabbisogno.

Come indicato *supra*, tra le azioni previste, per il conseguimento dei predetti obiettivi, vi è l'attivazione dei nuovi modelli organizzativi (AFT e UCCP), da declinare sui diversi contesti territoriali, in grado di garantire la continuità assistenziale durante le 24 ore e per 7 giorni alla settimana e la riduzione del ricorso improprio ai servizi d'urgenza e d'emergenza.

Il modello organizzativo complessivamente tracciato ruota intorno al Distretto sanitario, che costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi delle ASL e che deve rappresentare il baricentro ed il volano per l'assistenza territoriale coordinando strutture e professionisti sanitari e sociali.

All'interno del Distretto operano le Case della Comunità, che rappresentano gli snodi della nuova rete territoriale multidisciplinare, in quanto destinate a divenire il punto di riferimento primario per i cittadini, che troveranno assistenza h 24 ogni giorno della settimana e il luogo nel quale i diversi professionisti (del comparto sanitario, sociale e socio-assistenziale) si coordineranno per svolgere attività integrate in favore della popolazione e dei pazienti cronici in particolare.

A supporto della *governance* del nuovo assetto organizzativo si collocano le Centrali Operative Territoriali («**COT**»), quali strumenti organizzativi con funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

Viene dunque superata l'idea di una sanità con attività "a silos", che sarà sostituita da un modello orizzontale che vede il Distretto come forza trasversale in grado di coordinare tutti i *setting* assistenziali, tutte le strutture, i professionisti e i livelli di cura, attraverso strumenti quali i piani di prevenzione, i PDTA, i Piani Assistenziali Individualizzati («**PAI**») e i Progetti Riabilitativi Individuali («**PRI**»).

Al Distretto faranno riferimento le équipe multidisciplinari e multiprofessionali, le AFT/UCCP, oltre che le Unità di Continuità Assistenziale (UCA), con conseguente integrazione delle competenze professionali.



Le AFT di ogni Distretto garantiranno attraverso più sedi di erogazione ed estensione oraria, la prossimità, la continuità assistenziale e l'equità di accesso alle cure.

Il Distretto in tal modo, rafforzato dalla partecipazione di tutti gli attori dell'assistenza ai processi organizzativi e decisionali, potrà esprimere con competenza le finalità di policy sanitaria e sociale che gli sono proprie.

La "Governance Distrettuale" è dunque parte preminente ed essenziale della gestione delle reti per il welfare "di comunità".

A tal fine il Distretto addiviene ad accordi di programma tra amministrazioni pubbliche ed attori privati e del terzo settore, mediante la concertazione dei Piani Territoriali e/o dei Piani di Zona, essenziale al fine di delineare gli obiettivi di politica sociale.

Il Distretto, quale centro di integrazione, convoglierà:

- l'analisi dei bisogni delle popolazioni con le diverse offerte di servizi esistenti nei territori;
- la domanda e l'offerta, definendo priorità e compatibilità in una logica di committenza coerente con le strategie regionali ed aziendali;
- il coordinamento proattivo delle linee di interdipendenza di sistema, superando la frammentazione e la diversità territoriale dell'approccio di cura ed assistenza.

3 Le forme organizzative professionali delle cure primarie: indirizzi programmatici

3.1 Indirizzi programmatici per il coinvolgimento delle AFT nella nuova rete di assistenza sanitaria territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77

A livello regionale le AFT potranno avere sede sia all'interno delle Case della Comunità che all'esterno delle stesse, purché – nel secondo caso - siano ad esse funzionalmente collegate per l'espletamento delle attività di cui al D.M. 77/2022.

Le Case della Comunità rinnovate e tecnologicamente attrezzate, organizzate in “*hub*” e “*spoke*” anche alla luce delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, rappresenteranno il nuovo riferimento primario dell'assistenza socio-sanitaria territoriale per le comunità e per tutti i professionisti del servizio pubblico (dipendenti e convenzionati) che esercitano la propria attività in un determinato ambito territoriale, e sono finalizzate a favorire la capillarità dei servizi ed una maggiore prossimità ed equità di accesso da parte dell'utenza (in particolare nelle aree interne e rurali).

Le Case di Comunità “*hub*” (orientativamente, a seconda delle condizioni orografiche e demografiche, una ogni 30.000-50.000 abitanti) come previsto dal DM 77/2022 e recepito con DGR 643/2022, saranno progressivamente destinate a garantire assistenza medica (h 24 – 7 giorni su sette) ed infermieristica (h 12 – 7 giorni su sette), mentre quelle “*spoke*” dovranno garantire, insieme ad altri servizi, il collegamento con il CUP aziendale e la presenza medica ed infermieristica (12 ore al giorno almeno 6 giorni su sette).

Nell'ambito organizzativo delle Case della Comunità in riferimento al proprio bacino di utenza opereranno funzionalmente 10 infermieri di comunità che possono collaborare con le AFT nei processi di presa in carico dei pazienti cronici e dei fragili attraverso le attività di *case e care management*.

Coerentemente con il modello organizzativo delle CdC, il personale infermieristico potrà essere assunto per il tramite delle forme aggregate della medicina generale per la presa in carico dei pazienti cronici

Tale modalità potrà essere utilizzata per favorire le cure di prossimità nei territori disagiati (zone montane, quartieri periferici e disagiati delle città).

