

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 11 dicembre 2025, n. 1216

Approvazione del "Modello Organizzativo Regionale per lo Sviluppo e implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali"

Oggetto: Approvazione del “Modello Organizzativo Regionale per lo Sviluppo e implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali”

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente

VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- la deliberazione della Giunta regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: “Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni e integrazioni” che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria;
- la deliberazione di Giunta regionale del 25 maggio 2023 n. 234 di conferimento al Dott. Andrea Urbani dell’incarico di direttore della direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria;
- l’Atto di Organizzazione del 13 ottobre 2023 n. G13499, con il quale è stato conferito l’incarico di Dirigente dell’Area “Rete Integrata del Territorio” della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Marco Nuti;
- l’Atto di Organizzazione del 28 novembre 2024 n. G16009 con il quale è stato conferito l’incarico dirigenziale dell’Ufficio “Assistenza distrettuale e strutture intermedie” presso l’area “Rete Integrata del Territorio” della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Paolo Parente;

VISTI

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

VISTI inoltre:

- il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018, concernente: “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 469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”;
- la DGR n. 12 del 21 gennaio 2020, avente ad oggetto: “Presenza d’atto e recepimento 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”, adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad acta n. U00018 del 20.01.2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento;
- il DCA n. U00081 del 25 giugno 2020 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 e ha definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 26 giugno 2020, n. 406, avente ad oggetto “Presenza d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione 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;

- la Deliberazione della Giunta regionale del 29 settembre 2020 n. 661, recante “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020”;

VISTO il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante: “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;

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

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 citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;

VISTA la legge regionale n. 22 del 30.12.2024 “Legge di Stabilità Regionale 2025”;

VISTA la Legge Regionale n. 23 del 30.12.2024 “Bilancio di Previsione Finanziario della Regione Lazio 2025-2027”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1172 del 30.12.24 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del 'Documento tecnico di accompagnamento', ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1173 del 30.12.2024 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del 'Bilancio finanziario gestionale', ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1176 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: “Ricognizione nell'ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario - Esercizio Finanziario 2024”;

VISTA la deliberazione della giunta regionale n. 28 del 23 gennaio 2025 “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11.”;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale del 2 ottobre 2025, n. 881 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Aggiornamento del bilancio finanziario gestionale in relazione all’assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa, di cui alla D.G.R. n. 1173/2024, ai sensi dell’articolo 13, comma 5, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”;

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”;

TENUTO CONTO che il suddetto Decreto specifica che “*..In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, deve garantire:*

- *l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;*
- *il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate..”;*

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 643 del 26.7.2022 “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”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale 28 dicembre 2023, n. 976 “Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 - 2026.”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1003 del 6.11.2025 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute, Componenti 1 e 2 – Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR n. 642 del 24/07/2025”;

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – Triennio 2019-2021, reso esecutivo con Atto di Intesa della Conferenza Permanente Stato Regioni Province autonome Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 51/CSR del 4 aprile 2024);

CONSIDERATO che l'art. 8 “Istituzione delle Forme Organizzative” del suddetto Accordo Collettivo Nazionale prevede che:

1. *Ai sensi della normativa vigente i medici di medicina generale operano all'interno del nuovo assetto definito dell'articolo 2, comma 3 del presente Accordo e aderiscono, secondo quanto previsto dal precedente articolo 6, al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.*
2. *Le Regioni definiscono ai sensi della normativa vigente gli atti di programmazione inerenti alle 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.*
- 3) *La attuazione di quanto previsto dal precedente comma è determinata dagli Accordi Integrativi Regionali”;*

CONSIDERATO altresì l'art. 44 “Attività assistenziale a prestazione oraria del medico del ruolo unico di assistenza primaria” del suddetto Accordo;

VISTO l'Atto di Organizzazione n. G02801 del 7 marzo 2025 “Costituzione e nomina dei componenti del Gruppo di Lavoro per l'elaborazione del Modello Organizzativo Regionale per lo Sviluppo e implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali”;

CONSIDERATO che con il suindicato Atto di Organizzazione è stato costituito un Gruppo di lavoro con il compito di elaborare il Modello Organizzativo Regionale per lo Sviluppo e implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali;

TENUTO CONTO che il suddetto Gruppo di Lavoro ha effettuato incontri volti alla elaborazione ed alla condivisione del “Modello Organizzativo Regionale per lo Sviluppo e implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali”;

VISTA la Determinazione n. G01027 del 28.1.2025 “Composizione del Comitato previsto dall'art. 11 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo il 04.04.2024”;

VISTA la Determinazione n. G03915 del 31 marzo 2025 “ Rettifica determinazione G01027 del 28.01.2025 avente ad oggetto "Composizione del Comitato previsto dall'art. 11 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale", a seguito di variazione della componente sindacale”;

PRESO ATTO che il suindicato “Modello Organizzativo Regionale per lo Sviluppo e implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali”, Allegato n. 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, è stato altresì illustrato al Comitato previsto dall' art. 11 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, costituito con la citata Determinazione n. G01027/2025 rettificata con Determinazione n. G03915 del 31 marzo 2025;

RITENUTO pertanto di approvare il “Modello Organizzativo Regionale per lo Sviluppo e implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali”, Allegato n. 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DATO ATTO che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

DELIBERA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il “Modello Organizzativo Regionale per lo Sviluppo e implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali”, Allegato n. 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

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

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Modello Organizzativo Regionale per lo Sviluppo e implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali



REGIONE
LAZIO

Il presente documento è stato redatto dal gruppo di lavoro istituito con Atto di Organizzazione n. G02801 del 04/03/2025

Nome	Ente
dott. Marco Nuti	Dirigente Area Rete Integrata del Territorio con funzione di coordinatore
dott.ssa Floriana Rosati	Dirigente Area Risorse Umane
dott. Paolo Parente	Dirigente dell'Ufficio Assistenza distrettuale e strutture intermedie dell'Area Rete Integrata del Territorio
dott.ssa Antonella Rossetti	Dirigente dell'Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli operatori economici
Dott. Andrea Siddu	Dirigente dell'Area Promozione della Salute e prevenzione
Dott.ssa Elisa Gullino	ASL Roma 1
Dott.ssa Cristina Patrizi	ASL Roma 2
Dott.ssa Daniela Sgroi	ASL Roma 3
Dott.ssa Giuseppina Poliandri	ASL Roma 4
Dott. Pierdomenico Bonanni	ASL Roma 5
Dott. Antonio Covelli	ASL Roma 6
Dott.ssa Sabrina Martini	ASL Frosinone
Dott.ssa Manuela Lombardi	ASL Latina
Dott. Antonio Boncompagni	ASL Rieti
Dott.ssa Martina Minchella	ASL Viterbo
Dott. Mirko Di Martino	Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Lazio - ASL Roma 1 (DEP Lazio)
Dott.ssa Anna Acampora	Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Lazio - ASL Roma 1 (DEP Lazio)
Dott.ssa Anna Maria Roscioni	Azienda Regionale Emergenza Sanitaria - ARES 118
Inoltre ha collaborato alla stesura del presente documento:	
Dott. Matteo Di Pumpo	Medico Specializzando in Igiene e Medicina preventiva - Università Cattolica di Roma
Hanno svolto funzioni di Segreteria del Gruppo di Lavoro	
Dott.ssa Laura Gerosa	Funzionario dell'Area Rete Integrata del Territorio
Dott.ssa Paola Biagi	Funzionario dell'Area Risorse Umane

Sommario

Introduzione	1
1. Premessa e inquadramento strategico	2
1.1 Riferimenti normativi	2
1.2 Raccordo con le Linee di indirizzo CdC e AGENAS	3
1.3 Contesto demografico ed epidemiologico	3
1.4 Obiettivi del modello organizzativo regionale	4
2. Modello Organizzativo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)	5
2.1 La funzione della AFT nel SSN e nel SSR	5
2.2 Dimensionamento e bacini di utenza	6
2.2.1 Individuazione delle AFT	6
2.3 Localizzazione e riconoscibilità: prossimità e accessibilità	7
2.3.1 Le sedi delle AFT	7
2.4 Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria nelle AFT	9
2.5 Ruolo del Referente AFT	10
3. Le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP): elementi organizzativi e riferimenti normativi	11
4. Le Case della Comunità: definizione e funzioni	13
4.1 Modello organizzativo e struttura Hub & Spoke	14
4.2 Integrazione CdC con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)	15
5. Definizione di “presenza medica e infermieristica” nelle Case della Comunità	16
5.1 Personale Sanitario negli hub	16
5.2 Personale Sanitario negli spoke	16
5.3 Linee di indirizzo per l’attività oraria – Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome	16
6. Integrazione tra l’assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria	17
7. Medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle CdC	18
8. Medici del Ruolo Unico di assistenza primaria: stima dei fabbisogni ciclo di scelta e ciclo orario	20
ALLEGATO 1 - BACINI DI UTENZA E COLLEGAMENTI FUNZIONALI: AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) E CASE DELLA COMUNITÀ (CdC)	21

Introduzione

Il presente documento segna un passaggio cruciale nel processo di riorganizzazione e qualificazione dell'assistenza sanitaria territoriale nella Regione Lazio. In linea con gli obiettivi delineati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e in attuazione delle disposizioni del Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022, la Regione avvia una revisione strutturale della governance sanitaria, finalizzata a garantire standard elevati di qualità, sicurezza e prossimità delle cure.

