



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Reg. delib. n. 1507

Prot. n.

VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE

OGGETTO:

Macro modello organizzativo per lo sviluppo della rete dell'assistenza territoriale del servizio sanitario della Provincia autonoma di Trento - approvazione dell'Atto di programmazione dell'assistenza territoriale in applicazione degli Accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati.

Il giorno **18 Agosto 2023** ad ore **09:10** nella sala delle Sedute
in seguito a convocazione disposta con avviso agli assessori, si è riunita

LA GIUNTA PROVINCIALE

sotto la presidenza del

PRESIDENTE

MAURIZIO FUGATTI

Presenti:

VICEPRESIDENTE
ASSESSORE

MARIO TONINA
MIRKO BISESTI
ROBERTO FAILONI
STEFANIA SEGNANA
GIULIA ZANOTELLI

Assenti:

ASSESSORE

MATTIA GOTTARDI
ACHILLE SPINELLI

Assiste:

IL DIRIGENTE

NICOLA FORADORI

Il Presidente, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta

LA GIUNTA PROVINCIALE

Visto il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), in particolare la Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

Visto il decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, con il quale il Ministero della Salute, in ottemperanza agli obiettivi del PNRR, ha approvato il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

Richiamata la deliberazione della Giunta provinciale n. 223 del 10 febbraio 2023, che ha approvato il Macro modello organizzativo per lo sviluppo della rete dell'assistenza territoriale del servizio sanitario della Provincia di Trento, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del citato D.M. n. 77/2022, e nella quale si rinvia, per quanto riguarda l'assetto della medicina convenzionata, ad un apposito atto di programmazione da approvarsi in applicazione degli Accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati.

Visto il D.L. n. 158 del 2012, convertito in legge n. 189 del 2012, che ha previsto che le Regioni definiscano l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria attraverso l'istituzione di forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie.

Vista la legge provinciale sulla tutela della salute che, all'articolo 33, comma 4 bis, ha previsto l'istituzione in ogni distretto sanitario delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e di una o più unità complesse di cure primarie (UCCP), quali forme organizzative della medicina convenzionata per l'erogazione delle cure primarie, rispettivamente monoprofessionali e multiprofessionali.

Visti gli Accordi collettivi nazionali vigenti per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta, approvati con intesa della Conferenza Stato-Regioni del 28 aprile 2022, che all'art. 8 prevedono la definizione da parte delle Regioni/Province autonome di atti di programmazione volti a istituire le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, osservando i seguenti criteri generali: a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale; b) istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa; c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi.

Vista l'analoga previsione contenuta nell'art. 6 dell'Accordo collettivo nazionale vigente per gli specialisti ambulatoriali e altre professionalità ambulatoriali approvato con intesa della Conferenza Stato-Regioni del 31 marzo 2020, modificato con successivo Accordo approvato con intesa del 20 maggio 2021.

Visto il nuovo regolamento di organizzazione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 857 del 13 maggio 2022.

Dato atto che, in applicazione degli Accordi nazionali richiamati e in coerenza con il macro modello organizzativo per lo sviluppo della rete dell'assistenza territoriale, è stato elaborato l'allegato Atto di programmazione dell'assistenza territoriale, che troverà attuazione attraverso i nuovi Accordi integrativi provinciali per i medici convenzionati, per la stipulazione dei quali rappresenta direttiva vincolante.

Dato atto che tale documento è stato condiviso dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari nel corso del mese di luglio ed illustrato alle Organizzazioni sindacali dei medici convenzionati in data 27 luglio 2023 e 1 agosto 2023.

A voti unanimi espressi nelle forme di legge,

delibera

1) di approvare l'Atto di programmazione dell'assistenza territoriale, in applicazione degli Accordi collettivi nazionali vigenti dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti e professionisti ambulatoriali convenzionati, quale allegato parte integrante della presente deliberazione;

2) di dare atto che l'Atto di programmazione di cui al punto 1) integra il Macro modello organizzativo per lo sviluppo della rete dell'assistenza territoriale del servizio sanitario provinciale, approvato con precedente deliberazione della Giunta provinciale n. 223 del 10 febbraio 2023;

3) di dare atto che l'Atto di programmazione dei cui al punto 1) troverà attuazione attraverso i nuovi Accordi integrativi provinciali per i medici convenzionati, per la stipulazione dei quali rappresenta direttiva vincolante.

Adunanza chiusa ad ore 10:30

Verbale letto, approvato e sottoscritto.

Elenco degli allegati parte integrante

001 Atto di programmazione dell'assistenza territoriale

IL PRESIDENTE

Maurizio Fugatti

Questo atto, se trasmesso in forma cartacea, costituisce copia dell'originale informatico firmato digitalmente, predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle Linee guida AgID (artt. 3 bis, c. 4 bis, e 71 D.Lgs. 82/2005). La firma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del responsabile (art. 3 D.Lgs. 39/1993).

IL DIRIGENTE

Nicola Foradori

Questo atto, se trasmesso in forma cartacea, costituisce copia dell'originale informatico firmato digitalmente, predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle Linee guida AgID (artt. 3 bis, c. 4 bis, e 71 D.Lgs. 82/2005). La firma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del responsabile (art. 3 D.Lgs. 39/1993).



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

ATTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

ai sensi degli Accordi collettivi nazionali vigenti dei medici convenzionati

Premessa

1 - L'assetto organizzativo dell'assistenza medica a livello territoriale: analisi di contesto

- 1.1. Contesto socio demografico
- 1.2. L'attuale assetto organizzativo provinciale dell'assistenza medica territoriale

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

3 - Il nuovo assetto dell'assistenza medica territoriale in attuazione degli Accordi collettivi nazionali dei professionisti convenzionati

3.1 Le forme organizzative monoprofessionali (AFT) delle cure primarie: indirizzi programmatici

- 3.1.1 Le AFT della medicina generale
 - Funzioni e compiti
 - Individuazione
 - Regolamento interno e referente

- 3.1.2 Le AFT della pediatria di libera scelta
 - Funzioni e compiti
 - Individuazione
 - Regolamento interno e referente

- 3.1.3 Le AFT della specialistica ambulatoriale
 - Funzioni e compiti
 - Individuazione
 - Regolamento interno e referente

3.2 Le forme organizzative multiprofessionali (UCCP): indirizzi programmatici

- Funzioni e compiti
- Individuazione
- Il coordinatore di UCCP

3.3 Rapporto ottimale e massimali

3.4 Sistema di monitoraggio delle attività delle AFT e delle UCCP

4 - Indirizzi programmatici in tema di obblighi informativi e utilizzo di tecnologie per lo sviluppo della rete territoriale

- 4.1 Obblighi informativi e indicazioni per l'attivazione e l'utilizzo dei flussi informativi provinciali
- 4.2. Telemedicina e tecnologia nell'assistenza territoriale

5 - Formazione continua - indicazioni per la programmazione

Premessa

Gli Accordi collettivi nazionali della medicina generale e della pediatria di libera scelta entrati in vigore il 28 aprile 2022 prevedono che i medici di medicina generale e i pediatri operino all'interno dell'assetto organizzativo determinato dalla programmazione regionale/provinciale, nel rispetto della normativa vigente e delle indicazioni degli Accordi medesimi (art. 2, comma 3).

A tal fine gli Accordi prevedono che le Regioni/Province autonome definiscano gli atti di programmazione volti a istituire le forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, osservando i seguenti criteri generali:

- a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale/provinciale;
- b) istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa;
- c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi (art. 8, comma 2, ACN).

Indicazioni analoghe sono previste anche nell'Accordo collettivo nazionale dei medici specialisti ambulatoriali e dei professionisti ambulatoriali del 31 marzo 2020 e s.m.i. (art. 6), nell'ottica di valorizzare il lavoro in rete e il principio della multiprofessionalità.

Il presente documento rappresenta pertanto l'atto di programmazione per l'individuazione del nuovo assetto organizzativo della medicina convenzionata e per la disciplina degli ulteriori aspetti per i quali gli Accordi collettivi nazionali di riferimento rinviano ad indicazioni programmatiche regionali/provinciali.

Costituisce altresì direttiva vincolante per la definizione dei nuovi Accordi integrativi provinciali, che saranno siglati con le Organizzazioni sindacali dei medici convenzionati nell'ambito degli organismi a ciò deputati.

Il presente atto si inserisce nel quadro generale della riforma della rete di assistenza sanitaria territoriale prevista dal PNRR e rappresenta un capitolo dell'atto di programmazione provinciale riguardante l'assetto organizzativo della rete territoriale definito in attuazione del D.M. 23 maggio 2022 n. 77 e approvato dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 223 del 10 febbraio 2023.

Con riferimento all'organizzazione attuale della medicina convenzionata va evidenziato che nel corso degli anni la medicina generale e la pediatria di libera scelta si sono strutturate in maniera capillare e diffusa sul territorio sia con i singoli studi medici, sia con le forme organizzative delle cure primarie, creando un assetto coerente con gli obiettivi del PNRR e del D.M. n. 77/2022 e sul quale si possono innestare le nuove forme organizzative previste.