Conformemente a quanto previsto dalla D.G.R. 643 del 26 luglio 2022, all'interno della nuova rete di assistenza sanitaria territoriale distrettuale, le AFT e gli Infermieri di famiglia e Comunità (IFeC), in collaborazione con gli operatori sociali delle ASL e dei Comuni, rivestiranno un ruolo strategico di primo contatto – secondo il modello olistico - del Servizio Sanitario e Socio-sanitario Regionale con i cittadini, operando sinergicamente, all'interno delle Case di Comunità ovvero in collegamento funzionale con queste.

Inoltre, nel nuovo contesto, la gestione della *transitional care* (nei processi di *step-up* e *step-down*), specie per gli assistiti ad alta complessità clinica, assistenziale, e organizzativa, è affidata alle

Centrali Operative Territoriali in seno ai Distretti (1 COT per Distretto), secondo i modelli aziendali di riferimento.

Le COT distrettuali fungono pertanto da collettori del bisogno, così come individuato da parte delle strutture ospedaliere e dai medici delle AFT, e provvedono al coordinamento della presa in carico, in particolare dei casi complessi e fragili, supportando le AFT nei percorsi di salute necessari, avviati in condivisione e stretta collaborazione, e interfacciandosi con tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

La responsabilità organizzativa dell'AFT è affidata dall'Azienda ad un Referente scelto tra i medici convenzionati in essa operanti, individuato tra quelli disponibili a svolgere tale ruolo e funzioni correlate, che abbiano maturato esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale, dell'organizzazione e della gestione dei processi di cura.

Il Referente assicura il coordinamento organizzativo e la integrazione professionale dei medici della AFT, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali, raccordandosi con il Distretto territorialmente competente, finalizzando tali attività al raggiungimento degli Obiettivi di salute aziendali/distrettuali condivisi in fase di analisi del bisogno e programmazione e formalizzati attraverso specifici indicatori¹ nell'Accordo aziendale che discende sia dagli Obiettivi regionali che da specifiche criticità aziendali/distrettuali locali.

3.1.1 Revisione e integrazione del modello di AFT per la Medicina Generale anche alla luce del nuovo ruolo unico di medico di Assistenza Primaria

Per poter procedere in modo sistematico alla riconduzione delle UCP e UCPP attualmente esistenti nel territorio della Regione Lazio ai fini dell'introduzione del nuovo modello di AFT e assicurare la partecipazione a queste forme associative anche dei MMG e PLS attualmente non aderenti ad alcuna forma di aggregazione, a livello aziendale dovranno essere disciplinati alcuni passaggi essenziali.

Tenendo come riferimento le **CdC** individuate nei documenti di programmazione regionale con D.G.R. 332/2022 e D.G.R. 643/2022, le AFT saranno costituite aggregando le UCP tra loro limitrofe che insistono in un comune ambito territoriale di riferimento, in funzione della numerosità degli aderenti al fine di raggiungere un numero medio di circa 20 MMG per un bacino di utenza attorno ai 30.000 assistiti. In ambito urbano le aggregazioni potranno riguardare singoli quartieri, mentre in territori extraurbani dovranno essere tenuti in debito conto gli ambiti comunali.

Nel rispetto delle previsioni degli Accordi Collettivi Nazionali vigenti e dei livelli di contrattazione ivi stabiliti, si rappresenta un modello di distribuzione delle AFT in funzione degli abitanti dei Distretti Sanitari delle ASL e in rapporto con le attuali UCP insistenti nel medesimo territorio di riferimento.

¹ (vedi come esempio la tabella 4 del capitolo 3 MONITORAGGIO)

In funzione del numero di abitanti, si prevede la costituzione nella Regione Lazio di circa 196 AFT, la cui articolazione necessariamente dovrà essere declinata all'interno dei singoli Distretti sanitari delle ASL al fine di rendere ottimali le funzioni che tali forme organizzative debbono assicurare in favore della popolazione a loro afferente.

Al contempo viene formulato un modello di distribuzione di 110 UCCP attivabili in relazione alla Case di Comunità HUB previste con la D.G.R. 332/2022 o alla presenza di presidi territoriali identificabili come sedi fisiche delle UCCP.

Tabella 3. Ipotesi di distribuzione delle AFT

Ipotesi di distribuzione delle AFT						
ASL	Distretto	Popolazione residente 1° gennaio 2022	UCP attuali	AFT ipotizzabili	CdC Hub programmate	UCCP ipotizzabili
Roma 1	1	163054	20	5	5	5
Roma 1	2	162073	15	5	3	3
Roma 1	3	200112	19	7	2	2
Roma 1	13	128698	13	4	2	2
Roma 1	14	186448	20	6	2	2
Roma 1	15	156670	12	5	2	2
Roma 2	4	168720	12	6	3	3
Roma 2	5	234302	25	8	4	4
Roma 2	6	237176	16	8	3	3
Roma 2	7	305950	36	10	5	5
Roma 2	8	126652	14	4	2	2
Roma 2	9	179437	19	6	3	3
Roma 3	Fiumicino	80625	7	3	0	1
Roma 3	X Municipio	224716	25	7	3	3
Roma 3	XI Municipio	150240	14	5	3	3
Roma 3	XII Municipio	137384	14	5	0	2
Roma 4	1	78708	9	3	2	2
Roma 4	2	77641	8	3	2	2
Roma 4	3	55116	5	2	1	1
Roma 4	4	109488	12	4	2	2
Roma 5	G1	95947	9	3	1	1
Roma 5	G2	125683	10	4	2	2
Roma 5	G3	80187	10	3	1	1
Roma 5	G4	31508	5	2	1	2
Roma 5	G5	83416	6	3	2	2
Roma 5	G6	73910	9	3	3	3
Roma 6	1	96986	4	3	2	2
Roma 6	2	103781	10	3	3	3
Roma 6	3	84489	9	3	2	2