Al centro di questa trasformazione vi è il rafforzamento del ruolo dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali, attraverso la transizione dai modelli organizzativi esistenti (UCP e UCPP) a quelli futuri tramite l'istituzione di nuove forme di aggregazione professionale: le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Queste configurazioni intendono superare l'attuale frammentazione dell'offerta, creando presidi sanitari integrati e multidisciplinari, come le Case della Comunità, in grado di rispondere in modo più efficace ai bisogni di salute della popolazione.

Il documento individua, inoltre, gli indirizzi programmatici per la definizione dell'assetto organizzativo, degli obiettivi di salute e dei relativi indicatori di performance, da attuarsi mediante successivi Accordi Integrativi Regionali e specifiche negoziazioni aziendali.

1. Premessa e inquadramento strategico

Questa sezione inquadra il processo di ridefinizione e riqualificazione della governance dell'assistenza sanitaria territoriale nella Regione Lazio, alla luce dei principali riferimenti normativi e programmatici nazionali e regionali. In particolare, si fa riferimento al Decreto Ministeriale 77/2022 e agli Atti regionali, che costituiscono i pilastri normativi per l'adeguamento degli standard di qualità, sicurezza e organizzazione dei servizi sanitari sul territorio.

Nel contesto degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), la Regione Lazio ha avviato un processo di trasformazione dei modelli assistenziali esistenti, con l'obiettivo di valorizzare il ruolo dei professionisti sanitari – in particolare i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali – e di sviluppare strutture territoriali evolute e integrate, come le Case della Comunità.

Il superamento delle Unità di Cure Primarie (UCP), introdotte nei primi anni 2000, avviene attraverso l'istituzione di nuovi modelli organizzativi: le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), articolazioni rispettivamente mono- e multiprofessionali, che costituiscono i nodi fondamentali di una rete capillare di assistenza di prossimità.

La programmazione regionale individua inoltre indirizzi operativi, obiettivi di salute e indicatori di risultato in coerenza con gli Accordi Collettivi Nazionali e prevede l'attivazione di successivi Accordi Integrativi Regionali (AIR), nonché un livello di negoziazione aziendale per l'adattamento delle azioni nei singoli contesti locali.

Il processo si basa su una governance partecipata e tiene conto dei profili demografici, epidemiologici e sociali della popolazione, mirando a una sanità territoriale equa, accessibile e centrata sulla persona.

1.1 Riferimenti normativi

- **Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**, art. 8, comma 1, lett. b-bis): norme in materia di organizzazione e gestione del SSN, come modificato dal:
 - **Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158**, convertito con modificazioni dalla **Legge 8 novembre 2012, n. 189**.
- **Accordi Collettivi Nazionali (ACN)** vigenti:
 - Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo con Atto di intesa Rep. N. 51/CSR del 4 aprile 2024 dalla Conferenza Stato – Regioni, Province autonome di Trento e Bolzano

1.2 Raccordo con le Linee di indirizzo CdC e AGENAS

- **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR):** quadro strategico e finanziario di riferimento per la riforma e il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale.
- **Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77:** definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.
- **Linee di indirizzo AGENAS:**
 - La presenza minima garantita di personale (medico h24, 7-11 IFeC, assistente sociale, etc.);
 - L'approccio multidisciplinare e integrato;
 - L'organizzazione a rete (hub e spoke);
 - L'attività della CdC non solo come luogo di erogazione, ma di progettazione condivisa;
 - L'integrazione funzionale con specialistica, prevenzione e servizi sociali.

1.3 Contesto demografico ed epidemiologico

Il territorio della Regione Lazio è caratterizzato da una marcata eterogeneità sotto il profilo demografico, epidemiologico e socio-geografico, con significative differenze tra le aree densamente popolate, come Roma Capitale, e le zone più periferiche e rurali, come le province di Viterbo e Rieti, dove si registra una maggiore dispersione territoriale e una minore densità abitativa. A ciò si aggiunge un progressivo invecchiamento della popolazione e una crescente prevalenza di patologie croniche, che incidono direttamente sull'organizzazione e sull'accessibilità dei servizi sanitari di prossimità.

In questo contesto, il Dipartimento di Epidemiologia del SSR Lazio (DEP Lazio) ha avviato un'attività strutturata di georeferenziazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali, integrando i dati relativi ai bisogni assistenziali e alla prevalenza delle patologie con la distribuzione dei bacini di utenza attuali e potenziali delle Case della Comunità. Tale mappatura dinamica rappresenta un supporto fondamentale per:

- l'identificazione delle aree prioritarie per l'attivazione e il consolidamento delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**, che costituiscono il primo livello organizzativo della rete territoriale mono professionale;
- programmazione delle attività delle **Case della Comunità** in funzione della domanda di salute e della prossimità territoriale;
- la pianificazione del graduale superamento degli attuali modelli organizzativi, in favore di assetti più integrati e coerenti con i nuovi standard previsti dal DM 77/2022 e con la loro piena integrazione all'interno delle costituenti AFT;
- l'individuazione di aree a rischio di sotto-servizio;

- la calibrazione dei servizi offerti in base ai reali bisogni territoriali;
- l'integrazione funzionale con altri nodi della rete (COT, PUA, ADI, NEA, etc.) attraverso specifiche procedure. A tal fine verranno condivisi i modelli e le linee di indirizzo regionali.

1.4 Obiettivi del modello organizzativo regionale

- Realizzare un sistema capillare, integrato e accessibile di AFT, anche in funzione al raccordo e alla distribuzione delle CdC su base distrettuale;
- Valorizzare la proattività, la presa in carico precoce e l'integrazione multidisciplinare;
- Offrire risposte flessibili, differenziate e proporzionate ai bisogni;
- Garantire equità di accesso, continuità delle cure e coerenza organizzativa regionale.

2. Modello Organizzativo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) sono strutture monoprofessionali, prive di personalità giuridica, che svolgono attività assistenziali e funzioni di governo clinico nell'ambito della medicina generale. Come previsto dall'attuale Accordo Collettivo Nazionale (ACN), esse condividono strumenti per la valutazione della qualità dell'assistenza, linee guida e protocolli operativi, promuovono audit clinici e organizzativi e fanno uso di cruscotti informativi a supporto dell'attività professionale e dei processi decisionali dei medici che vi operano.

2.1 La funzione della AFT nel SSN e nel SSR

La AFT rappresenta lo strumento di raccordo della rete territoriale e della continuità dell'assistenza, configurandosi come:

- **Centralità della persona:** ogni AFT si fonda sulla presa in carico dell'assistito, assicurando risposte personalizzate, integrate e continuative, in linea con i livelli essenziali di assistenza (LEA).
- **Prossimità:** le AFT operano con riferimento specifico all'ambito di scelta e al Distretto di appartenenza, garantendo un bacino di utenza coerente, generalmente non superiore a 30.000 assistiti, secondo quanto previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali.
- **Continuità dell'assistenza:** le AFT assicurano l'erogazione dell'assistenza lungo l'intero arco della giornata e sette giorni su sette (con modalità di coordinamento funzionale tra i medici del ruolo unico a ciclo di scelta e medici del ruolo unico a quota oraria in conformità con l'articolo 43-44 dell'ACN vigente), attraverso strumenti condivisi come la ricetta elettronica, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e la scheda sanitaria informatizzata. La continuità dell'assistenza sarà garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta sia a quota oraria. È previsto un modello di coordinamento funzionale tra queste due modalità di incarico, in conformità a quanto stabilito dagli articoli 43 e 44 dell'ACN vigente. Tale coordinamento sarà assicurato dal referente dell'AFT, con la supervisione organizzativa del Distretto.
- **Condivisione di percorsi e obiettivi:** i professionisti all'interno della AFT operano secondo obiettivi e percorsi assistenziali comuni, definiti a livello aziendale e regionale, favorendo l'allineamento con linee guida, protocolli condivisi, audit clinici e strumenti di valutazione della qualità.
- **Partecipazione comunitaria:** in coerenza con l'approccio delle Case della Comunità e del Distretto, le AFT favoriscono l'ascolto dei bisogni del territorio e la collaborazione con i servizi sociali e sociosanitari, promuovendo l'equità e l'accesso.