Con il presente atto si intende, pertanto, confermare il percorso già avviato di riorganizzazione dell'assistenza territoriale potenziando l'attività della medicina convenzionata quale componente fondamentale del territorio e parte integrante dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

1. L'assetto organizzativo dell'assistenza medica a livello territoriale: analisi di contesto

1.1. Contesto socio demografico

Al primo gennaio 2022 la popolazione residente in Trentino era di 540.958 persone. Nel corso del 2021 i nati vivi residenti sono stati 4.185 e il conseguente tasso di natalità, pari a 7,7‰ abitanti, è risultato tra i più alti in Italia (media nazionale: 6,8‰). Il numero dei morti residenti è stato di 5.502 persone, a cui corrisponde un tasso di mortalità del 10,1‰ abitanti, al di sotto della media nazionale pari al 12,0‰.

La struttura per età della popolazione, relativa al 2022, conferma un processo di invecchiamento in fase piuttosto avanzata. Gli anziani over 65 rappresentano il 22,8% della popolazione totale (circa 123.600), percentuale inferiore alla media nazionale (23,8%). Il numero degli over 65, secondo le proiezioni ISTAT, tenderà a crescere nei prossimi anni, così come l'andamento nazionale. Le persone con più di 75 anni rappresentano l'11,5% (circa 62.350) della popolazione totale, mentre le persone con meno di 15 anni sono il 13,7% (circa 74.275).

La struttura per età della popolazione è il risultato congiunto di natalità, mortalità e migratorietà. La speranza di vita alla nascita ha subito un arresto nel 2020 a causa della pandemia Covid-19, ma nel 2021 è tornata a salire (81.3 anni negli uomini e 86.3 anni nelle donne). L'indice di vecchiaia risulta superiore a quello dell'anno precedente ed è pari a 166,7, cioè ogni 100 giovani fino ai 14 anni ci sono circa 167 persone sopra i 64 anni (la media italiana è pari a 187,9).

Gli stranieri residenti sul territorio provinciale al primo gennaio 2022 corrispondono all'8,5% della popolazione (45.797, 3.468 in meno rispetto al 2021, in linea con il trend in calo degli ultimi anni). L'età degli stranieri è molto più giovane di quella della popolazione trentina: per quest'ultima i minorenni sono il 16,4% e gli anziani (65 anni e oltre) il 24,5% del totale, mentre per i cittadini stranieri il 21,2% è minorenne e gli anziani sono solamente il 5,7% del totale. Complessivamente il 59,6% dei cittadini stranieri ha meno di quarant'anni.

Riguardo ai profili di salute della popolazione, i dati (fonte: *Sistema di sorveglianza della popolazione Passi d'Argento - Profilo di salute della provincia di Trento, aggiornamento 2019*) evidenziano che oltre la metà delle persone over 65 (55%) ha almeno una patologia cronica, condizione più frequente tra gli uomini (60% vs 50% delle donne), all'aumentare dell'età (45% nei 65-74enni, 65% 75 anni e più), tra gli anziani in difficoltà economica (66% vs 52% senza difficoltà) e tra gli anziani fragili o con disabilità (72% fragili, 82% disabili vs 47% in buona salute).

Le principali cause di morte sono le malattie cardiovascolari (34%) e i tumori (31%), soprattutto del polmone, del colon-retto e della mammella.

1.2. L'attuale assetto organizzativo provinciale dell'assistenza medica territoriale

Nella Provincia autonoma di Trento è presente un'unica Azienda provinciale per i servizi sanitari. A seguito della sua recente riorganizzazione sono stati istituiti tre nuovi Distretti sanitari (Nord, Sud ed Est - deliberazione della Giunta Provinciale n. 2405 d.d. 30 dicembre 2021), che garantiscono in ogni territorio i servizi di assistenza sanitaria primaria e attuano la gestione integrata di attività sanitarie, sociali e socio-sanitarie e assicurano attività, servizi e prestazioni dei livelli essenziali di assistenza distrettuale e socio-sanitaria previsti dalla normativa nazionale, nonché dei livelli provinciali aggiuntivi.

In Provincia al primo gennaio 2023 operavano n. 330 medici di assistenza primaria, 111 medici di continuità assistenziale, 66 pediatri di libera scelta, 79 specialisti ambulatoriali e 12 psicologi ambulatoriali.

Gli **ambiti territoriali di scelta medica**, ossia i territori presi a riferimento per individuare il numero di medici e pediatri da inserire, nei confronti dei quali di norma i cittadini residenti in quel territorio effettuano la scelta medica, sono definiti dalla Giunta provinciale con deliberazioni n. 748 del 2013 e s.m., per i medici di medicina generale, e n. 315 del 2022, per i pediatri.

I **medici di assistenza primaria** svolgono la loro attività principalmente in forme associative. Con l'accordo provinciale del 9 novembre 2021 è stata introdotta la medicina di gruppo integrata (MGI), quale nuova tipologia di associazione che dovrebbe sostituire le altre forme preesistenti (medicina di gruppo, medicina in rete e associazione periferica complessa). A luglio 2023 risultano costituite n. 50 MGI, distribuite in modo omogeneo sul territorio provinciale, con l'adesione di n. 239 medici (circa il 73%).

TABELLA N. 1

Distretto sanitario	Ambito territoriale	N. MMG	N. medici in MGI	N. medici in altre forme associative	N. medici singoli
DISTRETTO NORD	Trento e Valle dei laghi	82	53	26	3
	Rotaliana- Paganella	22	16	0	6
	Val di Non	23	14	4	5
	Val di Sole	10	9	0	1
DISTRETTO SUD	Vallagarina	55	53	0	2
	Alto Garda e Ledro	32	23	8	1
	Valli Giudicarie e Rendena	25	22	0	3
DISTRETTO EST	Alta Valsugana	31	24	4	3
	Bassa Valsugana	15	9	4	2
	Primiero	8	3	3	2
	Val di Fiemme	13	10	0	3
	Val di Fassa	7	0	6	1
	Val di Cembra	7	3	0	4
totale		330	239	55	36

Nella **pediatria di libera scelta** le forme associative coinvolgono, a luglio 2023, n. 60 pediatri su 66. Si tratta principalmente di associazioni semplici e alcune pediatrie di gruppo.

TABELLA N. 2

Distretto sanitario	Ambito territoriale	N. PLS	N. pediatri in gruppo o MGI	N. pediatri in associazione	N. pediatri singoli
DISTRETTO NORD	Trento e Valle dei laghi	16	7	8	1
	Rotaliana- Paganella	4	1	3	0
	Val di Non	4	0	4	0
	Val di Sole	2	0	2	0
DISTRETTO SUD	Vallagarina	12	2	9	1
	Alto Garda e Ledro	7	0	7	0
	Valli Giudicarie e Rendena	5	2	2	1
DISTRETTO EST	Alta Valsugana	7	1	6	0
	Bassa Valsugana	3	0	3	0
	Primiero	1	0	0	1
	Val di Fiemme e Val di Fassa	3	0	2	1
	Val di Cembra	2	1	0	1
totale		66	14	46	6

Il **servizio di continuità assistenziale** è organizzato in 22 sedi, con un fabbisogno teorico complessivo di n. 116 medici. Sono inoltre previste n. 5 sedi stagionali attive in alcuni mesi dell'anno. L'accesso al servizio di continuità assistenziale avviene contattando il numero unico 116117, dove il personale della Centrale operativa provvede al trasferimento di chiamata al medico del servizio di continuità assistenziale territorialmente competente. Presso le sedi è garantito un servizio ambulatoriale.

TABELLA N. 3

Distretto sanitario	Sede di continuità assistenziale	N. medici teorico
DISTRETTO NORD	Trento	20
	Calavino	4
	Mezzolombardo	4
	Predaia-Taio	4
	Fondo	4

	Pellizzano	4
DISTRETTO SUD	Rovereto	8
	Mori	4
	Ala	4
	Folgaria	4
	Riva del Garda	8
	Ledro-Bezzecca	4
	Condino	4
	Pinzolo	4
	Comano Terme	4
	DISTRETTO EST	Pergine Valsugana
Borgo Valsugana		4
Pieve Tesino		4
Primiero-San Martino di Castrozza		4
Predazzo		4
Pozza di Fassa		4
Cembra-Lisignago		4
Totale		116

Gli **specialisti ambulatoriali convenzionati** con l'Azienda sanitaria al 1 gennaio 2023 sono n. 79, per un totale di 94.948 ore svolte nel 2022 nelle discipline indicate nella tabella seguente, e gli psicologi ambulatoriali sono n. 12, per un totale di 12.163 ore svolte nel 2022.