Roma 6	4	111984	9	4	1	1
Roma 6	5	65318	8	2	1	1
Roma 6	6	106212	9	4	2	2
Frosinone	A	87573	8	3	2	2
Frosinone	B	173511	23	6	5	5
Frosinone	C	95069	12	4	4	4
Frosinone	D	112285	13	4	4	4
Latina	1	121861	7	4	2	2
Latina	2	175705	18	6	3	3
Latina	3	55483	5	2	1	1
Latina	4	107837	11	4	1	1
Latina	5	104954	12	4	4	4
Rieti	1	90223	11	3	3	3
Rieti	2	60466	7	2	1	1
Viterbo	A	95428	9	4	5	4
Viterbo	B	95335	10	3	1	1
Viterbo	C	116829	16	4	1	1
Totale Regione		5715190	575	196	107	110

3.1.2 Funzioni delle AFT

In linea con gli Accordi Collettivi Nazionali vigenti, le AFT garantiscono:

- l'assistenza primaria e di continuità per tutti i cittadini assistiti dai MMG e PLS aderenti alla AFT durante l'intero arco della giornata e 7 giorni su 7 assicurando al contempo la prossimità attraverso gli studi dei singoli medici o delle UCP/UCPP confluite in esse;
- una "rete informativa" attraverso la "cooperazione applicativa" tra i gestionali dei MMG e dei PLS con i sistemi informativi dei Distretti, delle Aziende, del servizio sanitario regionale e il FSE. Tale connessione è indispensabile per consentire a tutti gli operatori del sistema di accedere, nel rispetto della normativa a tutela dei dati personali e della sicurezza, alle informazioni essenziali di ogni singolo cittadino soprattutto in tema di patologie, terapia continuativa, esenzioni e invalidità presenti, allergie e quanto sia utile per una corretta gestione terapeutico assistenziale;
- la accessibilità dei MMG e PLS afferenti attraverso un sistema di telefonia evoluta per singola AFT che consenta di fornire notizie dettagliate relative alle modalità di erogazione dell'assistenza, agli orari del proprio medico curante, a come richiedere, in sua assenza prestazioni indifferibili, a chi e dove rivolgersi nei giorni festivi e prefestivi e comunque in caso di chiusura degli studi di riferimento. Tutto ciò dovrà essere garantito in integrazione con il numero NEA 116117 e con le Centrali Operative Territoriali (aziendali, distrettuali) secondo quanto già rappresentato nella DGR 643/2022;

- l'attività relativa alle Vaccinazioni anti-influenzale, anti pneumococcica, anti-sars.Cov2, Anti Herpes Zoster, antitetanica, anti HPV etc.;
- la diagnostica ambulatoriale di 1° livello con esecuzione di tamponi diagnostici, controlli ematici nelle principali patologie croniche come diabete, BPCO, fibrillazione atriale e scompenso cardiaco (Hb glicata, creatininemia, emocromo, indici di flogosi, indicatori di danno epatico ecc.) esami strumentali di primo livello per le patologie croniche e per la gestione delle terapie croniche con farmaci innovativi (Nota 97, nota 99 e nota 100 AIFA), spirometrie, elettrocardiogrammi, ecografia di base ecc., sia all'interno delle Case della Comunità, che nelle altre sedi di attività delle AFT, anche in collegamento in telemedicina e teleconsulto con gli specialisti afferenti alla UCCP di riferimento e con il supporto dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (**IFeC**);
- la domiciliarità delle cure ai pazienti più fragili con il supporto dell'**IFeC** e in sinergia con i servizi distrettuali sanitari e socio-sanitari;
- Il riferimento clinico e l'assistenza medica per i pazienti ricoverati presso gli **Ospedali di Comunità (OdC)** presenti nel territorio di pertinenza.
- il monitoraggio della popolazione più fragile durante i periodi di particolare stress climatico (ondate di calore o di freddo intenso) o in occasione di eventi pandemici con il supporto dell'**IFeC** e in sinergia con i servizi distrettuali sanitari e socio-sanitari;
- la presa in carico delle patologie croniche e della multicronicità in collegamento con gli specialisti afferenti alla UCCP di riferimento e con il supporto dell'**IFeC** e, ove necessario, in sinergia con i servizi distrettuali sanitari e socio-sanitari, o in collegamento con specialisti presso strutture ospedaliere e ospedaliero-universitarie (percorsi clinico-diagnostico-terapeutici e riabilitativi condivisi);
- la promozione degli screening e la partecipazione attiva alle relative campagne (es.: consegna della provetta per il sangue occulto fecale nella prevenzione del tumore del colon retto; esecuzione di test rapidi per HCV; interventi proattivi per esecuzione mammografie e pap test; etc).