- **Struttura a rete** le AFT si integrano all'interno del sistema distrettuale in coordinamento con le UCCP, le CdC, **gli Ospedali di Comunità** e le strutture ospedaliere **per le dimissioni protette attraverso le COT**, contribuendo alla coerenza organizzativa del territorio.
- **Valutazione delle performance delle AFT secondo indicatori aziendali condivisi.** Tali indicatori verranno definiti e concordati nell'Accordo Integrativo Regionale.
- **Umanizzazione delle cure:** le AFT orientano l'assistenza verso la centralità della persona, valorizzando la dimensione relazionale, comunicativa ed etica del processo di cura. Inoltre promuovono la partecipazione attiva del cittadino, la continuità della presa in carico e la personalizzazione dei percorsi assistenziali.

2.2 Dimensionamento e bacini di utenza

Il dimensionamento delle AFT avviene sulla base di:

- Indicatori demografici (popolazione residente)
- Indicatori geografici (distanza, accessibilità)

Il DEP Lazio supporta tale processo mediante analisi integrate e georeferenziate, anche in ottica di stima dei bisogni assistenziali e medicina di iniziativa.

2.2.1 Individuazione delle AFT

Le Aziende, per il tramite dei Distretti, coordineranno l'organizzazione e fusione tra le UCP afferenti ad ogni Distretto secondo il principio della **prossimità e la geolocalizzazione degli studi dei medici del ruolo unico** in riferimento alle **CDC Hub e Spoke** previste nel distretto.

Il distretto promuove, in veste di facilitatore, l'integrazione obbligatoria alle costituenti AFT da parte dei medici del ruolo unico al momento privi di forme organizzative (UCP, Gruppi etc) in conformità alle tempistiche e al modello previsto per la realizzazione delle AFT.

2.3 Localizzazione e riconoscibilità: prossimità e accessibilità

La AFT deve essere facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento. La localizzazione tiene conto di:

- Presenza di infrastrutture pubbliche;
- Connessioni con i trasporti e mobilità dolce;
- Sinergie con altri servizi pubblici locali.

Le AFT devono costituire un punto di riferimento fisico, organizzativo e identitario per la popolazione assistita, favorendo il raccordo funzionale e operativo tra i singoli studi dei professionisti e le strutture territoriali, in particolare le Case della Comunità, all'interno del sistema Distrettuale.

2.3.1 Le sedi delle AFT

In accordo con quanto previsto dal vigente ACN (Art. 29 c.4) le AFT possono avere sede di riferimento individuata dall' Azienda, o dai medici che la compongono in accordo con la stessa, secondo il modello basato sulla distribuzione orogeografica dei servizi e della popolazione, al fine di sopperire a bisogni specifici del territorio.

Le aziende propongono, per il tramite dei Distretti, la localizzazione all' interno degli spazi appositamente previsti dal DM77 all' interno delle CDC Hub e Spoke, quale possibile sede di riferimento di AFT

L' Azienda e i Distretti provvederanno a garantire il collegamento funzionale tra le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), le forme organizzative multiprofessionali (come le UCCP), le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC). Il collegamento tra i membri delle AFT e le suddette strutture è previsto dall' ACN vigente e dovrà essere garantita l' interoperabilità anche attraverso l' eventuale adozione di un provider unico per il gestionale, al fine di facilitare l' integrazione tra i medici del ruolo unico.

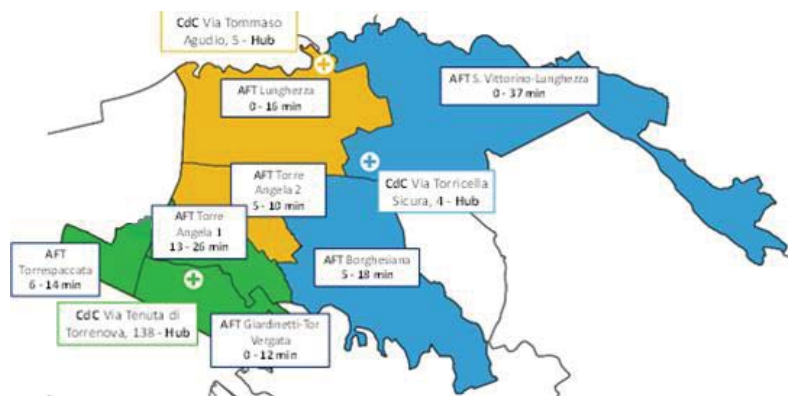
Grazie alla possibilità di georeferenziare i medici del ruolo unico e le rispettive popolazioni target, Il DEP Lazio fornisce un supporto metodologico per l' identificazione degli ambiti territoriali delle nuove AFT, in relazione con le CdC di riferimento. A puro titolo di esempio, in tabella 1 è mostrata una proposta degli ambiti territoriali delle nuove AFT per il Distretto 6 della ASL Roma 2. Le AFT sono costituite - in armonia con i riferimenti normativi sopra descritti - dall' aggregazione per prossimità di Zone urbanistiche o di loro partizioni, tenendo conto, primariamente, della popolazione residente e della densità abitativa. In questo esempio il numero di MMG per AFT è stato calcolato considerando il parametro di un medico ogni 1,200 residenti. In figura 1 è riportata la rappresentazione geografica della distribuzione delle AFT e delle CdC sul territorio del Distretto. Nella mappa, per ciascuna AFT, sono indicati il tempo minimo e il tempo massimo di percorrenza (minuti in macchina) rispetto alla CdC di riferimento.

Tabella 1 Gli ambiti territoriali delle nuove AFT: l'esempio del Distretto 6, ASL Roma 2

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	6	CdC Torrenova (81,770 residenti)	Torrespaccata (28,288 residenti)	24	Torrespaccata	11,357
					Torre Maura	16,931
			Giardinetti	16	Giardinetti	18,050
			Torre Angela 1	30	Torre Angela 1	35,432
		CdC Torricella Sicura (60,168 residenti)	Borghesiana	36	Borghesiana	42,215
			San Vittorino- Lunghezza (17,953 residenti)	15	San Vittorino	11,202
		Lunghezza 1			6,751	
		CdC Tommaso Agudio (65,205 residenti)	Lunghezza	24	Lunghezza 2	22,856
			(28,351 residenti)		Acqua Vergine	5,495
	Torre Angela 2	31	Torre Angela 2	36,854		

Fonte: DEP Lazio. Popolazione maggiorenne, assistita e residente al 01/01/2024.

Figura 1 Territorializzazione delle reti assistenziali. AFT e CdC sul territorio del Distretto 6, ASL Roma 2



La popolazione residente negli ambiti territoriali individuati attraverso questa metodologia potrebbe essere oggetto di valutazione secondo l'approccio di *population health management*, orientato alla programmazione locale dell'offerta in base ai reali bisogni assistenziali delle popolazioni target.

L'analisi completa del contesto regionale è disponibile in Allegato 1

2.4 Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria nelle AFT

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

- l'assistenza primaria e di continuità per tutti i cittadini assistiti dai Medici del Ruolo Unico 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 confluite in esse;
- una "rete informativa" attraverso la "cooperazione applicativa" tra i gestionali dei Medici del Ruolo Unico 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;
- L'accessibilità dei Medici del Ruolo Unico 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).
- Al momento della costituzione, le AFT dovranno comunicare in modo strutturato: gli orari e i recapiti degli studi territoriali di ciascun Medico del Ruolo Unico a ciclo di scelta, le modalità di contatto dell'AFT nella fascia oraria 8-20 (inclusi numero telefonico ed e-mail dedicati all'utenza), nonché il riferimento territoriale alla Casa di Comunità correlato all'AFT;
- 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 del Distretto 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 per i pazienti ricoverati presso gli Ospedali di Comunità (OdC) presenti nel territorio di pertinenza e afferenti alla AFT;
- 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 Equipe Multidisciplinare e/o 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);
- promozione dei corretti stili di vita;
- erogazione di visite occasionali per l'assistenza ai turisti, agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti ed altre categorie di utenti, temporaneamente presenti sul territorio regionale;
- Disponibilità di partecipazione alle funzionalità del NEA 116117.

2.5 Ruolo del Referente AFT

Il Referente di AFT, individuato dai medici della stessa secondo quanto previsto dall'ACN, ha il compito di coordinare l'attività dei colleghi per garantire la continuità dell'assistenza, favorire l'integrazione con gli altri servizi aziendali e collaborare con l'URP aziendale per la gestione dei disservizi segnalati. Redige annualmente una relazione sull'attività svolta e sul raggiungimento degli obiettivi, sulla base di indicatori concordati con l'Azienda.