TABELLA N. 4

DISCIPLINA SPECIALISTICA	Totale ore anno 2022 garantite dagli specialisti - SAI
Odontoiatria	16828
Dermatologia	9072

Ostetricia-ginecologia	8752
Cardiologia	8198
Oculistica	7582
Fisiochinesiterapia	7087
Med-Sport	6354
Otorinolaringoiatria	6255
Reumatologia	5047
Allergologia	3383
Neurologia	3201
Med-Interna	2042
Psichiatria/Med.Psico.	2096
Igiene-MedPrev	1965
CH-Vascolare	1897
Genetica - Medica	1750
Endocrinologia	1285
Pediatria	1104
Gastroenterologia	1050

All'interno dei Distretti sanitari, con il Regolamento di organizzazione aziendale è stata prevista la costituzione delle **Reti Professionali Locali** (RPL), che rappresentano l'insieme dei medici convenzionati, degli infermieri del territorio e degli altri professionisti sanitari e medici dipendenti che in ciascun ambito territoriale presidiano la salute della popolazione che lo abita. Le RPL hanno caratteristiche funzionali e integrano e organizzano i professionisti operanti nell'ambito della rete stessa, al fine di garantire vicinanza, facile accessibilità e continuità assistenziale, in particolare nella presa in carico e gestione domiciliare delle situazioni di cronicità e polipatologia, e per facilitare il coinvolgimento attivo dei pazienti e l'integrazione multiprofessionale dei processi assistenziali. Sono parte integrante delle RPL anche le farmacie del territorio in un'ottica di servizi forniti ai pazienti cronici.

In particolare le RPL facilitano momenti di confronto professionale e interprofessionale e di formazione soprattutto nell'ambito della realizzazione degli obiettivi aziendali e, in divenire, degli obiettivi assegnati ai medici convenzionati nell'ambito delle forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali della rete. Possono farsi promotrici per lo sviluppo di sinergie nei protocolli diagnostici terapeutici comuni a tutti gli utenti, facilitando l'integrazione multiprofessionale dei processi assistenziali. Nel contesto della telemedicina le RPL assicurano il coordinamento tra i professionisti

territoriali e i Centri erogatori secondo quanto previsto dal modello organizzativo per la telemedicina approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 1167 dd.30 giugno 2023.

Nel Regolamento di organizzazione dell'Azienda sanitaria sono state individuate n. 13 RPL.

L'assetto organizzativo dell'assistenza territoriale nel suo complesso è oggetto di un'importante riforma, nell'ambito delle previsioni del PNRR e in particolare della Missione 6 "Salute", in attuazione delle quali la Giunta provinciale, con deliberazione n. 696 del 22 aprile 2022, ha approvato il Piano operativo provinciale (POP) e indicato i principali interventi strutturali e organizzativi previsti.

In attuazione della Missione 6 - Componente 1 (M6C1) "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" sono previsti interventi finalizzati:

1. al potenziamento della rete dell'assistenza territoriale con la realizzazione di nuove strutture e presidi sanitari sul territorio che migliorano l'accessibilità e ampliano la disponibilità di servizi di prossimità ai cittadini;
2. al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, anche grazie all'impiego della telemedicina.

Con deliberazione della Giunta provinciale n. 972 del 27 maggio 2022 è stato approvato lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) e riapprovato il Piano operativo provinciale.

Nello specifico, con riferimento al punto 1, con deliberazione n. 223 di data 10 febbraio 2023 la Giunta provinciale ha approvato il "*Macro modello organizzativo per lo sviluppo della rete dell'assistenza territoriale*" secondo il percorso tracciato dal D.M. 23 maggio 2022 n. 77, per l'adeguamento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale sulla base degli standard individuati da detto decreto. Nell'ambito di tale modello, sulla Componente 1 della Missione 6 PNRR, sono state previste in particolare n. 10 **Case di Comunità**, n. 3 **Ospedali di comunità** e n. 5 **Centrali operative territoriali (COT)** e sono state previste le **Unità di continuità assistenziale (UCA)** come di seguito indicato.

TABELLA N. 5

Distretto sanitario	Comune	Indirizzo	Case di Comunità (CdC) previste PNRR	Centrali Operative territoriali (COT)	Ospedali di Comunità
DISTRETTO NORD	Trento	Via Unterveger, 52	CdC hub		/
		Via Pedrotti 16	/	COT	/
	Mezzolombardo	Centro sanitario S. Giovanni	/	/	Ospedale
	Cles	Via Armando Diaz, 17	CdC spoke	COT	/
	Malè	Via IV novembre, 8	CdC spoke	/	/
DISTRETTO SUD	Rovereto	Via Lungo Leno SX, 18	CdC hub	COT	/
	Ala	P.zza Papa Giovanni XXIII, 13	CdC hub	/	Ospedale

	Riva del Garda	Via Rosmini, 5/B	CdC hub	COT	/
DISTRETTO EST	Pergine Valsugana	Via San Pietro, 2	CdC hub	COT	Ospedale
	Borgo Valsugana	Corso Vicenza, 9	CdC hub	/	/
	Predazzo	Via G. Marconi, 20	CdC hub	/	/
	Sèn Jan di Fassa	Strada di Prè de Gejia, 4	CdC hub	/	/

Per quanto riguarda il **Centro per i Servizi Sanitari di Trento Sud**, il **Centro Sanitario S. Giovanni di Mezzolombardo** e la **sede polivalente di Primiero-S. Marino di Castrozza**, realtà rispettivamente di grandi, medie e piccole dimensioni, le stesse rappresentano strutture operative attive da anni e organizzate secondo la logica della Casa della Comunità.

Con riferimento al punto 2 e all'assistenza domiciliare, si è previsto un rafforzamento dei servizi domiciliari in particolare nei confronti della popolazione di età superiore ai 65 anni ed è stata confermata la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) come figura professionale di riferimento, che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.

Riguardo alla telemedicina, con deliberazione della Giunta provinciale n.1058 del 10 giugno 2022, sono state adottate a livello locale le "*Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare*" approvate con D.M. del 29 aprile 2022, che definiscono il modello organizzativo per l'implementazione dei diversi servizi di telemedicina nel setting domiciliare, attraverso la razionalizzazione dei processi di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi, consentendo di erogare servizi attraverso team multiprofessionali anche a distanza.

Nelle linee guida inoltre è esplicitato il ruolo/funzione del MMG/PLS/Medico del Distretto/Specialista che opera in qualità di responsabile clinico del percorso assistenziale (clinical manager) richiede, prescrive o attiva direttamente la prestazione in telemedicina e, in alcuni casi, la eroga.

Con deliberazione della Giunta provinciale n. 1167 del 30 giugno 2023 è stato approvato il Documento di programmazione provinciale per la telemedicina, con individuazione del modello organizzativo (in relazione alla telemedicina e alla Missione 6 - Componente 2 "Innovazione e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale" si veda anche il successivo capitolo 4).

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

Nel quadro descritto, un ripensamento dell'assistenza territoriale va orientato verso un miglioramento della capacità di presa in carico dei cronici e verso un investimento su interventi di prevenzione primaria (medicina di iniziativa, promozione della salute, ecc...) a contrasto dei principali fattori per le malattie croniche (miglioramento stili di vita).

Vanno considerati inoltre i nuovi bisogni evidenziati anche dalla pandemia da SARS-CoV-2 nelle diverse fasce di età e anche nell'età evolutiva. Infatti, la pandemia e le misure intraprese per il suo contenimento hanno avuto, e probabilmente continueranno ad avere, effetti considerevoli nella vita delle persone, specialmente quelle di minore età, con ripercussioni sul loro benessere psico-fisico.

L'obiettivo principale del presente Atto di programmazione, in linea con quanto previsto dal PNRR e dal DM 77/2022, è di garantire equa copertura nei servizi offerti al fine di consentire una presa in carico uniforme dei bisogni della popolazione, migliorando l'accessibilità ai servizi offerti e favorendo la prossimità.

Gli interventi in materia di assistenza primaria si dovranno sviluppare facendo riferimento agli indirizzi contenuti nei seguenti atti:

- le linee guida approvate con deliberazione della Giunta provinciale n.1850 del 5 ottobre 2018 per l'attuazione del Piano Nazionale Cronicità, che prevedono la costruzione di un modello organizzativo e funzionale integrato per la presa in carico della cronicità e della fragilità basato anche sulla medicina di iniziativa;
- il Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025 approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 2160 del 10 dicembre 2021, che ha definito gli obiettivi strategici in tema di prevenzione e le azioni per la loro realizzazione, in attuazione del Piano nazionale 2020-2025;
- il Piano per il governo delle liste di attesa incentrato su Percorsi Diagnostici terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi tra ospedale e territorio;
- l'Accordo della Conferenza Stato Regioni del 20 febbraio 2020, che ha approvato il documento "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita";
- il nuovo regolamento di organizzazione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 857 del 13 maggio 2022 ai sensi dell'art. 37 della l.p. n. 16 del 2010 sulla Tutela della salute in provincia di Trento;
- gli Accordi collettivi nazionali del 30 ottobre 2020 e il Decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022, che prevede l'assegnazione ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta di apparecchiature di diagnostica di primo livello prioritariamente presso le Case di Comunità e alle aggregazioni di medici, anche al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e ridurre le disuguaglianze territoriali di accesso all'assistenza;
- le deliberazioni della Giunta provinciale n. 972 del 22 maggio 2022, che ha riapprovato il Piano operativo provinciale (POP) per la realizzazione degli interventi previsti dal PNRR, n. 223 del 10 febbraio 2023, che ha approvato l'atto di programmazione provinciale relativo

all'assetto organizzativo della rete territoriale, in attuazione del D.M. n. 77/2022 e n. 953 del 26 maggio 2023 che ha approvato il piano operativo provinciale per l'assistenza domiciliare;