3.1.3 Modalità in integrazione tra l'assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria

Le AFT disporranno di una sede principale che potrà coincidere con un CdC ovvero con la sede della preesistente UCP, in collegamento in cooperazione applicativa con le CdC, garantendo comunque l'accessibilità nella sede di riferimento a completamento di quanto offerto dal proprio medico presso il relativo studio

Le AFT dei medici di cure primarie (MMG e PLS) assicureranno, l'accessibilità di tutti gli assistiti, articolando le proprie attività dalle ore 8,00 alle ore 20,00, dei giorni feriali, dal lunedì al venerdì

mentre, nella sede identificata come ACP delle AFT, assicureranno tale orario di apertura anche nei giorni di sabato e festivi, coadiuvati dai medici di cure primarie a rapporto orario coinvolti nelle AFT. Nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, i medici a rapporto orario sono chiamati ad assicurare prioritariamente la loro attività tutti i giorni dalle ore 20,00 alle ore 24,00 al fine di realizzare pienamente la continuità dell'assistenza in favore di tutta la popolazione afferente alla AFT, garantendo un riferimento preciso cui rivolgersi quando lo studio del proprio medico è chiuso. La copertura oraria quotidiana dalle 20.00 alle 8.00, in funzione della organizzazione aziendale e delle necessità assistenziali evidenziate, potrà essere assicurata presso le CdC HUB individuate per uno o più Distretti di riferimento dai medici di cure primarie a rapporto orario. Costoro potranno altresì garantire l'assistenza medica e il riferimento clinico per i pazienti ricoverati degli OdC presenti nell'ambito territoriale di riferimento della AFT di appartenenza, nonché partecipare alla costituzione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) previste in ogni Distretto.

3.1.4 Partecipazione delle AFT alla medicina di iniziativa

La necessità di differenziare e contestualizzare le strategie di intervento e quindi i percorsi assistenziali sulla base dei differenti bisogni risulta dirimente alla luce delle evoluzioni sociali ed epidemiologiche del Paese.

Una quota rilevante della popolazione italiana, destinata ad incrementarsi (11,7% della popolazione ultra settantacinquenne - dati ISTAT 2020), è costituita da persone anziane, spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da ulteriori fattori quali lo status socio-familiare, economico, culturale ed ambientale che condizionano l'accessibilità alle cure. Tali soggetti sono a rischio più elevato di utilizzo inappropriato (in eccesso o in difetto) dei servizi sanitari e/o socio-sanitari. Per tale ragione, la condizione di fragilità, che può precedere l'insorgenza di uno stato più grave e irreversibile, dovrebbe essere individuata precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e sociosanitari e variabili di contesto.

È altresì importante svolgere attività di prevenzione e promozione della salute sia nei soggetti sani, sia nei soggetti con condizioni di rischio, partendo dalle fasi più precoci della vita, contestualizzando gli interventi nei diversi *setting* e secondo un approccio intersettoriale e orientato all'equità.

La Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria (pubblica e/o convenzionata), ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa.

Lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbidità.

La Sanità di Iniziativa prevede un approccio globale, in un ottica di Welfare di Comunità, attenta all'influenza delle differenze biologiche, socio-economiche e culturali. Tale approccio prende in considerazione tutti gli altri aspetti bio-psico-sociali che incidono sulla salute e sulle fasi della vita dell'individuo durante gli interventi di promozione della salute, i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizza tutti i *setting* assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare prevenzione efficace, diagnosi e trattamenti equi, appropriati, differenziati ed efficaci, rispetto della persona, supporto allo sviluppo dell'empowerment e del diritto della autodeterminazione. Per essere più efficace la sanità di iniziativa (come già previsto nell'Expanded Chronic Care Model e ripreso nel Piano Nazionale della Cronicità) prevede il coinvolgimento e valorizzazione delle Comunità di appartenenza attraverso le due principali modalità di implementazione delle logiche di Community Building (quali il welfare di iniziativa e la valorizzazione delle reti sociali di comunità).

Iniziative necessarie sia per fare emergere a livello di Comunità bisogni di salute non espressi o rispondere a quelli non soddisfatti, e condividere interventi socio-sanitari sul territorio, che a supporto della presa in carico, nel proprio contesto di vita, dei casi più complessi e fragili per un più efficace contrasto all'istituzionalizzazione, in una ottica di "economia di rete" e di welfare integrato fra livelli essenziali di assistenza e livelli essenziali delle prestazioni sociali, secondo il disposto normativo combinato del D Lgs 299/1999 e della legge 328/2000, ma sufficientemente implementate nella loro potenziale interconnessione.

Gli strumenti della Sanità di Iniziativa sono i seguenti: (a) la presa in carico proattiva precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia; (b) l'educazione ai corretti stili di vita; (c) la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie; (d) la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza; (e) le prenotazioni delle prestazioni; (f) il sostegno e il controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostico-terapeutici, (g) il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es. familiari e cd. caregiver); (h) lo snellimento delle attività amministrative, i) gli interventi sul contesto di vita della persona e a livello della comunità di appartenenza per una presa in carico più efficiente ed efficace.

Attraverso i modelli della Sanità di Iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), con il coordinamento del Distretto sanitario e sociosanitario attraverso i propri operatori (Infermieri di Famiglia e Comunità IFeC, Ass. sociali, altri operatori e volontari), le persone considerate a maggior rischio sono intercettate tempestivamente e inserite (previo consenso informato) in un percorso di salute che prevede la possibilità d'coinvolgere proattivamente la persona al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche, migliorare l'adesione alla terapia prescritta, prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e la perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver, attivare il supporto sociale (pasti a domicilio, igiene

della persona e dell'abitazione, formazione del care-giver, contrasto alla solitudine, gruppi di auto-mutuo-aiuto, etc....),

La Sanità di Iniziativa per la parte relativa alla prevenzione deve essere in linea con gli indirizzi del Piano Regionale per la Prevenzione (PRP) e le indicazioni operative adottate dal Dipartimento di Prevenzione della ASL di riferimento.