Partecipa a incontri di monitoraggio con cadenza almeno trimestrale, promossi rispettivamente dal Direttore di Distretto, finalizzati al coordinamento e alla verifica delle attività delle AFT. Gli incontri devono essere tracciati e verbalizzati. Al referente è riconosciuto un compenso proporzionato alle funzioni espletate e ai risultati ottenuti, definito dagli Accordi Integrativi Regionali e la sua attività è soggetta a valutazione annuale da parte del Direttore Generale. In caso di criticità, è possibile la sostituzione anticipata secondo le modalità previste dal regolamento. Gli Accordi Integrativi Regionali disciplinano la durata del mandato e le modalità di svolgimento.

3. Le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP): elementi organizzativi e riferimenti normativi

L'articolo 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la medicina generale del 2024 definisce le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) come modelli organizzativi operanti nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, costituite da medici convenzionati. Tali unità possono avvalersi, secondo quanto stabilito dagli Accordi Integrativi Regionali, della collaborazione di operatori amministrativi, sanitari e sociali.

La **Legge 8 novembre 2012, n. 189** (cd. Legge Balduzzi), all'articolo 1, ha introdotto una distinzione sostanziale tra le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), che mantengono una natura **monoprofessionale**, e le UCCP, concepite invece come **forme organizzative multiprofessionali**. Queste ultime erogano prestazioni assistenziali in coerenza con la programmazione regionale, attraverso il coordinamento e l'integrazione tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e altri professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale.

Le UCCP realizzano i propri compiti attraverso l'attività di **équipe multidisciplinare**, così come definita dal **Decreto Ministeriale n. 77/22**, delle Case della Comunità e fruendone dei loro specifici servizi, ovvero presidi territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico anche nei giorni prefestivi e festivi tramite idonea turnazione, e collegati in rete con le strutture ospedaliere mediante sistemi telematici.

Secondo gli **Accordi Collettivi Nazionali vigenti** per i Medici di Medicina Generale (MMG) e per i Pediatri di Libera Scelta (PLS), le UCCP devono operare in forma integrata all'interno di strutture o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, in stretto collegamento funzionale con le AFT presenti sul territorio. Grazie alla loro composizione multiprofessionale, le UCCP sono in grado di rispondere in maniera coordinata ai bisogni di salute complessi della popolazione, realizzando i propri compiti attraverso:

- la **programmazione delle attività** in coerenza e in linea con la programmazione del Distretto Sanitario di riferimento;
- la **partecipazione a programmi di formazione, aggiornamento professionale e progetti di ricerca**, concordati con il Distretto e coerenti con gli indirizzi regionali e aziendali;
- la **realizzazione di audit clinici e organizzativi**, anche con il coinvolgimento dei referenti delle AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

Inoltre, l'ACN prevede che le UCCP debbano:

- garantire l'**accesso integrato** degli assistiti ai servizi della UCCP, in sinergia con il team multiprofessionale, contribuendo alla riduzione dell'accesso inappropriato al Pronto Soccorso;

- assicurare una **presa in carico efficace e continuativa** dei pazienti, con particolare attenzione ai soggetti affetti da cronicità e a bisogni assistenziali complessi, favorendo l'integrazione con i servizi di secondo e terzo livello;
- promuovere l'**integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale**, a partire dai servizi domiciliari e residenziali, in collaborazione con i Distretti, le istituzioni locali e i nodi della rete di assistenza territoriale;
- favorire il raccordo operativo con il **sistema di emergenza-urgenza** e con i servizi socio-sanitari territoriali.

L'Azienda individua mediante un avviso pubblico il **Coordinatore della UCCP** al quale sono affidate le seguenti funzioni:

- collaborazione con il Distretto alla organizzazione dei percorsi assistenziali;
- relazione e confronto coi dirigenti aziendali su tematiche assistenziali, progettuali e organizzative;
- raccordo coi referenti di AFT per percorsi di cura, utilizzo delle risorse disponibili e raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione del budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.

4. Le Case della Comunità: definizione e funzioni

Le **Case della Comunità (CdC)** sono il **nodo centrale della rete territoriale** del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, concepite come snodo centrale per l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari per la popolazione. Si fondano su **principi di prossimità, integrazione, proattività, personalizzazione, equità e partecipazione comunitaria**.

Le CdC svolgono diverse funzioni fondamentali:

- **Presa in carico integrata e proattiva** delle persone, in particolare quelle con fragilità e cronicità;
- **Integrazione tra servizi sanitari, sociali e amministrativi**, con un approccio multiprofessionale e multidisciplinare;
- **Continuità assistenziale** h24 o h12 a seconda della tipologia di sede;
- **Co-progettazione della salute** con la comunità e le istituzioni locali;
- **Piattaforma territoriale di erogazione dei servizi** sanitari (medici, infermieristici, specialistici), socio-sanitari, amministrativi e di telemedicina.

4.1 Modello organizzativo e struttura Hub & Spoke

Il modello regionale delle CdC si articola secondo la logica **Hub & Spoke**, che garantisce **prossimità e capillarità dei servizi**:

- **CdC Hub**: strutture principali con presenza continua di medici e infermieri e dotate di tutti i servizi essenziali;
- **CdC Spoke**: sedi decentrate e più leggere, con offerta parziale, collegate funzionalmente all'hub di riferimento.

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	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO

4.2 Integrazione CdC con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Le **AFT** rappresentano un'organizzazione funzionale dei **Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria** operanti in forma coordinata, in sinergia con le CdC.

L'integrazione tra **CdC** e **AFT** si concretizza in:

- **Collaborazione operativa** dei Medici del ruolo unico afferenti alle AFT con l'équipe multidisciplinare della CdC;
- **Partecipazione alla presa in carico dei pazienti** cronici o fragili, anche nell'ambito della medicina di iniziativa;
- **Condivisione dei percorsi di cura** e degli strumenti di valutazione (es. PAI, UVM);
- **Accesso facilitato a servizi diagnostici, specialistici e infermieristici** presenti nella CdC;
- **Utilizzo condiviso delle infrastrutture** (ambulatori, sistemi informativi, telemedicina).

L'AFT, pur mantenendo autonomia gestionale, trova nella CdC il **riferimento organizzativo di riferimento**, rafforzando la capacità di risposta integrata e personalizzata sul territorio.

5. Definizione di “presenza medica e infermieristica” nelle Case della Comunità

La “presenza medica” rappresenta un requisito fondamentale nelle Case della Comunità, in particolare in relazione alla classificazione delle strutture come hub o spoke. Le fonti normative principali – tra cui il DM 77/2022, le Linee Guida AGENAS e gli atti regionali – definiscono con precisione le caratteristiche minime richieste in termini di disponibilità oraria e modalità organizzative.

5.1 Personale Sanitario negli hub

Secondo quanto stabilito dal **DM 77/2022**, le Case della Comunità *hub* devono garantire:

- **Presenza medica continuativa h24, 7 giorni su 7**, anche attraverso l’integrazione con il servizio di **Continuità Assistenziale** (ex guardia medica);
- **Presenza infermieristica per almeno 12 ore al giorno**, 7 giorni su 7.

5.2 Personale Sanitario negli spoke

Le Case della Comunità *spoke* sono invece tenute a garantire:

- **Presenza medica e infermieristica per almeno 12 ore al giorno**, 6 giorni su 7 (dal lunedì al sabato).

5.3 Linee di indirizzo per l’attività oraria – Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome

Le *Linee di indirizzo per l’attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità*, adottate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, hanno ribadito l’importanza e la necessità della presenza medica all’interno delle Case della Comunità.

- La **presenza medica h24**, 7 giorni su 7 per le **Hub**, e **h12**, 6 giorni su 7 per le **CdC Spoke**, anche tramite il servizio di continuità assistenziale;
- La **disponibilità di un servizio di assistenza medica accessibile a tutti gli utenti**, senza necessità di prenotazione né vincoli legati all’iscrizione a un determinato medico. Questo servizio può essere svolto da un medico del **ruolo unico di assistenza primaria a prestazione oraria**.

Sono **escluse** dalla definizione di Presenza Medica:

- La contemporanea attività a ciclo di scelta come quelle di un **Medico del ruolo unico di assistenza primaria o di una Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)** che svolge a favore dei propri assistiti.

6. Integrazione tra l'assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) disporranno di una sede principale, che potrà coincidere con una Casa della Comunità (CdC) o con la sede della preesistente UCP (Unità di Cure Primarie), o in altra sede in collegamento operativo e applicativo con le CdC. In ogni caso, dovrà essere garantita l'accessibilità degli assistiti nella sede di riferimento, a completamento dell'assistenza erogata dal medico di riferimento presso il proprio studio.