- la deliberazione della Giunta provinciale n. 1058 del 10 giugno 2022, PNRR - Missione 6 "Salute"- D.M. 29 aprile 2022 di adozione delle "Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare";
- la deliberazione n. 712 del 28 aprile 2023 di approvazione del Piano operativo provinciale di telemedicina e la deliberazione della Giunta provinciale n. 1167 dd. 30 giugno 2023, che ha approvato il Documento di programmazione provinciale per la telemedicina, con individuazione del modello organizzativo;
-
- la deliberazione della Giunta provinciale n. 2339 del 16 dicembre 2022, relativa agli interventi previsti dal PNRR (Missione 6 "Salute" - Componente 2) in tema di adozione e utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), con l'obiettivo di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e dei professionisti sanitari;
-
- la deliberazione della Giunta provinciale n. 1058 del 10 giugno 2022, PNRR - Missione 6 Salute"- D.M. 29 aprile 2022 di adozione delle "Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare".

Nell'ambito di tali indirizzi e in coerenza con gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale indicati negli Accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati (art. 4 Accordi nazionali vigenti medicina generale, pediatria e specialistica ambulatoriale), sono considerati prioritari in ambito provinciale nello specifico i seguenti obiettivi:

1. attuazione del Piano nazionale della cronicità secondo le linee guida provinciali, sviluppando un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva, al fine di:
 - migliorare la presa in carico della cronicità attraverso la diagnosi precoce delle patologie maggiormente diffuse e con un più elevato impatto sul Servizio sanitario provinciale;
 - prevedere l'utilizzo di percorso diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) nella gestione delle patologie croniche per una reale presa in carico del paziente;
 - implementare i percorsi per la gestione dei cronici sviluppando la medicina di iniziativa e la prevenzione delle complicanze, anche mediante strumenti diagnostici di primo livello e informatici preposti all'arruolamento degli assistiti e al loro monitoraggio, favorendo il lavoro multiprofessionale;
 - definire il ruolo dei medici convenzionati nell'ambito del coordinamento clinico e della predisposizione del Piano assistenziale individualizzato (PAI), in integrazione con altri professionisti per una valutazione multidisciplinare;
2. attuazione del Piano provinciale della prevenzione, in particolare al fine di:
 - potenziare la promozione della salute, la prevenzione primaria e dare supporto all'autocura;
 - potenziare la partecipazione attiva ai programmi di screening oncologici (colon retto, mammella, cervice uterina, ecc.);
 - rafforzare la partecipazione attiva dei medici convenzionati alle campagne vaccinali e al calendario vaccinale per quanto riguarda i pediatri di libera scelta ;
 - prevedere modalità per l'individuazione precoce di anziani fragili/a forte rischio di eventi avversi;
3. riduzione dell'accesso improprio al pronto soccorso attraverso:

- il rafforzamento dell'integrazione dei medici convenzionati e delle loro forme organizzative con le strutture, i servizi e le altre figure professionali del territorio per garantire la continuità dell'assistenza;
 - l'attivazione di progetti per la gestione di problemi sanitari riconducibili ai codici di minore gravità;
 - il rafforzamento delle capacità diagnostiche dei medici convenzionati, anche attraverso l'utilizzo di strumentazione per la diagnostica di primo livello, anche in applicazione degli Accordi integrativi provinciali dei medici di medicina generale del 10 novembre 2020 e dei pediatri di libera scelta del 18 novembre 2020;
4. il governo delle liste di attesa e il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, anche attraverso l'utilizzo di strumentazione per la diagnostica di primo livello, in applicazione degli Accordi integrativi provinciali dei medici di medicina generale del 10 novembre 2020 e dei pediatri di libera scelta del 18 novembre 2020; e la condivisione di linee guida e percorsi assistenziali.

Nell'ambito degli Accordi integrativi provinciali vanno promosse azioni per facilitare l'integrazione tra i diversi professionisti operanti sul territorio, tra tali professionisti e i medici ospedalieri e tra gli interventi sanitari e quelli sociali nei processi assistenziali nonché previsti interventi per la semplificazione burocratica e amministrativa.

Gli Accordi provinciali daranno indicazioni per la definizione di progettualità in coerenza con i predetti obiettivi, misurabili con indicatori ben definiti e chiari. L'Azienda sanitaria concorderà con le Organizzazioni sindacali, attraverso Accordi aziendali, gli specifici progetti obiettivo destinando le risorse previste contrattualmente.

Al fine di valorizzare tutte le competenze ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse si ritiene di favorire in ogni modo il lavoro multi professionale, anche con la condivisione tra i professionisti degli obiettivi, sia strategici che operativi.

Al fine di sviluppare gli obiettivi indicati, i distretti sanitari potranno avvalersi degli strumenti di elaborazione e analisi sulle prevalenze delle patologie e sui fattori di rischio a disposizione dell'Azienda, valorizzando il sistema ACG (Adjusted Clinical Groups), che consente di stratificare la popolazione al fine di differenziare le strategie di intervento sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute nonché dell'utilizzo delle risorse.

3. Il nuovo assetto dell'assistenza medica territoriale in attuazione degli Accordi collettivi nazionali dei professionisti convenzionati

Gli Accordi collettivi nazionali vigenti dei medici convenzionati richiamati in premessa (*ACN medici medicina generale 28 aprile 2022, ACN pediatri di libera scelta 28 aprile 2022, ACN medici specialisti ambulatoriali e professionisti ambulatoriali 31 marzo 2020 e s.m.i.*) hanno imposto alle Regioni una riforma dell'assetto organizzativo della medicina convenzionata, in attuazione di quanto previsto all'art. 1 del D.L. n. 158/2012, convertito in legge n. 189/2012, attraverso l'istituzione delle Aggregazioni funzionali territoriali (di seguito AFT), quali forme organizzative monoprofessionali, e delle Unità complesse di cure primarie (di seguito UCCP), quali forme multiprofessionali, in tutto il territorio tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche e salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure.

Vista l'elevata partecipazione dei medici di medicina generale alle medicine di gruppo integrate e dei pediatri di libera scelta alle forme associative, si ritiene di potenziare ulteriormente il ruolo dei medici e dei pediatri nell'assetto dell'assistenza territoriale, capitalizzando l'esperienza in atto nell'Azienda sanitaria e rendendola coerente e sinergica con i contenuti degli Accordi collettivi vigenti e con le disposizioni del DM n. 77/2022, anche nell'ottica di definire i collegamenti tra le diverse forme organizzative previste nel nuovo assetto dell'assistenza medica territoriale.

Ciò premesso, con il presente atto si delineano i modelli tipo di AFT provinciale per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta e per la specialistica ambulatoriale, e di UCCP, in coerenza con i contenuti dei rispettivi Accordi collettivi nazionali e si individuano le AFT nel territorio provinciale.

3.1 Le forme organizzative monoprofessionali (AFT) delle cure primarie: indirizzi programmatici

Le AFT sono forme organizzative monoprofessionali riferite a un determinato ambito geografico, che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Le AFT hanno natura funzionale in quanto sono prive di sede fisica e fungono da luogo di confronto, formazione, coordinamento tra professionisti afferenti alla medesima categoria.

Tutte le AFT sono collegate funzionalmente ad una UCCP, con le modalità e per lo svolgimento delle funzioni indicate nei successivi paragrafi.

Le AFT della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale interna trovano il loro punto di intersezione nelle Reti Professionali Locali previste dal Regolamento di organizzazione aziendale, sviluppate localmente e che rappresentano il punto di incontro e confronto tra i medici convenzionati e gli altri professionisti del territorio che in ciascun ambito territoriale presidiano la salute della comunità.

3.1.1 Le AFT della medicina generale

Le AFT sono costituite dall'insieme dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria di un determinato territorio.

Nelle AFT si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale dei medici che ne fanno parte, attraverso:

- il perseguimento degli obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria secondo le indicazioni della programmazione provinciale, con la previsione di indicatori di processo e di risultato;
- la condivisione dei percorsi assistenziali, in particolare dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) per la gestione delle patologie croniche, formalizzati dall'Azienda sanitaria;
- la condivisione di strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida e altri strumenti analoghi,
- il lavorare insieme e il coordinamento delle attività, pur mantenendo il valore della prossimità nella distribuzione degli studi.

Funzioni e compiti

Le AFT, come previsto dall'art. 29 dell'ACN, devono assicurare nei confronti di tutti i cittadini i livelli essenziali di assistenza e la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata, intesa sulle 24 ore, e per sette giorni alla settimana.