Le metodologie di stratificazione della popolazione diventano strumenti fondamentali per definire le strategie e gli interventi di Sanità di Iniziativa più efficaci rispetto a quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne, per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, nel rispetto del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

Tutti gli strumenti a disposizione per la gestione del paziente (es. valutazione del rischio individuale, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale, Budget di salute) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socio-assistenziali attraverso la definizione del Progetto di salute.

In base alle caratteristiche epidemiologiche ed alla analisi dei bisogni di un dato territorio è fondamentale che le AFT (attraverso gli Studi Medici polifunzionali dei MMG e dei PLS) operino integrandosi funzionalmente con le articolazioni del Distretto di appartenenza, abbiano una diffusione capillare, cooperino con gli IFeC e gli Operatori sociali, nei processi di presa in carico globale e medicina di iniziativa.

In particolar modo il raccordo prioritario tra AFT e IFeC porterà alla possibilità di intervenire proattivamente e tempestivamente verso popolazioni target, pazienti cronici e multi-cronici (spesso a rischio per prescrizione di polifarmacoterapia) al fine di migliorare la aderenza al percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale e riabilitativo e ridurre il rischio per la salute delle persone assistite dai MMG/PLS.

3.2 Indirizzi programmatici per il coinvolgimento delle UCCP nella nuova rete di assistenza sanitaria territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77

La forma organizzativa multiprofessionale – UCCP opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità (cfr. art. 9, AA.CC.NN. vigenti MMG, PLS e Specialisti).

In sede di prima programmazione dovranno essere previste un numero di UCCP almeno pari alle Case di Comunità HUB (inizialmente 107 secondo quanto previsto dalla D.G.R. 332/2022), in quanto intorno a queste ultime si organizzano i percorsi assistenziali di cui le UCCP sono strumenti operativi che raccolgono al loro interno tutti i diversi attori dell'assistenza dai MMG/PLS, agli specialisti, agli IFEC.



Anche in questo caso la conformazione/composizione delle UCCP non può prescindere da una preliminare lettura dei bisogni assistenziali della popolazione relativa al bacino di afferenza delle CdC oltre che ad una analisi dell'offerta (pubblica, accreditato e privato) ed è compito delle singole Aziende provvedere alla gestione e al miglioramento di tale offerta nell'ambito di una appropriata committenza in coerenza con le politiche ed indicazioni regionali.

Ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una Unità Complessa di Cure Primarie. I medici del ruolo unico di assistenza primaria si raccordano tramite le AFT alle attività della forma organizzativa multiprofessionale nel rispetto della programmazione regionale.

Fermo restando il perseguimento di una diffusione che favorisca la prossimità dei presidi nei quali operano i medici del ruolo unico di assistenza primaria, le singole Aziende Sanitarie possono prevedere la istituzione della AFT presso la sede della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento. In conseguenza di questi principi le AFT che gravitano attorno ad una Casa della Comunità HUB faranno capo alla Unità Complessa di Cure Primarie che riconosce in quella sede il proprio riferimento fisico.

4 Monitoraggio

4.1.1 Indirizzi e indicatori per la strutturazione di un sistema di monitoraggio delle attività delle AFT e delle UCCP

In conformità a quanto indicato negli Accordi collettivi Nazionali vigenti e nella D.G.R. 643/2022, la programmazione regionale finalizzerà i successivi Accordi Integrativi regionali anche attraverso la definizione di indicatori di *performance*, di processo e di risultato.

La valutazione è l'elemento fondamentale di ogni progetto al fine di verificarne la validità e l'efficacia rispetto agli obiettivi prefissati. La valutazione delle *performances*, degli esiti intermedi e finali rappresenta lo strumento principale attraverso il quale valutare l'impatto sulla salute della popolazione del modello organizzativo identificato come adeguato alle esigenze di uno specifico territorio ed implementato secondo tali bisogni. Il significato e i criteri per la valutazione, nonché gli elementi da valutare, sono variabili dipendenti dagli obiettivi che le hanno guidate. Obiettivo dell'avvio della rete delle AFT con le Case della Comunità è rafforzare la capacità del SSR di operare come sistema vicino alla Comunità progettato per le persone e con le persone, per perseguire i principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità. A tal fine andranno sperimentate ed implementate a livello Distrettuale iniziative di Community building che, in seguito a valutazione regionale, potranno essere indicate come best practices da diffondere, previa appropriata contestualizzazione, sull'intero territorio quale nuovo modello di welfare socio-sanitario regionale di cui i convenzionati (MMG, PLS, Specialisti) saranno parte fondante. Ogni AFT ha una sua popolazione di riferimento per la quale andranno calcolati gli indicatori di qualità e prioritarizzazione degli interventi, così come previsti dalle Linee Guida regionali (D.G.R. 643/2022).

Tali indicatori andranno calcolati all'avvio dell'implementazione/attività delle CdC e delle AFT collegate e dovranno essere disponibili per il livello macro (Distretto) e il livello locale (aree sub-distrettuali bacini di riferimento delle CdC e AFT).