Le AFT dei medici del ruolo unico assicureranno l'accessibilità di tutti gli assistiti articolando le proprie attività su base di **ciclo di scelta nei giorni feriali (lunedì-venerdì) dalle ore 8:00 alle ore 20:00**. Inoltre, **in caso di necessità organizzativa e assistenziale, anche dalle ore 20:00 alle 24:00 in modalità oraria**, garantendo così una continuità dell'assistenza nella fascia serale.

I medici del ruolo unico di assistenza primaria, contrattualizzati a partire dall'anno 2025, ai sensi dell'ACN 2024, svolgeranno attività a prestazione oraria presso le UCCP, le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità del Distretto di riferimento dell'AFT di appartenenza, al fine di garantire la presenza medica, inclusi il sabato, la domenica, i giorni festivi e i prefestivi infrasettimanali, secondo il fabbisogno e le modalità definite a livello aziendale.

I medici già incaricati a tempo indeterminato prima dell'entrata in vigore dell'ACN 2024 saranno equiparati ai suddetti in caso di passaggio al ruolo unico.

L'AFT assicurerà l'erogazione a tutti i pazienti che ad essa afferiscono, nonché l'assistenza a tutti i cittadini, studenti, non residenti e turisti ai sensi dell'art. 46. Quest'ultima verrà retribuita come previsto dall'articolo 46 del ACN 2024. L'attività oraria dovrà essere organizzata secondo le esigenze di ogni Azienda e dopo una dettagliata mappatura dei bisogni del territorio di riferimento delle AFT.

Infine, la copertura **notturna (dalle 20:00 alle 8:00)** potrà essere garantita, sulla base dell'organizzazione aziendale e delle esigenze territoriali, presso le **CdC hub**, da parte dei Medici del ruolo unico di assistenza primaria (definizione del medico del ruolo unico Art. 31 comma 1 ACN 28 aprile 2022) a rapporto orario. Questi ultimi potranno inoltre assicurare l'assistenza medica per i pazienti ricoverati presso gli Ospedali di Comunità (OdC) del territorio di riferimento e partecipare alla costituzione delle **Unità di Continuità Assistenziale (UCA)** previste in ogni Distretto.

Il modello organizzativo notturno dovrà garantire un numero congruo di personale medico, al fine di soddisfare i due requisiti non sovrapponibili di presenza medica nelle CdC e di medico dedicato alle urgenze differibili, attivabile sia per l'assistenza domiciliare che per l'OdC.

7. Medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle CdC

All'interno della Casa della Comunità (CdC), il Medico del ruolo unico potrà svolgere un ruolo centrale nella presa in carico globale della persona, contribuendo in modo attivo e integrato alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali. Le seguenti funzioni rappresentano un possibile assetto operativo delle sue attività, organizzate per ambiti tematici:

1. Prevenzione e Promozione della Salute

- Screening oncologici, metabolici e vaccinazioni (influenza, COVID-19, HPV).
- Educazione a stili di vita sani, prevenzione dipendenze e supporto a gruppi vulnerabili.

2. Diagnosi e Cura delle Patologie Acute e Croniche

- Ambulatori di Cure Primarie.
- Visite ambulatoriali e gestione delle cronicità (diabete, BPCO, scompenso).
- Lavoro in équipe multiprofessionali per casi complessi.
- Unità di Valutazione Multidisciplinare
- Unità di Continuità Assistenziale

3. Riabilitazione e Assistenza Domiciliare

- Supporto alla riabilitazione post-acuzie con équipe territoriali.
- Attivazione e gestione di Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative.

4. Presa in Carico e Continuità dell'Assistenza

- Stesura di Piani Assistenziali Individualizzati (PAI).
- Uso della telemedicina e strumenti digitali per monitoraggio e comunicazione.

5. Formazione, Ricerca e Coordinamento

- Aggiornamento ECM, supervisione a tirocinanti, implementazione di nuovi protocolli.
- Coordinamento con la governance della Casa della Comunità.

6. Salute Mentale e Disagio Psicosociale

- Screening per disagio psichico e collaborazione con i CSM.
- Psicoeducazione e sostegno alle famiglie in sinergia con il Terzo Settore.

7. Educazione Sanitaria e Health Literacy

- Laboratori per la popolazione su gestione delle cronicità.
- Alfabetizzazione sanitaria e digitale per pazienti fragili.

8. Collaborazione con Farmacie di Comunità

- Revisione terapie, aderenza terapeutica e screening rapidi in farmacia.

9. Emergenze Territoriali e Malattie Infettive

- Protocolli per pandemie, monitoraggio epidemiologico e campagne vaccinali straordinarie.

10. Sicurezza Alimentare e Salute Ambientale

- Sensibilizzazione su igiene alimentare e rischi ambientali, con ASL e servizi pubblici.

11. Sorveglianza Nutrizionale e Contrasto all'Obesità

- Valutazioni nutrizionali, educazione alimentare e promozione dell'attività fisica.

12. Genitorialità e Età Evolutiva

- Collaborazione con pediatri e consultori per sostegno alla genitorialità e tutela minori.

13. Networking e Community Building

- Rafforzamento delle reti sociosanitarie e partecipazione a progetti sociali locali.

14. Cure Palliative di Base

- Monitoraggio e gestione precoce dei sintomi, supporto alla famiglia e qualità di vita.

15. Supporto all'attività dei servizi distrettuali

Il cittadino potrà accedere liberamente alle prestazioni in autopresentazione, su invio da parte del MMG/PLS e/o su invio del 116117.

Criteri di esclusione per fattispecie particolari

- Dolore toracico
- Dispnea acuta
- Deficit neurologico acuto
- Cefalea intensa e inusuale
- Poli-Trauma
- Sincope/perdita di conoscenza

8. Medici del Ruolo Unico di assistenza primaria: stima dei fabbisogni ciclo di scelta e ciclo orario

Sulla base delle stime relative al fabbisogno minimo di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) in rapporto alla popolazione, si prevede che i medici del ruolo unico siano chiamati a effettuare un turno settimanale, nei soli giorni feriali, della durata di circa 3 ore nelle AFT.

Va tuttavia rilevato che i dati raccolti mostrano una certa variabilità tra i diversi contesti territoriali e organizzativi, discostandosi dalla media stimata. Ciò evidenzia la necessità di una più puntuale definizione dei bisogni a livello aziendale, tenendo conto delle specificità locali e della reale domanda assistenziale espressa dalla popolazione.

Con l'entrata in vigore del nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN), e la successiva assegnazione dei nuovi incarichi ai medici del ruolo unico, sarà compito dell'accordo integrativo regionale ridefinire l'organizzazione delle attività a ciclo orario.

In tale contesto, dovrà essere attentamente considerata la quota di copertura oraria attualmente garantita da medici della ex continuità assistenziale, attivi con contratti provvisori, nonché le esigenze operative e professionali dei medici del ruolo unico (ACN precedenti al 2024).

È da considerare la collaborazione che i medici di Assistenza Primaria in capo alle AFT potranno fornire alle attività del NEA 116117, per assicurare la piena funzionalità delle due C.O. previste nell'ambito della regione Lazio.

Per quanto riguarda la copertura delle ore notturne, - e nei diurni dei festivi e prefestivi - si ipotizza la presenza di ulteriore personale medico, data la necessità di garantire una presenza assistenziale h24 nelle CdC Hub e della contemporanea necessità di effettuare visite domiciliari, come previsto nei modelli organizzativi della ex continuità assistenziale. Anche questo aspetto sarà oggetto di attenta valutazione e pianificazione, in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali e con l'evoluzione della rete territoriale.