A tal fine sul piano organizzativo i medici dell'AFT coordinano la loro attività, nel rispetto del modello qui delineato e delle indicazioni dell'Accordo integrativo provinciale.

Il coordinamento dell'attività è finalizzato:

1. a garantire la continuità assistenziale e in particolare:

- la continuità assistenziale diurna nei giorni feriali, per il conseguimento degli obiettivi di salute, che si realizza attraverso il coordinamento degli orari di ambulatorio dei medici a ciclo di scelta dell'AFT, singoli e associati, con il possibile coinvolgimento, in particolare nelle AFT periferiche, dei medici a rapporto orario anche nelle ore diurne feriali;
- la continuità assistenziale nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi, che viene garantita dai medici dell'AFT a rapporto orario e dai medici a ciclo di scelta che diano disponibilità in tal senso, nelle sedi indicate dall'Azienda sanitaria, prioritariamente presso le sedi delle UCCP e/o delle Case di comunità. Le sedi di continuità assistenziale possono essere il riferimento per più AFT. Al servizio di continuità assistenziale i cittadini accedono tramite il Numero unico 116117. Qualora, per carenza di medici disponibili, non sia possibile garantire la continuità dei turni notturni potranno essere attivate dall'Azienda, su indicazione della Provincia, modalità organizzative differenziate previste dall'ACN della medicina generale;

2. a valorizzare le attività programmate nei confronti degli assistiti, per il conseguimento degli obiettivi di salute, prevedendo attività orarie dei medici a ciclo di scelta e a rapporto orario nei confronti di tutti gli assistiti che afferiscono all'AFT da svolgere in orario diurno e dedicate in particolare a:

- interventi di medicina di iniziativa concordati nell'AFT secondo le indicazioni dell'Allegato 1 dell'Accordo collettivo nazionale;
- campagne vaccinali e attività di screening concordate con l'Azienda sanitaria;
- altre attività individuate nell'accordo provinciale e riferite all'attuazione degli obiettivi delle AFT.

Al fine di realizzare le attività sopra indicate l'Accordo integrativo provinciale disciplinerà le modalità organizzative delle attività dell'AFT nei confronti degli assistiti e prevederà in particolare:

- la possibilità che i medici a ciclo di scelta garantiscano, su base volontaria, anche attività orarie e che i medici a rapporto orario svolgano attività anche in orario diurno feriale;
- la connessione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria dell'AFT (a ciclo di scelta e a rapporto orario) tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consente a ogni medico, per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure e nel rispetto della privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso a informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima, attraverso l'accesso al Fascicolo sanitario elettronico e al patient summary.

L'erogazione diretta dell'assistenza sanitaria e in particolare la continuità dell'assistenza per prestazioni non differibili resta principalmente in capo ai medici a ciclo di scelta che esercitano l'attività convenzionale come singoli nei confronti degli assistiti che li hanno scelti oppure come associati, in particolare nelle medicine di gruppo integrate (MGI), anche nei confronti degli assistiti degli altri medici associati.

Le MGI offrono uno standard strutturale, strumentale ed organizzativo aggiuntivo. In particolare la MGI si caratterizza per un'ampia disponibilità all'accesso ambulatoriale anche grazie alla presenza di personale amministrativo, sanitario e socio-sanitario, presso una sede di riferimento in cui ciascun medico associato presta servizio anche in forma non esclusiva, garantendo anche l'apertura di singoli ambulatori distribuiti sul territorio per un'assistenza capillare e di prossimità.

E' demandata all'Accordo integrativo provinciale la precisazione dello standard strutturale, strumentale ed organizzativo delle MGI, aggiuntivo rispetto a quanto previsto dall'ACN, nell'ottica di integrare tali attività con quanto garantito a livello di UCCP, anche con una gradualità della complessità organizzativa.

Individuazione

Ai fini dell'istituzione delle AFT l'Accordo nazionale prevede che il bacino di utenza dell'AFT non possa essere superiore a 30.000 abitanti, ferme restando le esigenze legate alle aree ad alta intensità abitativa.

Sul territorio provinciale le aree ad alta intensità abitativa sono i Comuni di Trento e Rovereto, mentre per la restante parte del territorio vanno considerate le peculiarità orografiche, con la prevalenza di zone di montagna con popolazione sparsa.

Sulla base di tali elementi sono istituite in prima applicazione le AFT di seguito indicate, precisando che ogni medico viene assegnato ad una AFT in base alla collocazione dell'ambulatorio principale e i bacini di utenza delle AFT sono individuati con riferimento agli assistiti in carico ai medici che ne fanno parte. L'Azienda sanitaria verifica la collocazione degli ambulatori principali e, nel caso in cui i componenti di una forma associativa risultino appartenere ad AFT diverse, l'AFT di appartenenza sarà quella dell'ambulatorio sede della MGI o MG; per le medicine in rete l'AFT di appartenenza sarà decisa a maggioranza dagli associati. In seguito l'assegnazione ad una AFT avverrà in fase di conferimento dell'incarico.

L'elenco e gli ambiti territoriali delle AFT potranno essere modificati dall'Azienda sanitaria sulla base di particolari esigenze locali.

Distretto sanitario	AFT
DISTRETTO NORD	AFT 1 Comune Trento Polo sociale 1 Gardolo Meano
	AFT 2 Comune Trento Polo sociale 2 Bondone, Sardagna, Centro storico, Piedicastello
	AFT 3 Comune Trento Polo sociale 3 Ravina, Romagnano, San Giuseppe, Santa Chiara
	AFT 4 Comune Trento Polo sociale 4 Argentario, Povo, Villazzano

	AFT 5 Comune Trento Polo sociale 5 Oltrefersina, Mattarello
	AFT 6 Valle dei Laghi
	AFT 7 Rotaliana Paganella
	AFT 8 Val di Non - Alta Anaunia
	AFT 9 Val di Non - Bassa Anaunia
	AFT 10 Val di Sole
DISTRETTO SUD	AFT 1 Rovereto Nord
	AFT 2 Rovereto Sud
	AFT 3 Mori
	AFT 4 Alta Vallagarina e Altopiani Cimbri
	AFT 5 Ala
	AFT 6 Arco
	AFT 7 Riva del Garda
	AFT 8 Tione
	AFT 9 Valle del Chiese
	AFT 10 Val Rendena
DISTRETTO EST	AFT 1 Pergine Valsugana
	AFT 2 Levico Terme
	AFT 3 Bassa Valsugana
	AFT 4 Primiero
	AFT 5 Val di Fiemme
	AFT 6 Fassa
	AFT 7 Cembra

Regolamento interno e referente

Il funzionamento interno dell'AFT è disciplinato da un regolamento interno definito dal Comitato aziendale.

I medici componenti la AFT individuano al loro interno, con le modalità definite nel regolamento, un referente ed il suo sostituto, secondo quanto previsto dall'art. 30 dell'ACN vigente.

Come previsto dall'art. 30 dell'ACN, con l'Accordo integrativo provinciale saranno disciplinate:

- la durata del mandato e le modalità di svolgimento dello stesso, fermo restando che tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere;

- l'entità del compenso riconosciuto al referente dell'AFT.

A specificazione delle funzioni previste dall'ACN, l'Accordo integrativo provinciale dovrà prevedere tra i compiti assegnati al referente:

- l'impegno a realizzare audit/riunioni interne per rilevare eventuali criticità nonché proposte da riportare al direttore del Distretto sanitario di riferimento;
- la proposta all'Azienda per l'eventuale attivazione dello svolgimento di attività oraria aggiuntiva da parte dei medici di scelta o a rapporto orario, come previsto dal precedente paragrafo, o l'adesione dell'AFT alla proposta aziendale.
- la collaborazione con l'Azienda nella predisposizione dei turni di servizio dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, sulla base del principio della equità distributiva tra tutti i medici incaricati, come previsto dall'art. 44, comma 16, dell'ACN.

I referenti di AFT si coordinano con i Direttori di Distretto e loro articolazioni, con i Dipartimenti ospedalieri e transmurales dell'Azienda sanitaria, con la finalità di garantire un rapporto sinergico di erogazione dell'assistenza sanitaria di base uniforme sul territorio regionale, rispondente ai bisogni socio sanitari dei cittadini.

3.1.2 Le AFT della pediatria di libera scelta

Le AFT sono costituite dall'insieme dei pediatri di un determinato territorio secondo il modello tipo di seguito descritto.

Nelle AFT si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale dei pediatri che ne fanno parte, attraverso:

- il perseguimento degli obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria secondo le indicazioni della programmazione provinciale, con la previsione di indicatori di processo e di risultato;
- la condivisione di percorsi assistenziali per la gestione delle patologie acute e croniche, formalizzati dall'Azienda sanitaria;
- la condivisione di strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida e altri strumenti analoghi;
- il lavorare insieme e il coordinamento delle attività, pur mantenendo il valore della prossimità nella distribuzione degli studi.

Le AFT sono funzionali, non erogano direttamente assistenza sanitaria e di norma non hanno una sede ambulatoriale di riferimento.