La messa in disponibilità di tali dati è una attività svolta dal Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio (DEP). In particolare, per valutare l'impatto della rete delle AFT e della CdC sulla salute pubblica è necessario disporre di dati subdistrettuali/geolocalizzati anche sulle coperture vaccinali e gli screening oncologici di popolazione, anche al fine di fruire del fondamentale ruolo del MMG/PLS nella promozione degli screening oncologici e delle vaccinazioni.

Le categorie di indicatori di seguito elencate intendono superare la logica del "vedere il territorio dalla finestra dell'Ospedale". Conseguentemente, accanto ai classici indicatori tarati su accessi ripetuti in Ospedale, ricoveri per complicanze e accessi impropri al Pronto Soccorso, che evidenziano un *drop out* dalla presa in carico territoriale, ne sono stati previsti di ulteriori declinati su principi di digitalizzazione, chiamata attiva, presa in carico e domiciliarità.

Nella tabella che segue si prevede un set di indicatori di sintesi.

Tabella 4. Definizione degli indicatori di monitoraggio

Categoria	Area	Descrizione	Indicatore	Fonte	Note
Processo	Rete delle AFT	Avvio della rete delle AFT nel Distretto	N. AFT attivate/ N. AFT da attivare	ASL/Distretto	Il numero delle AFT da attivare è definito dalla Regione, nell'analisi di contesto, e poi a livello di ASL ci sarà una definizione di numerosità distrettuale (1 a ogni 30.000 assistiti)
Processo	Rete delle UCCP	Inserimento delle UCCP nelle case della comunità	N. UCCP inserite in CdC/ TOT CdC attivate	ASL/Distretto	
Processo	Presa in carico	Invio al PDTA diabete	Pazienti diabetici presi in carico dal PDTA /tot pazienti diabetici dell'AFT	Fonte DEP per il denominatore	
Processo	Presa in carico	Invio al PDTA BPCO	Pazienti con BPCO presi in carico dal PDTA /tot pazienti con BPCO dell'AFT	Fonte DEP per il denominatore	
Esito	Copertura vaccinale	Copertura per influenza > 65 anni negli assistiti presi in carico AFT	% assistiti anziani > 65 aa vaccinati per antinfluenza/totale degli assistiti anziani > 65 aa presi in carico AFT	AVR	
Esito	Copertura vaccinale	Copertura per influenza < 65 anni nei pazienti cronici presi in carico AFT	% assistiti cronici < 65 aa vaccinati per antinfluenza/totale dei pazienti cronici < 65 aa presi in carico AFT	AVR - denominatore dei casi di patologie croniche è del DEP	si potrebbe selezionare anche solo 2-4 patologie più rilevanti
Esito	Copertura vaccinale	Copertura per pneumococco negli assistiti presi in carico AFT	% pop target vaccinata per antipneumococco/totale degli assistiti presi in carico AFT	AVR	
Esito	Screening oncologici	Adesione allo screening citologico nelle assistite prese in carico AFT	% pop target che ha aderito allo screening citologico/totale donne target prese in carico AFT		
Esito	Screening oncologici	Adesione allo screening mammografico nelle assistite prese in carico AFT	% pop target che ha aderito allo screening mammografico/totale donne target prese in carico AFT		
Esito	Screening oncologici	Adesione allo screening colonrettale nelle assistite prese in carico AFT	% pop target che ha aderito allo screening colonrettale/totale assistiti target prese in carico AFT		
Esito	Integrazione ospedale territorio	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC		Fonte SIO	
Esito	Integrazione ospedale territorio	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente		Fonte SIES	
Esito	Ricoveri evitabili	Tasso di ospedalizzazione per amputazione in diabetici per 100.000 residenti		Fonte SIO	

5 Indirizzi programmatici per l'attuazione di quanto previsto dal Decreto 29 luglio 2022 (tecnologie diagnostiche) e per la definizione di progetti di telemedicina

Tra le azioni e gli indirizzi che la Regione Lazio sta sviluppando nell'ambito della riorganizzazione dei modelli organizzativi si inseriscono anche i progetti di telemedicina di cui è chiamata a dare attuazione. L'innovazione tecnologica è parte integrante della riorganizzazione della assistenza sanitaria, e rappresenta una opportunità per ripensare i modelli di servizio in una logica di complementarità fra luoghi fisici, strumenti digitali, maggiore prossimità grazie alle tecnologie per la home care, e la effettuazione da remoto di parte delle attività di assistenza.

I servizi di telemedicina che MMG e PLS potranno implementare sono:

- Telerefertazione (ECG ed Holter), previo accordo con specialisti della UCCP di riferimento o del Distretto od ospedalieri;
- Teleconsulto specialistico, previo accordo con specialisti della UCCP di riferimento o del Distretto od ospedalieri. Le specialità mediche oggetto di teleconsulto saranno decise in funzione dei bisogni territoriali;
- Televisita da effettuare dai MMG per visite di controllo;
- Televisita tra pazienti e medici Specialisti della UCCP di riferimento;
- Teleassistenza: Servizi di telemedicina con il coinvolgimento attivo delle professioni sanitarie, in particolare IFeC.