ALLEGATO 1 - BACINI DI UTENZA E COLLEGAMENTI FUNZIONALI: AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) E CASE DELLA COMUNITÀ (CdC)

- Tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria, pertanto anche i professionisti che fanno parte ad oggi di forme aggregative/organizzative meno strutturate (singoli, rete), devono obbligatoriamente far parte sia funzionalmente che operativamente di una AFT e possono afferire ad una sola AFT, il cui territorio dovrà essere definito con criteri di prossimità, coerenza geografica e densità abitativa.
- Il bacino di utenza: n. 1 AFT per un bacino di circa 30.000 abitanti, fatte salve particolari situazioni legate soprattutto alla densità abitativa e ai confini comunali; nelle condizioni a popolazione dispersa, ovvero in aree ad alta complessità organizzativa e di assistenza, il bacino di abitanti potrà essere individuato su specifiche determinazioni in seno ai Comitati aziendali e deliberato dal Comitato regionale con una variabilità in aggiunta o in diminuzione indicativamente del 30%.
- Ogni AFT ha una propria Casa della Comunità di riferimento alla quale afferisce operativamente.
- Ad ogni AFT afferiscono tutti i medici di assistenza primaria presenti nel territorio di riferimento della AFT.
- L'Accordo Collettivo Nazionale prevede che dal 2025 si applichi il parametro di un medico ogni 1.200 residenti (con alcune eccezioni previste dall'Allegato 7) e che la AFT sia l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale a scelta e su base oraria.
- Il modello attuale non contempla le CdC Extra-POR, salvo le strutture già esistenti che ospitano servizi attivi e che saranno destinate a diventare future Case della Comunità. Il modello verrà ricalcolato e aggiornato al momento dell'attivazione delle CdC Extra-POR previste dagli atti aziendali, in modo da garantire una rappresentazione completa e aggiornata della rete territoriale.
- Il modello prevede una stima delle AFT basata sui dati attuali, che verrà ricalcolata a livello aziendale a seguito del completamento dell'assegnazione delle zone carenti attualmente in corso.
- Con il provvedimento di attivazione delle AFT, le Aziende ridefiniscono anche gli ambiti territoriali di iscrizione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria facendoli coincidere, di norma, con il bacino di utenza delle nuove AFT le quali costituiscono l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale.
- Tutte le analisi sono state realizzate sulla popolazione con età maggiore o uguale di 14 anni. Per ciascuna AFT è stato calcolato il numero "atteso" di MMG, considerando il parametro di un medico ogni 1.200 residenti

Il presente modello definisce la programmazione delle unità di offerta di Assistenza Primaria secondo il principio della territorializzazione. Tale quadro programmatico è valevole per il biennio 2025-2026 ed include le Case della Comunità Hub e Spoke di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1003/2025 e le strutture territoriali in cui le Aziende erogano servizi. Ci si riserva di modificare tale programmazione a seguito di

eventuali variazioni e/o aggiungere nei futuri atti programmatori eventuali ulteriori strutture attivate dalle Aziende dopo il 2026.

Tabella 1 ASL Roma 1 - Distretto 1

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM1	1	CdC Viale Angelico	Della Vittoria (30,959 residenti)	26	Prati 1	9,063
					Della Vittoria	21,896
		CdC Via Fra Albenzio	Eroi (22,055 residenti)	19	Prati 2	6,019
					Eroi	16,036
		CdC Via Canova	Centro storico (25,535 residenti)	22	Centro Storico	18,275
					XX Settembre	7,260
		CdC Via Morosini	Trastevere (23,150 residenti)	20	Trastevere	10,355
					Aventino	6,559
					Testaccio	6,236
		CdC Via Luzzatti (52,913 residenti)	Esquilino Celio (22,499 residenti)	26	Esquilino 2	30,414
19	Esquilino 1				18,260	
	Celio				3,426	
			Zona Archeologica	813		

Tabella 2 ASL Roma 1 - Distretto 2

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM1	2	CdC Via Tagliamento (52,709 residenti)	Flaminio (23,616 residenti)	20	Villaggio Olimpico	2,309
					Flaminio	10,880
					Parioli 1	10,427
			Salario (29,093 residenti)	25	Salario	21,320
					Villa Borghese	506
					Parioli 2	7,267
		CdC Circonvallazione Nomentana (55,170 residenti)	Trieste (24,395 residenti)	21	Trieste 1	23,567
					Villa Ada	828
			Nomentano (30,775 residenti)	26	Trieste 2	20,135
		Nomentano 1			10,640	
CdC Via dei Frentani	San Lorenzo (30,127 residenti)	26	S. Lorenzo	7,031		
			Università	737		
			Verano	460		
			Nomentano 2	21,899		

Tabella 3 ASL Roma 1 - Distretto 3

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM1	3	CdC Via Dina Galli (54,418 residenti)	Tufello (27,325 residenti)	23	Tufello	12,104
					Val Melaina 1	15,221
			Fidene (27,093 residenti)	23	Fidene	10,046
					Val Melaina 2	15,506
			Aeroporto dell'Urbe		1,541	
		CdC Via Lampedusa (67,543 residenti)	Conca d'Oro (38,857 residenti)	33	Sacco Pastore	8,620
					Conca d'Oro	16,413
					Monte Sacro	13,824
			Monte Sacro Alto	24	Monte Sacro Alto	28,686
		CdC Via Paolo Monelli (49,749 residenti)	Casal Boccone (23,057 residenti)	20	Casal Boccone	11,712
					Serpentara 2	11,345
			Bufalotta (26,692 residenti)	23	Settebagni	4,472
Serpentara 1	15,392					
Bufalotta	6,252					
Tor S. Giovanni	576					

Tabella 4 ASL Roma 1 - Distretto 13

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM1	13	CdC Via Valle Aurelia	Aurelia (35,376 residenti)	30	Aurelio Sud	20,438
					Aurelio Nord	14,938
		CdC Via Boccea, 271	Val Cannuta	23	Val Cannuta	27,437
		CdC Via Tornabuoni	Fogaccia	21	Fogaccia	25,036
		CdC Via Boccea, 625	Boccea (21,151 residenti)	18	Casalotti di Boccea	14,349
					Boccea	6,802

Tabella 5 ASL Roma 1 - Distretto 14

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM1	14	CdC Piazza San Zaccaria (83,814 residenti)	Primavalle	22	Primavalle 1	25,251
			Pineto (25,047 residenti)	21	Primavalle 2	23,317
					Pineto	1,730
		Medaglie d' Oro	28	Medaglie d' Oro	33,516	
		CdC Piazza S. Maria della Pietà (74,267 residenti)	S. Maria della Pietà	18	S. Maria della Pietà	20,795
			Trionfale (26,211 residenti)	22	Trionfale	13,761
					Ottavia	12,450
			Castelluccia (27,261 residenti)	23	Castelluccia	24,149
					S. Maria di Galeria	3,112

Tabella 6 ASL Roma 1 - Distretto 15

ASL	Distretto	CdC	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM1	15	CdC Via della Stazione di Cesano (64,367 residenti)	Cesano (35,533 residenti)	30	Martignano	38
					Cesano	9,690
					La Storta	16,881
			Prima Porta (28,834 residenti)	25	Giustiniana	8,924
					Labaro	18,487
					Prima Porta	2,814
		CdC Via Cassia (65,636 residenti)	Tomba di Nerone (30,046 residenti)	26	Santa Cornelia	7,533
					Tomba di Nerone	26,845
					Grottarossa Est	991
			Tor di Quinto (35,590 residenti)	30	Grottarossa Ovest	2,210
					Tor di Quinto	10,713
					Acquatrasversa	7,329
Farnesina	16,363					
Foro Italico	1,185					

Tabella 7 ASL Roma 2 - Distretto 4

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	4	CdC Via del Frantoio	Casal Bertone (31,800 residenti)	27	Casal Bertone	13,364
					Casal Bruciato	18,436
		Struttura Pietralata	Pietralata (28,749 residenti)	24	Pietralata	11,687
					Tiburtino Nord	17,062
		CdC Via Mozart	Tiburtino (31,804 residenti)	27	Tiburtino Sud	19,269
					Settecamini	10,437
					Tor Cervara	2,098
		CdC Via Francesco Paolo Bonifacio	San Basilio (30,534 residenti)	26	San Basilio	21,527
					S. Alessandro	9,007
		CdC Via Casal de' Pazzi	Casal de' Pazzi	19	Casal de' Pazzi	22,625

Tabella 8 ASL Roma 2 - Distretto 5

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	5	CdC Via Bresadola (67,271)	Casilino (34,216 residenti)	29	Gordiani 1	24,995
					Casilino	9,221
			Gordiani (33,055 residenti)	28	Gordiani 2	9,958
		Centocelle 1			23,097	
		CdC Via degli Eucalipti (56,226 residenti)	Centocelle (24,270 residenti)	21	Centocelle 2	23,251
					Centro Direzionale Centocelle	1,019
					Alessandrino (31,956 residenti)	27
		Tor Tre Teste	9,328			
		CdC Via N. Forteguerra (56,305 residenti)	Quadraro (25,890 residenti)	22	Quadraro	17,203
					Torpignattara 1	8,687
Torpignattara 2	30,415					
			Torpignattara	26		

		CdC Via della Rustica	La Rustica (21,741 residenti)	19	Tor Sapienza	10,785
					La Rustica	8,583
					Casetta Mistica	804
					Omo	1,569