Funzioni e compiti

Le AFT, come previsto dall'art 28 dell'ACN, assicurano a tutti gli assistiti che ad essa afferiscono i livelli essenziali di assistenza e l'assistenza pediatrica nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20. A tal fine sul piano organizzativo i pediatri dell'AFT coordinano la loro attività, nel rispetto del modello qui delineato e delle indicazioni dell'Accordo integrativo provinciale.

Il coordinamento dell'attività è finalizzato:

1. a garantire l'assistenza pediatrica diurna nei giorni feriali, per il conseguimento degli obiettivi di salute, che si realizza attraverso il coordinamento degli orari di ambulatorio dei pediatri dell'AFT, singoli e associati, in particolare nei confronti degli assistiti con patologia cronica e/o con bisogni assistenziali complessi. Per la continuità assistenziale nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria sarà individuata la sede (o le sedi) di

riferimento per l'AFT dei pediatri. Potranno inoltre essere concordati specifici percorsi e linee guida per la gestione degli assistiti della fascia pediatrica;

2. a valorizzare le attività programmate nei confronti degli assistiti, prevedendo attività orarie dei pediatri nei confronti di tutti gli assistiti che afferiscono all'AFT, da svolgere in orario diurno e dedicate in particolare a:

- vaccinazioni e attività di screening concordate con l'Azienda sanitaria;
- interventi di medicina di iniziativa/assistenza proattiva, con modalità condivise nell'AFT, per la presa in carico dei soggetti fragili, in particolare del bambino, dell'adolescente e dei soggetti affetti da patologie croniche e disabilità, secondo il piano di assistenza individuale e secondo le indicazioni dell'Allegato 1- "Assistenza proattiva" dell'ACN;
- attività di medicina di iniziativa/assistenza proattiva nei confronti degli assistiti dell'AFT e dei loro genitori, concordate nell'AFT e volte all'adozione di corretti stili di vita e alla diagnosi precoce, secondo le indicazioni dell'Allegato 1- "Assistenza proattiva" dell'ACN;
- altre attività individuate nell'accordo provinciale e riferite in particolare all'attuazione degli obiettivi dell'AFT.

Al fine di realizzare le attività sopra indicate l'Accordo integrativo provinciale disciplinerà le modalità organizzative delle attività dell'AFT nei confronti degli assistiti e prevederà in particolare:

- il ruolo e le attività nelle AFT degli eventuali pediatri "esperti" in specifici ambiti clinici come previsto dall'Allegato 1 dell'ACN, che potranno poi essere individuati nel regolamento di ciascuna AFT;
- la connessione dei pediatri tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consente nel rispetto della privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni pediatra dell'AFT alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri pediatri operanti nella medesima AFT, attraverso l'accesso al Fascicolo sanitario elettronico e al patient summary.

L'erogazione diretta dell'assistenza sanitaria e in particolare l'assistenza pediatrica per prestazioni non differibili resta principalmente in capo ai pediatri come singoli oppure come associati nelle forme associative previste nell'Accordo integrativo provinciale, che garantiscono la diffusione capillare degli ambulatori sul territorio.

Si demanda all'Accordo integrativo provinciale la precisazione, con riformulazione delle disposizioni contrattuali vigenti, dello standard strutturale, strumentale ed organizzativo delle forme associative, che dovrà essere aggiuntivo rispetto a quanto previsto dall'ACN, nell'ottica di integrare tali attività con quanto garantito a livello di UCCP, anche con una gradualità della complessità organizzativa.

Individuazione

Ai fini dell'istituzione delle AFT l'Accordo nazionale prevede che l'ambito di riferimento dell'AFT sia definito dall'Azienda per ogni Distretto in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio e che vada garantita la diffusione capillare degli ambulatori sul territorio.

Sulla base di tali elementi sono individuate sul territorio le AFT di seguito indicate, precisando che, in fase di prima applicazione, ogni pediatra viene assegnato ad una AFT in base alla collocazione dell'ambulatorio principale e i bacini di utenza delle AFT sono individuati con riferimento agli assistiti in carico ai pediatri che ne fanno parte. In seguito l'assegnazione ad una AFT avverrà in fase di conferimento dell'incarico.

L'Azienda sanitaria potrà modificare gli ambiti territoriali e il conseguente bacino di utenza delle AFT sulla base di particolari esigenze locali.

Distretto sanitario	AFT
DISTRETTO NORD	AFT 1 Trento Nord
	AFT 2 Trento Sud e Vallelaghi
	AFT 3 Rotaliana Paganella
	AFT 4 Val di Non e Val di Sole
DISTRETTO SUD	AFT 1 Alta Vallagarina e Altopiani Cimbri
	AFT 2 Bassa Vallagarina
	AFT 3 Alto Garda e Ledro
	AFT 4 Giudicarie
DISTRETTO EST	AFT 1 Alta Valsugana
	AFT 2 Bassa Valsugana e Primiero
	AFT 3 Valli di Fiemme, Fassa e Cembra

Regolamento interno e referente

Il funzionamento interno dell'AFT è disciplinato da un regolamento definito a livello aziendale, tenuto conto delle indicazioni del presente atto, sentito il Comitato aziendale della pediatria di libera scelta, come stabilito dall'art. 28 dell'ACN vigente.

I pediatri componenti la AFT individuano al loro interno, con le modalità definite nel regolamento, un referente ed il suo sostituto, secondo quanto previsto dall'art. 29 dell'ACN vigente.

Come previsto dall'art. 29 con l'Accordo integrativo provinciale saranno disciplinate:

- la durata del mandato e le modalità di svolgimento dello stesso, fermo restando che tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere;
- l'entità del compenso riconosciuto al referente dell'AFT.

A specificazione delle funzioni previste dall'ACN, l'Accordo integrativo provinciale dovrà prevedere tra i compiti assegnati al referente:

- l'impegno a realizzare audit/riunioni interne per rilevare eventuali criticità nonché proposte da riportare al direttore del Distretto sanitario di riferimento;
- la proposta all'Azienda per l'eventuale attivazione dello svolgimento di attività oraria aggiuntiva da parte dei pediatri, come previsto dal precedente paragrafo.

I referenti di AFT si coordinano con i Direttori di Distretto e loro articolazioni, con i Dipartimenti ospedalieri e transmuralesi dell'Azienda sanitaria, con la finalità di garantire un rapporto sinergico di erogazione dell'assistenza sanitaria di base uniforme sul territorio regionale, rispondente ai bisogni socio sanitari dei cittadini.

3.1.3 Le AFT della specialistica ambulatoriale convenzionata

Funzioni e compiti

Le AFT sono costituite dall'insieme dei medici specialisti ambulatoriali e dei professionisti ambulatoriali che operano in via prevalente nel territorio di un distretto.

Nelle AFT si realizzano le condizioni per la condivisione di percorsi assistenziali per la gestione delle patologie acute e croniche, formalizzati dall'Azienda sanitaria e per la condivisione degli obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria secondo le indicazioni della programmazione provinciale. Sono stabiliti e concordati con l'Azienda indicatori di processo e di risultato.

Gli specialisti e i professionisti dell'AFT garantiscono le funzioni previste dall'art. 7 dell'ACN e in particolare:

- assicurano il loro apporto nei percorsi assistenziali, in particolare nei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) per la gestione delle patologie croniche, integrandosi con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta nelle loro forme organizzative, anche attivando specifici canali comunicativi, anche attraverso le soluzioni di telemedicina, e con i Dipartimenti ospedalieri di riferimento;
- partecipano alle azioni promosse dall'Azienda per la riduzione delle liste d'attesa;
- partecipano alla realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza anche nell'ambito dei percorsi integrati ospedale-territorio e le dimissioni protette, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- contribuiscono allo sviluppo della medicina di iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso la popolazione, in integrazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

L'Accordo provinciale disciplinerà le modalità di integrazione tra le AFT degli specialisti e le AFT dei medici di medicina generale e dei pediatri. L'Accordo potrà integrare i compiti e le funzioni degli specialisti e dei professionisti, con particolare riferimento agli obiettivi di cui al paragrafo 2, prevedendo specifiche attività e prestazioni.

E' demandata all'Accordo integrativo provinciale anche la definizione delle modalità organizzative delle attività dell'AFT.

Individuazione

Tenuto conto della consistenza dell'offerta specialistica esistente nelle varie specialità e delle funzioni principali assegnate alle AFT degli specialisti e dei professionisti si ritiene coerente prevedere che l'ambito di riferimento delle AFT coincida con il Distretto sanitario.

Sono quindi istituite sul territorio le seguenti AFT, precisando che gli specialisti e i professionisti componenti sono quelli che svolgono la loro attività in sedi collocate nel territorio del Distretto, con possibilità di appartenenza a più AFT:

Distretto sanitario	AFT
DISTRETTO NORD	AFT NORD

DISTRETTO SUD	AFT SUD
DISTRETTO EST	AFT EST

Regolamento interno e referente

Il funzionamento interno dell'AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale, sentite le Organizzazioni sindacali, come stabilito dall'art. 7 dell'ACN vigente.