L'erogazione di servizi di telemedicina potrà avvenire con diversa modalità; la Regione Lazio favorirà comunque l'uso di applicativi regionali. Tali applicativi regionali sono in corso di continuo aggiornamento e saranno sempre più adattabili e personalizzabili in relazione alle diverse esigenze cliniche ed organizzative dei diversi setting assistenziali.

In linea con le previsioni della D.G.R. 643/2022, ogni Azienda/Asl potrà scegliere l'uso di eventuali altre soluzioni tecnologiche che però dovranno obbligatoriamente dialogare con la piattaforma regionale ed osservare tutte le normative di interoperabilità, sicurezza e privacy, con particolare riguardo alle «*Indicazioni metodologiche per la perimetrazione delle proposte di PPP per la piattaforma nazionale di Telemedicina*» (Allegato PNRR – Missione 6, Component 1 (M6C1)).

I gestionali di studio medico in uso da parte dei MMG/PLS, già interoperabili con diverse piattaforme regionali (AVR; ASUR, SOGEI, FSE, etc.) dovranno, attraverso strumenti di cooperazione applicativa, interagire con i diversi applicativi regionali per la necessaria condivisione, previo consenso informato, delle informazioni assistenziali riguardanti i propri assistiti nella prospettiva di poter alimentare il FSE.

In una logica di interoperabilità richiesta dalle nuove indicazioni metodologiche condivise del Ministero della Salute e Agenas le informazioni sanitarie non sono di proprietà di chi usa l'applicativo ma devono essere condivise nel FSE che potrà così diventare il repository di riferimento di ogni assistito.

La gestione dei dati sensibili e del relativo regime di privacy è sempre e comunque gestita dai singoli cittadini che potranno decidere se oscurare, parzialmente o totalmente, il FSE ai sanitari, in conformità con le previsioni normative vigenti.

Con Decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022, recante «*Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta*», è stato inoltre ripartito in quota capitaria alle regioni un contributo pari a € 235.834.000,00 per far fronte al fabbisogno di apparecchiature sanitarie finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni diagnostiche di competenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, la cui acquisizione sarà regolamentata a livello regionale.

In particolare, con il predetto decreto (art. 2) è stato previsto che le apparecchiature di diagnostica di primo livello, in coerenza con la riorganizzazione della rete territoriale del Servizio Sanitario Nazionale indicata dalla Component 1 della Missione 6 del PNRR e dal regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, di cui all'art.1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, e al decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 vengano assegnate prioritariamente:

- alle Case della Comunità hub;
- alle Case della Comunità spoke;
- agli spoke rappresentati dagli studi dei MMG e PLS;
- alle aggregazioni di medicina di gruppo.

Tale ripartizione prenderà in considerazione le caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e una maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne, rurali, piccole isole e periferie urbane, nel pieno rispetto del principio di prossimità.

Le modalità di rilevazione dell'attività erogata, le specifiche tecniche della documentazione relativa agli atti medici eseguiti con il supporto delle apparecchiature acquistate, le modalità di alimentazione del FSE, gli indicatori minimi di processo e di risultato saranno definiti da un tavolo tecnico congiunto Ministero della Salute e dalle regioni.

Sarà rimandata alle singole Aziende la programmazione della distribuzione dei *devices* previsti sulla base della analisi dei fabbisogni da attuarsi entro il primo semestre 2023.

In linea con le previsioni di cui all'art. 2, comma 2, del decreto sopra emarginato, le apparecchiature di diagnostica di primo livello per garantire la prossimità dell'assistenza e l'erogazione di prestazioni di competenza dei medici di medicina generale nonché dei pediatri di libera scelta ai soggetti fragili affetti da patologie croniche, sono essenzialmente le seguenti:

- POCT (glucosio, creatinina, esame delle urine, quadro lipidico, emocromo, potassio, PCR);
- Elettrocardiografo;
- Holter pressorio;

- Spirometro;
- Ecografo;
- Pulsossimetro;
- Oftalmoscopio.

Tali strumenti devono garantire l'interoperabilità con le piattaforme informative regionali, con la Piattaforma Regionale e quindi nazionale di telemedicina e con i servizi di telemedicina previsti dalla Component 1 della Missione 6 del PNRR nonché con il fascicolo sanitario elettronico (FSE) secondo quanto disposto dal D.M. del 21 settembre 2022 "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio"

L'utilizzo di tali apparecchiature sanitarie avviene nell'ambito dei compiti del MMG/PLS. Le prestazioni erogate da parte dei MMG e PLS mediante tali apparecchiature rientrano nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza sanitaria di base assicurati a livello del Distretto e sotto la sua supervisione e responsabilità.

6 Obblighi informativi (fonti informative e strumenti di monitoraggio disponibili a livello regionale e indicazioni per la programmazione di futuri flussi informativi)

Al fine di poter rendere la rete delle cure primarie effettivamente funzionante non è possibile prescindere dalla condivisione delle informazioni attraverso sistemi informatici interoperabili che consentano l'accesso dei medici alle piattaforme regionali in cooperazione applicativa con i loro gestionali di studio.

Attraverso i servizi regionali di cooperazione applicativa già sviluppati (AVR; ASUR, SOGEI, FSE PRENOTAZIONE PRESTAZIONI; ATTIVITA' COVID CORRELATE) o di prossimo rilascio, sarà possibile condividere in maniera organica i dati relativi alle prestazioni erogate (PPIP, vaccinazioni, visite domiciliari).