Tabella 9 ASL Roma 2 - Distretto 6

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti		
RM2	6	CdC Via Tenuta Torrenova (81,770 residenti)	Torrespaccata (28,288 residenti)	24	Torrespaccata	11,357		
			Giardinetti		16	Giardinetti	18,050	
			Torre Angela 1	30	Torre Angela 1	35,432		
			Borghesiana	36	Borghesiana	42,215		
		CdC Via Torricella Sicura (60,168 residenti)	San Vittorino-Lunghezza (17,953 residenti)	15	San Vittorino	11,202		
			Lunghezza 1		6,751			
		CdC Via Tommaso Agudio (65,205 residenti)	Lunghezza (28,351 residenti)	24	Lunghezza 2	22,856		
			Torre Angela 2		31	Torre Angela 2	36,854	

Tabella 10 ASL Roma 2 - Distretto 7

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	7	CdC Via Monza (70,684 residenti)	Tuscolano (28,642 residenti)	24	Tuscolano Nord	17,437
			Appio Latino (42,042 residenti)		35	Tuscolano Sud 1
						Appio
		CdC Via Cartagine (65,022 residenti)	Tor Fiscale (31,061 residenti)	26	Latino	19,607
						Tuscolano Sud 2
					29	Tor Fiscale
				Don Bosco 1	21,668	

			Don Bosco (33,961 residenti)		Appio Claudio 1	12,293
		CdC Via Antistio (70,275 residenti)	Appio Claudio (34,547 residenti)	29	Don Bosco 2	21,859
					Appio Claudio 2	12,688
			Quarto Miglio (35,728 residenti)	30	Quarto Miglio	9,147
		CdC Via della Stazione di Ciampino (48,086 residenti)	Romanina (24,089 residenti)	21	Pignatelli	5,597
					Lucrezia Romana	4,395
					Osteria del Curato	16,589
			Morena	20	Morena	23,997

Tabella 11 ASL Roma 2 - Distretto 8

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	8	CdC Via San Nemesio (48,515 residenti)	Ostiense (24,908 residenti)	21	Ostiense	6329
			Garbatella (23,607 residenti)	20	Garbatella 1	18579
		CdC Via Casal de Merode	Grotta Perfetta (34,327 residenti)	29	Tre Fontane	9918
					Grotta Perfetta	13458
					Tor Marancia 1	10951
		CdC Via Malfante	Navigatori (23,045 residenti)	20	Tor Marancia 2	16515
					Navigatori	3732
					Appia Antica Nord	2186
					Appia Antica Sud	612

Tabella 12 ASL Roma 2 - Distretto 9

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM2	9	CdC Via G. Marotta (84,139 residenti)	Eur (28,550 residenti)	24	Eur	7,455
					Villaggio Giuliano	8,364
					Cecchignola	12,731
			Laurentino (32,634 residenti)	28	Laurentino	20,532
					Vallerano Castel di Leva 1	12,102
			Castel Romano (22,955 residenti)	20	Vallerano Castel di Leva 2	12,868
					Decima	6,957
					Porta Medaglia	1,840
		Castel Romano			222	
		Santa Palomba			1,068	
		CdC Via C. Sabatini (68,081 residenti)	30	Torrino	35,160	
				Spinaceto (32,921 residenti)	28	Mezzocammino
		Spinaceto	20,942			
Tor di Valle	22					

Tabella 13 ASL Roma 3 - Distretto 10

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM3	10	CdC Lungomare Toscanelli (69,220 residenti)	Castel Fusano (31,854 residenti)	27	Castel Fusano	1,326
					Ostia Sud	30,528
			Ostia Nord	32	Ostia Nord	37,366
		CdC Via Casal Bernocchi (59,707 residenti)	Malafede (36,341 residenti)	31	Malafede	14,388
					Acilia Sud	21,953
			Acilia Nord	20	Acilia Nord	23,366
		CdC Via L. Liviabella (61,128 residenti)	Infernetto (24,349 residenti)	21	Infernetto	24,207
					Castel Porziano	142
			Palocco (36,779 residenti)	31	Palocco	22,423
			Ostia Antica		14,356	

Tabella 14 ASL Roma 3 - Distretto 11

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti
RM3	11	CdC Via Vaiano (61,357 residenti)	Marconi	25	Marconi	29,097
			Pian Due Torri (32,260 residenti)	27	Trullo 1	10,975
					Pian Due Torri	21,285
		CdC Largo Quadrelli (52,942 residenti)	Portuense	21	Portuense	24,919
			Corviale (28,023 residenti)	24	Trullo 2	14,317
					Corviale	13,706
		CdC Via Portuense	Magliana (14,633 residenti)	13	Magliana	4,217
					Ponte Galeria	10,446

Tabella 15 ASL Roma 3 - Distretto 12

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	ZUR di afferenza	Residenti	
RM3	12	Struttura Ramazzini (64,735 residenti)	Colli Portuensi	26	Colli Portuensi	30,755	
			Gianicolense	29	Gianicolense 1	33,980	
		CdC Via della Consolata (53,924 residenti)	Buon Pastore (37,305 residenti)	Gianicolense 2	32	Gianicolense 2	11,087
				Buon Pastore		Buon Pastore	25,914
				Villa Pamphili		Villa Pamphili	304
			Pisana (16,619 residenti)	Pisana	14	Pisana	3,835
				Massimina		Massimina	7,452
				Pantano di Grano		Pantano di Grano	5,332

Tabella 16 ASL Roma 3 - Distretto Fiumicino

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
RM3	Fiumicino	Struttura Aurelia	Fiumicino 1	29	Fiumicino 1	34,208
		Struttura Coni Zugna	Fiumicino 2	28	Fiumicino 2	32,624

Tabella 17 ASL Roma 4 - Distretto 1

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
RM4	1	Struttura Allumiere Tolfa	Tolfa (21,646 residenti)	19	ALLUMIERE	3,327
					TOLFA	4,123
					CIVITAVECCHIA 1	14,196
		CdC Viale Lazio - Civitavecchia	Civitavecchia	26	CIVITAVECCHIA 2	30,590
		CdC Via delle Libertà - Santa Marinella	Santa Marinella	14	SANTA MARINELLA	15,662

Tabella 18 ASL Roma 4 - Distretto 2

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM4	2	CdC Via Madre Maria Crocifissa Curcio - Cerveteri	Cerveteri	27	Cerveteri	32,178
		CdC Via Aurelia – Ladispoli	Ladispoli	29	Ladispoli	34,610

Tabella 19 ASL Roma 4 - Distretto 3

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM4	3	CdC Via degli Asinelli - Trevignano Romano	Anguillara (21,327 residenti)	18	Anguillara Sabazia	16,377
					Trevignano Romano	4,950
		Struttura Canale Monterano	Bracciano (26,230 residenti)	22	Bracciano	16,047
					Canale Monterano	3,449
					Manziana	6,734

Tabella 20 ASL Roma 4 - Distretto 4

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM4	4	CdC Via Adriano I - Campagnano Di Roma	Campagnano di Roma (29,384 residenti)	25	Campagnano Di Roma	9,445
					Formello	11,256
					Mazzano Romano	2,474
					Sacrofano	6,209
		CdC Via dell'Ospedale - Magliano Romano	Magliano Romano (24,741 residenti)	21	Civitella San Paolo	1,621
					Filacciano	394
					Magliano Romano	1,219
					Morlupo	7,143
					Nazzano	1,140
					Ponzano Romano	995
					Rignano Flaminio	8,399
					Sant'Oreste	2,951
					Torrita Tiberina	879

		CdC Via Tiberina - Capena	Capena (37,445 residenti)	32	Capena	8,790
					Castelnuovo Di Porto	7,100
					Fiano Romano	13,071
					Riano	8,484

Tabella 21 ASL Roma 5 - Distretto 1

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM5	1	CdC Via 4 Novembre - Fonte Nuova	Fonte Nuova	23	Fonte Nuova	27,357
		CdC Via Bruno Buozzi - Monterotondo (54,867 residenti)	Mentana	17	Mentana	19,552
		Monterotondo	Monterotondo	30	Monterotondo	35,315

Tabella 22 ASL Roma 5 - Distretto 2

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
RM5	2	CdC Via Eusebio Possenti - Palombara Sabina	Palombara Sabina (25,831 residenti)	22	Montelibretti	4,361
					Montorio Romano	1,654
					Nerola	1,526
					Palombara Sabina	10,958
					Monteflavio	1,100
					Moricone	2,169
					Sant'Angelo Romano	4,063
		CdC Località Colle Rosa - Guidonia Montecelio (81,348 residenti)	Guidonia Montecelio	34	Guidonia Montecelio 1	39,612
		Guidonia Montecelio	Marcellina (41,736 residenti)	35	Guidonia Montecelio 2	35,633
					Marcellina	6,103