Ogni AFT ha un referente, individuato dal Direttore generale dell'Azienda sanitaria secondo le modalità e con i criteri previsti dall'art. 8 dell'ACN.

Con l'Accordo integrativo provinciale saranno disciplinate:

- la durata del mandato e le modalità di svolgimento dello stesso, fermo restando che tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere;
- l'entità del compenso riconosciuto al referente.

A specificazione delle funzioni previste dall'ACN, l'Accordo integrativo provinciale dovrà prevedere che il ruolo dei referenti dell'AFT, in collaborazione con i riferimenti aziendali distrettuali, sia principalmente volto alla creazione di canali di comunicazione da un lato con gli specialisti della stessa AFT e gli specialisti ospedalieri e dall'altro con i referenti delle AFT dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, allo scopo di favorire la gestione integrata dei PDTA e la costruzione di nuovi percorsi per la presa in carico dei pazienti nell'ambito sociosanitario.

L'Accordo provinciale prevederà inoltre l'impegno del referente a realizzare audit/riunioni interne per rilevare eventuali criticità nonché proposte da riportare al direttore del Distretto sanitario di riferimento.

Nello svolgimento delle loro funzioni i referenti di AFT si coordinano con i Direttori di Distretto, con i Dipartimenti ospedalieri e transmurali dell'Azienda sanitaria, con la finalità di garantire un rapporto sinergico di erogazione dell'assistenza sanitaria uniforme sul territorio regionale, rispondente ai bisogni socio sanitari dei cittadini.

3.2 Le forme organizzative multiprofessionali (UCCP): indirizzi programmatici

Le UCCP sono forme organizzative multiprofessionali che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria (art. 1 del D.L. n. 158/2012, convertito in legge n. 189/2012). Hanno una sede fisica ben riconoscibile nell'ambito territoriale distrettuale, in connessione funzionale con le AFT che insistono sul medesimo territorio, e prendono in carico assistenziale la comunità di riferimento relativamente alle prestazioni dirette principalmente ai soggetti cronici, fragili e multi-patologici.

L'UCCP ha un assetto organizzativo definito dalle disposizioni nazionali in materia ed è parte fondamentale ed essenziale del Distretto sanitario, integrandosi all'interno della rete dei servizi distrettuali ed aziendali e permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale.

Nelle UCCP si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle diverse figure, attraverso:

- il perseguimento degli obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria secondo le indicazioni della programmazione provinciale
- la condivisione dei percorsi assistenziali, in particolare dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) per la gestione delle patologie croniche, formalizzati dall'Azienda sanitaria, nelle forme e per gli interventi più complessi.

Al riguardo le RPL previste dal Regolamento di organizzazione aziendale potranno agevolare in una prima fase il conseguimento di livelli di integrazione e relazione tra i professionisti, quale tappa propedeutica all'attuazione delle UCCP.

Funzioni e compiti

Le UCCP rappresentano il punto di riferimento di prossimità per la presa in carico della comunità di riferimento in continuità con le AFT e in integrazione con le medicine di gruppo integrate e con le forme associative dei pediatri di libera scelta, in particolare per la presa in carico dei casi più complessi. Presso le sedi delle UCCP sono erogate prestazioni assistenziali a medio-bassa complessità specialistica e diagnostica e prestazioni infermieristiche, riabilitative ecc. dirette prioritariamente ai soggetti cronici, fragili e multi patologici e nell'ambito dei percorsi assistenziali condivisi. Nell'ambito di tali percorsi i diversi professionisti potranno anche svolgere attività presso le sedi delle UCCP, con condivisione di spazi e attrezzature, secondo modalità definite negli Accordi provinciali.

Negli Accordi integrativi provinciali potranno essere previste, presso le UCCP, attività ambulatoriali aggiuntive rispetto a quelle svolte dai medici nei confronti dei propri assistiti nonché specifiche azioni per l'attuazione degli obiettivi di salute indicati nel presente Atto.

A sostegno delle attività sopra elencate saranno operative le COT, con funzioni di supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale e con funzioni di coordinamento della presa in carico e di raccordo tra i vari servizi.

Individuazione

Le UCCP hanno una sede di riferimento all'interno di strutture e/o presidi aziendali. Le sedi sono individuate presso le Case di Comunità di cui al PNRR, presso strutture indicate dalla Provincia e organizzate secondo la logica della Casa della Comunità e presso eventuali ulteriori sedi formalmente individuate dall'Azienda sanitaria in accordo con la Provincia. Possono essere individuate anche sedi accessorie rispetto a quella principale. In prima applicazione le UCCP sono individuate come di seguito.

Distretto sanitario	Ambito territoriale	n. UCCP	sede UCCP
DISTRETTO NORD	Trento e Valle dei laghi	2	presso Casa di comunità di Trento Nord e presso il Centro servizi sanitari Trento Sud
	Rotaliana- Paganella	1	presso il Centro sanitario S.Giovanni di Mezzolombardo
	Val di Non	1	presso Casa di comunità Cles
	Val di Sole	1	presso Casa di comunità Malè
DISTRETTO SUD	Vallagarina	2	presso Case di comunità Rovereto e Ala
	Alto Garda e Ledro	1	presso Casa di comunità Riva del Garda
	Valli Giudicarie e Rendena	1	Tione
DISTRETTO	Alta Valsugana	1	presso Casa di comunità Pergine

EST			Valsugana
	Bassa Valsugana	1	presso Casa di comunità Borgo Valsugana
	Primiero	1	presso la sede polivalente di Primiero-San Martino di Castrozza
	Val di Fiemme e Val di Cembra	1	presso Casa di comunità Predazzo
	Val di Fassa	1	presso Casa di comunità Sen Jan di Fassa

Il coordinatore dell'UCCP

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari individua il Coordinatore di ciascuna UCCP tra le figure professionali operanti nell'Azienda stessa a seguito di pubblicazione di avviso pubblico, che terrà conto dei criteri stabiliti dall'art. 10 degli AA.CC.NN. vigenti dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali. Il Direttore generale dell'Azienda sanitaria nomina il coordinatore della UCCP, ne valuta annualmente i risultati, sentiti anche i direttori dei Distretti di riferimento, e può procedere alla sua sostituzione per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Al Coordinatore competono le funzioni ed i compiti previsti dall'Accordo collettivo nazionale di riferimento mentre l'entità del compenso sarà definita negli Accordi integrativi provinciali.

3.3 Rapporto ottimale e massimali

E' demandata all'Accordo integrativo provinciale per la medicina generale la conferma del rapporto ottimale attuale, che appare coerente con le necessità assistenziali del territorio provinciale, con valutazione del fabbisogno assistenziale anche con riferimento alle AFT di ciascun ambito. Resta ferma la possibilità di individuare specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai medici già inseriti e all'effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale, ai sensi dell'art. 32, comma 7, dell'ACN.

Per quanto riguarda la pediatria di libera scelta, l'AFT sarà l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno di pediatri di libera scelta. Si demanda all'Accordo integrativo provinciale la determinazione di un rapporto ottimale indicativo di riferimento anche diverso per i diversi ambiti, con possibilità di diversificare i criteri di inserimento di nuovi pediatri tenuto conto delle caratteristiche demografiche e delle peculiarità geografiche, nonché valutando l'offerta assistenziale e le specifiche difficoltà assistenziali locali e tenendo conto degli ulteriori criteri previsti dall'art. 30 dell'ACN per la determinazione del fabbisogno di pediatri

3.4 Sistema di monitoraggio delle attività delle AFT e delle UCCP

Negli Accordi provinciali saranno definite le modalità per la messa in atto di sistemi di monitoraggio delle attività svolte nelle AFT e delle UCCP da parte dei medici convenzionati.

4. Indirizzi programmatici in tema di obblighi informativi e utilizzo di tecnologie per lo sviluppo della rete territoriale.

4.1 Obblighi informativi e indicazioni per l'attivazione di flussi informativi provinciali

Gli Accordi collettivi nazionali della medicina generale e della pediatria di libera scelta prevedono che i medici di medicina generale e i pediatri aderiscono al sistema informativo nazionale e regionale “*quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione*” (art. 8, comma 1).

In particolare i medici e i pediatri assolvono ai compiti informativi derivanti dalla normativa nazionale e dai conseguenti provvedimenti provinciali attraverso i sistemi informativi nazionali e provinciali, mediante la cooperazione ed interoperabilità dei propri applicativi (art. 6, commi 1 e 2).

Nello specifico il medico assolve al debito informativo ottemperando agli obblighi previsti da:

- a) sistema informativo nazionale (NSIS)
- b) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata
- c) fascicolo sanitario elettronico (FSE)
- d) certificazione telematica di assenza per malattia del lavoratore dipendente.