Parimenti, di fondamentale importanza è l'accesso e l'utilizzo dei dati clinici degli assistiti in cura, che sarà garantito grazie al FSE, sempre attraverso i servizi di cooperazione.

In conformità con quanto previsto dal PNRR, infatti, il FSE diventerà uno strumento chiave per l'accesso delle persone ai propri dati sanitari, ma anche ai servizi del SSN, all'interno di un ecosistema di servizi basati sugli strumenti digitali e sulla accessibilità *by design*.

Gli MMG e i PLS, in questo scenario, dovranno essere attori protagonisti raccogliendo i consensi dei propri assistiti alla consultazione FSE da parte degli operatori sanitari e gestendo il Profilo Sanitario Sintetico dell'Assistito (Patient Summary).

A quel punto gli stessi avranno a disposizione, con il Coordinamento del Distretto sanitario e socio-sanitario, uno strumento che permette facilmente:

- La condivisione di informazioni e consulto tra professionisti nell'erogazione delle cure
- La prenotazione prestazioni
- Il supporto per l'applicazione dei principi di appropriatezza prescrittiva nel processo di cura
- La presa in carico e monitoraggio aderenza alle cure dei pazienti
- La prevenzione primaria e secondaria
- La gestione dei PDTA

7 Formazione continua (indicazioni per la programmazione delle attività di formazione continua)

In conformità ai vigenti Accordi Collettivi Nazionali, gli Accordi Integrativi Regionali definiranno il fabbisogno regionale per la realizzazione degli obiettivi di formazione continua.

Nel contesto attuale un sistema sanitario che vuole adeguarsi alle innovazioni (intese come cambiamenti strutturali e organizzativi) dovrà necessariamente considerare un percorso di forte connessione tra l'organizzazione e la formazione.

Il piano pandemico, il PNRR, il nuovo modello di assistenza territoriale e i nuovi modelli di erogazione dei servizi stanno facendo emergere la necessità di acquisire nuove competenze manageriali, tecniche e digitali, evidenziando l'urgenza di una rivalutazione delle professionalità presenti ed un nuovo e strutturale investimento sulle competenze, al fine di affrontare le mutate condizioni di contesto.

L'investimento in formazione, sia per il *top* che per il *middle management*, sempre di più orientato a gestire competenze trasversali, che comprendono conoscenze tanto sanitarie quanto tecnologiche/organizzative, deve tener conto dei nuovi setting assistenziali, del potenziamento di quelli già consolidati e dello sviluppo di nuovi processi erogativi. Tali esigenze si inseriscono in un contesto storico di forte cambiamento, caratterizzato da una significativa evoluzione delle professioni sanitarie, collegate alla richiesta di maggiori competenze digitali e alla gestione delle nuove tecnologie utilizzate per assistere le persone.

In forza di quanto sopra, dovrà dunque prevedersi l'implementazione del programma formativo del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale con elementi relativi alle nuove forme organizzative e ai nuovi *setting* assistenziali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità, le cure domiciliari, la medicina di iniziativa, le centrali operative e di coordinamento territoriale).

In parallelo dovrà prevedersi lo sviluppo della formazione ECM (Educazione Continua in Medicina) e della formazione per il *middle* ed il *top management*, integrandola con elementi relativi alle nuove tecnologie, la telemedicina, le nuove forme organizzative, la sanità digitale e il fascicolo sanitario, con focus sulla gestione operativa e l'innovazione organizzativa, la transizione digitale e la semplificazione dei servizi al cittadino, correlata ad una appropriata comunicazione sui temi della salute ed appropriato utilizzo del welfare regionale per ridurre il rischio di utilizzo inappropriato (in eccesso o in difetto) dei servizi sanitari e/o socio-sanitari.

A questo proposito, si intende produrre un'offerta formativa complessa e innovativa, attraverso programmi strutturati e condivisi a livello regionale.

La formazione avverrà attraverso due livelli di attività:

- attività di programmazione (con pagina web sul sito regionale dedicato) di micro-eventi di formazione sanitaria (eventi singoli o corsi strutturati di breve durata), su argomenti organizzativi o clinici oggetto di attività regionali o di evidenze promosse dai gruppi di lavoro regionali. In particolare, è necessario garantire che i contenuti siano disponibili ovunque con una connessione internet (e.g. attività formativa con webinar brevi, sessioni con *questions and answers*, video *tutorial*, pdf) e con capacità di interattività in modo sincrono ed asincrono;
- attività formative cliniche presso ambulatori territoriali/ospedalieri e/o reparti ospedalieri.
- attività di formazione sul campo multidisciplinare (sanitario e/o socio-sanitario) secondo la metodologia di audit e feedback di attività specifiche cliniche e/o organizzative.
- La strategia formativa sarà di tipo integrato prevedendo formati didattici in *microlearning* a livello regionale e formazione *blended* a cascata a livello aziendale (anche FSC).

La produzione dei moduli formativi sarà sviluppata a livello regionale avvalendosi del provider ECM Laziocrea e sarà definito un gruppo di progettazione formativa regionale con un Coordinatore Scientifico ed un Coordinatore Didattico.

Le specifiche del nuovo Piano di Formazione e di Formazione Continua verranno definite nel Piano Triennale del fabbisogno formativo 2022-2024, nel Piano Operativo per l'incremento delle competenze digitali del 2022 e all'interno dei corsi di formazione manageriali e del corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.