Con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), l'intervento del PNRR Mission 6 - Componente 2- Intervento 1.3.1b - persegue il potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Nell'ambito di tale intervento è previsto un adeguamento delle infrastrutture tecnologiche tra le quali anche i gestionali dei MMG/PLS per consentire la consultazione del FSE e soprattutto l'alimentazione dello stesso, in primis con il patient summary. E' inoltre previsto un supporto informativo e formativo a tutto il personale sanitario compresi i MMG/PLS da erogare da parte dell'Azienda sanitaria nell'arco di tre anni.

Per l'erogazione dei fondi da parte della Commissione Europea associati a tale investimento, sono stati definiti i seguenti due obiettivi:

- entro il 2023 il 5% dei medici alimentano il Fascicolo sanitario elettronico, entro il 2024 il 30% ed entro il 2025 l'85%;
- entro il primo trimestre del 2026 tutte le Regioni e Province Autonome adottano e utilizzano il Fascicolo sanitario elettronico.

Negli Accordi integrativi provinciali saranno definite azioni volte a sostenere e facilitare gli adempimenti previsti, anche individuando a livello aziendale specifici obiettivi intermedi.

Ai sensi degli Accordi collettivi nazionali il medico assolve inoltre agli obblighi previsti dal flusso informativo definito a livello provinciale, connesso all'attività assistenziale, senza oneri tecnici ed economici a suo carico (art. 6, comma 3, ACN).

Potranno essere al riguardo attivati i flussi dalle cartelle cliniche dei MMG/PLS verso l'Azienda sanitaria e/o verso il livello nazionale riguardanti le seguenti informazioni:

- vaccinazioni;
- libretto pediatrico (bilanci di salute ed eventuali schede informative);
- visite e prestazioni erogate nei confronti di particolari categorie di assistiti;
- altro.

4.2 Telemedicina e tecnologia nell'assistenza territoriale

Tra gli ambiti di intervento del PNRR, declinati nel Piano operativo provinciale approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 696 del 22 aprile 2022, vi sono anche quelli legati alla Telemedicina e in particolare “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” e “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici” (Missione 6 - Component 1 - investimento 1.2.).

In attuazione di tali previsioni la Giunta provinciale ha approvato:

- con deliberazione n. 1058 del 10 giugno 2022 le "Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", nelle quali è esplicitato il ruolo/funzione del MMG/PLS/Medico del Distretto/Specialista che opera in qualità di responsabile clinico del percorso assistenziale (clinical manager) e richiede, prescrive o attiva direttamente la prestazione in telemedicina e, in alcuni casi, la eroga;
- con deliberazione n. 712 del 28 aprile 2023 il Piano operativo provinciale di telemedicina, che mira a sviluppare soluzioni di telemedicina per il trattamento di pazienti con patologie croniche respiratorie, cardiologiche, oncologiche, neurologiche e diabetologiche, anche per consentire ai clinici di potersi confrontare a distanza per la cura del paziente;
- con deliberazione n. 953 del 26 maggio 2023, il Piano operativo provinciale dell'assistenza domiciliare, per rafforzare le reti già esistenti e migliorare l'integrazione con tutti i servizi socio-sanitari, con una particolare attenzione alla riduzione dei ricoveri inappropriati e alla presa in carico degli assistiti over 65, prevedendo anche fra gli obiettivi l'omogeneizzazione dei livelli di assistenza erogati nei distretti;
- con deliberazione n. 1167 del 30 giugno 2023 il "Documento di programmazione provinciale per la telemedicina - Modello organizzativo", nel quale sono definiti i servizi ed i setting assistenziali per la telemedicina che comprende la televisita, il teleconsulto, la teleassistenza, il telemonitoraggio di I e II livello.

La telemedicina si configura come un'innovazione tecnologica capace di fornire cure efficaci, incrementare l'equità di accesso ai servizi sanitari su tutto il territorio e potenzialmente contenere allo stesso tempo le risorse necessarie per la fornitura del servizio. Tuttavia, se da un lato le attuali condizioni del sistema spingono verso lo sviluppo dei servizi di telemedicina, dall'altro lato cresce l'urgenza di creare le condizioni affinché questi servizi possano effettivamente creare “valore” per i pazienti, i caregiver, i professionisti e le strutture sanitarie, ed essere sostenibili dal punto di vista economico, manageriale e organizzativo. Lo sviluppo e l'implementazione della telemedicina, infatti, non sono solo una questione tecnologica ma hanno un impatto organizzativo rilevante, e in quanto tale va considerato e analizzato.

In continuità con l'attività in essere relativa alla riorganizzazione territoriale ai sensi del DM 77/2022 e di quanto previsto dal PNRR in materia di digitalizzazione, ai fini dell'attuazione delle predette missioni, nonché allo sviluppo della telemedicina e dell'informatizzazione dell'assistenza territoriale, gli Accordi provinciali potranno definire, anche con la promozione di specifici progetti, l'utilizzo delle tecnologie sopra descritte da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, con particolare riferimento alla gestione delle patologie croniche.

Dal momento che la popolazione afferente a certe aree geografiche è prevalentemente anziana, spesso priva di caregiver e poco dotata ed addestrata all'utilizzo delle tecnologie informatiche (es. pc, reti internet, ecc.), si intende rendere fruibili in prossimità i servizi di telemedicina analogamente a quanto potrebbe avvenire in ambiente domestico, estendendo quindi il concetto di assistenza a domicilio.

Si prevede, pertanto, di istituire nelle Case della Comunità ma anche in altre sedi opportunamente individuate ed attrezzate sul territorio in cui sia reso possibile a tutti fruire dei servizi della telemedicina (es. televisita, telecontrollo/telemonitoraggio tele riabilitazione, ecc.).

Prioritario per lo sviluppo della medicina convenzionata sarà anche la dotazione tecnologica e di apparecchiature, in applicazione degli Accordi integrativi provinciali dei medici di medicina generale del 10 novembre 2020 e della pediatri di libera scelta del 18 novembre 2020, delle UCCP e degli altri punti erogativi della medicina convenzionata, al fine di garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza di tali professionisti per migliorare il processo di presa in carico dei pazienti, in via prioritaria cronici e fragili. In attuazione del decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022 *“Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta”* sarà definito, sulla base delle risorse messe a disposizione, ad integrazione di quanto già previsto nei predetti accordi, un piano del fabbisogno delle apparecchiature e attrezzature necessarie, tenendo anche conto di eventuali ulteriori indicazioni nazionali in ordine alle modalità di rilevazione dell'attività erogata, delle specifiche tecniche della documentazione relativa agli atti medici eseguiti con il supporto delle apparecchiature in parola, delle modalità di alimentazione del FSE, degli indicatori minimi di processo e di risultato.

5. Formazione continua - indicazioni per la programmazione

La formazione rappresenta uno strumento prioritario per la realizzazione del nuovo modello organizzativo provinciale per l'assistenza territoriale. A questo si aggiunge l'inserimento sul territorio di nuove figure, quale l'infermiere di famiglia/comunità che andranno ad integrare un sistema già di per sé complesso e l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione con l'obiettivo di sviluppare nuovi modelli di assistenza in cui i professionisti della salute ed i manager della sanità sono chiamati a dare risposte attuative concrete. Il PNRR individua infatti nella Missione 6 Salute obiettivi importanti che riguardano il potenziamento del personale sanitario investendo in:

- incremento del numero di borse di studio in medicina generale;
- incremento del finanziamento dei contratti di formazione specialistica universitaria, oltre che prevedere interventi per lo sviluppo di competenze tramite l'erogazione di:
 - corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere (ICA) rivolti a 3120 professionisti sanitari locali;
 - corsi di formazione per l'acquisizione di competenze e abilità di management e digitali rivolti a 41 professionisti locali.

Nell'ambito della programmazione delle attività di formazione continua dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali, si ritiene necessario sviluppare progetti formativi, in particolare, sui seguenti temi:

- capacità di lavorare in team multiprofessionali con particolare riferimento alle figure del referente di AFT e del coordinatore di UCCP;
- sviluppo di ulteriori competenze sulla gestione dei pazienti cronici e complessi e sul primo livello di cure per i pazienti oncologici;
- utilizzo delle apparecchiature diagnostiche di primo livello;
- utilizzo della telemedicina con particolare riferimento alla televisita, teleconsulto e telemonitoraggio;
- sviluppo delle competenze digitali.

Prioritario è anche definire programmi formativi che nascano dalla raccolta delle esigenze pratiche e delle volontà di sviluppo conoscitive dei singoli professionisti. L'intento è quindi di avviare un modello di sviluppo delle competenze professionali, che possa riconoscere l'interesse del singolo professionista e di garantire allo stesso tempo l'allineamento con le esigenze conoscitive necessarie per la struttura in cui ogni operatore è impiegato, in un'ottica di multiprofessionalità.

Per la partecipazione dei medici convenzionati alle attività delle Reti professionali di cui al presente provvedimento è demandata agli Accordi provinciali la definizione delle modalità per il loro riconoscimento come attività formativa ai fini ECM.

Ciò premesso è importante introdurre forme flessibili di apprendimento che si integrano con le modalità tradizionali di erogazione, cercando di bilanciare l'aspetto teorico a quello pratico.