Tabella 23 ASL Roma 5 - Distretto 3

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti		
RM5	3	CdC Piazza Massimo - Tivoli	Tivoli	24	Tivoli 1	28,096		
					Tivoli 2	19,076		
		CdC Via Pio La Torre - Castel Madama	Castel Madama (28,708 residenti)	24	Casape	545		
					Castel Madama	5,931		
					Poli	1,917		
					San Gregorio Da Sassola	1,239		
		CdC Viale Santa Liberata - Ciciliano (12,328 residenti)	Vicovaro (7,983 residenti)	7	Cineto Romano	514		
					Licenza	676		
					Mandela	752		
					Percile	176		
					Roccagiovine	203		
					San Polo Dei Cavalieri	2,366		
					Saracinesco	104		
					Vicovaro	3,192		
					Ciciliano (4,345 residenti)	4	Cerreto Laziale	923
							Ciciliano	1,097
Gerano	1,023							
Pisoniano	592							
			Sambuci	710				

Tabella 24 ASL Roma 5 - Distretto 4

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM5	4	CdC Via dei Massimo - Arsoli	Arsoli (5,041 residenti)	5	Arsoli	1.324
					Anticoli Corrado	862
					Camerata Nuova	396
					Riofreddo	750
					Roviano	1300
					Vallinfreda	257
					Vivaro Romano	152
		CdC Viale Ungheria - Bellegra	Bellegra (10,407 residenti)	10	Bellegra	2.585
					Roiate	639
					Olevano Romano	6282
		CdC Largo Mazzini - Subiaco	Subiaco (15,007 residenti)	14	Rocca Santo Stefano	901
					Affile	1.404
					Arcinazzo Romano	1.218
					Marano Equo	652
					Jenne	321
					Vallepietra	226
					Subiaco	8.538
					Agosta	1.675
					Canterano	348
Rocca Canterano	170					
Cervara Di Roma	455					

Tabella 25 ASL Roma 5 - Distretto 5

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM5	5	CdC Borgo San Martino - Zagarolo	Zagarolo (28,383 residenti)	24	Zagarolo	15,291
					San Cesareo	13,092
		CdC Via porta San Martino - Palestrina	Palestrina (24,892 residenti)	21	Palestrina	18,785
					Galliciano nel Lazio	5,388
					Castel San Pietro Romano	719
		CdC Via Morino - Cave	Cave (9,405 residenti)	9	Cave	9,123
					Rocca di Cave	282
		CdC Via A. Andreani - Genazzano	Genazzano (4,783residenti)	5	Genazzano	4,783
		CdC Guido Baccelli – San Vito Romano	San Vito Romano (2,996 residenti)	3	San Vito Romano	2,779
					Capranica Prenestina	217

Tabella 26 ASL Roma 5 - Distretto 6

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM5	6	CdC Via Porta Napoletana - Valmontone	Valmontone (18,475 residenti)	16	Valmontone	13,140
					Labico	5,335
		CdC Via Fleming - Artena	Artena (11,454 residenti)	10	Artena	11,454
		CdC Via degli Esplosivi - Colleferro	Colleferro (27,413 residenti)	23	Colleferro	18,014
					Segni	7,744
					Gavignano	1,655
		CdC Via Filippo Turati - Gorga	Gorga (583 residenti)	6	Gorga	583
		CdC Via Giacomo Matteotti	Carpineto Romano (5,329 residenti)		Montelanico	1,734
					Carpineto Romano	3,595

Tabella 27 ASL Roma 6 - Distretto 1

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM6	1	CdC Via Enrico Fermi - Frascati	Frascati (36,171 residenti)	31	Frascati	19,190
					Grottaferrata	16,981
		CdC Via Malpasso D'acqua - Rocca Priora (44,170 residenti)	Rocca Priora (23,484 residenti)	20	Rocca Priora	9,164
					Rocca Di Papa	14,320
			Colonna (20,686 residenti)	18	Monte Porzio Catone	7,339
					Monte Compatri	9,805
Colonna	3,542					

Tabella 28 ASL Roma 6 - Distretto 2

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM6	2	CdC Via Olivella – Albano Laziale	Albano Laziale (26,709 residenti)	23	Castel Gandolfo	7,477
					Albano Laziale 1	19,232
		CdC Via A. Chigi - Ariccia	Ariccia (31,814 residenti)	27	Albano Laziale 2	14,587
					Ariccia	15,629
					Nemi	1,598
		CdC Via A. Grandi - Genzano	Genzano (30,691 residenti)	26	Genzano Di Roma	19,990
Lanuvio	10,701					

Tabella 29 ASL Roma 6 - Distretto 3

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM6	3	CdC Via M. Calò - Ciampino	Ciampino	28	Ciampino	33,126
		CdC Viale 24 Maggio - Marino	Marino	32	Marino	37,295

Tabella 30 ASL Roma 6 - Distretto 4

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
RM6	4	CdC Via del Mare Loc. Macchiozza - Pomezia (91,358 residenti)	Ardea	33	Ardea	39,128
			Pomezia 1	23	Pomezia 1	26,503
			Pomezia 2	22	Pomezia2	25,727

Tabella 31 ASL Roma 6 - Distretto 5

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
RM6	5	CdC Via Tevere - Lariano (57,021 residenti)	Velletri (28,357 residenti)	24	Velletri 1	28,357
			Lariano (28,664 residenti)	24	Velletri 2	17,328
					Lariano	11,336

Tabella 32 ASL Roma 6 - Distretto 6

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
RM6	6	CdC Via Aldobrandini - Anzio (49,634 residenti)	Anzio 1	20	Anzio 1	23,143
			Anzio 2	23	Anzio 2	26,491
		CdC Piazza San Francesco - Nettuno (41,546 residenti)	Nettuno 1	17	Nettuno 1	19,560
			Nettuno 2	19	Nettuno 2	21,986

Tabella 33 ASL Viterbo - Distretto A

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Viterbo	A	CdC Viale Igea - Tarquinia (33,630 residenti)	Tarquinia (14,082 residenti)	12	Tarquinia	14,082
			Tuscania (19,548 residenti)	17	Tuscania	7,126
			Monte Romano		726	
			Montalto Di Castro		7,330	
			Canino		4,366	
		CdC Via Donatori di Sangue - Montefiascone	Montefiascone (24,847 residenti)	28	Montefiascone	11,389
					Capodimonte	1,480
					Arlena Di Castro	692
					Cellere	935
					Farnese	1,215
					Ischia Di Castro	1,878
					Marta	2,873
					Piansano	1,742
					Tessennano	248
					Valentano	2,395
		CdC Via Fratelli Agosti - Bagnoregio	Bagnoregio (7,585 residenti)	28	Bagnoregio	2,210
					Castiglione In Teverina	1,579
					Civitella D'Agliano	1,243
					Graffignano	1,861
		CdC Via 4 Novembre - Bolsena (14,964 residenti)	Bolsena (8,484 residenti) Aquapendente (6,480 residenti)	14	Lubriano	692
Bolsena	3,313					
Gradoli	1,131					
Grotte Di Castro	2,229					
San Lorenzo Nuovo	1,811					
Acquapendente	4,634					
Latera	669					
Onano	759					
Proceno	418					

Tabella 34 ASL Viterbo - Distretto B

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
VT	B	Struttura Viterbo (56,996 residenti)	Viterbo	30	Viterbo 1	35,830
				18	Viterbo 2	21,166
		CdC Via Innocenzo VIII – Soriano del Cimino (25,679 residenti)	Soriano (15,262 residenti)	13	Soriano	7,196
					Celleno	1,114
					Canepina	2,546
			Orte (10,417 residenti)	9	Vitorchiano	4,406
					Orte	7,880
					Bassano in Teverina	1,087
					Bomarzo	1,450

Tabella 35 ASL Viterbo - Distretto C

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Viterbo	C	Struttura Vetralla	Vetralla (31,218 residenti)	27	Barbarano Romano	899
					Bassano Romano	4,137
					Blera	2,637
					Capranica	5,658
					Oriolo Romano	3,273
					Villa S. Giovanni in Tuscia	1,114
					Vejano	1,847
		Vetralla	11,653			
		CdC Via dell'Ospedale Conсорziale - Ronciglione	Ronciglione (37,870 residenti)	32	Caprarola	4,573
					Carbognano	1,709
					Monterosi	3,997
					Nepi	8,124
					Ronciglione	7,543
					Sutri	5,844
					Vallerano	2,232
		Vignanello	3,848			
		Struttura Civita Castellana	Civita Castellana (34,913 residenti)	30	Calcata	773
					Castel Sant'Elia	2,194
					Civita Castellana	14,023
					Corchiano	3,232
					Fabrica di Roma	7,164
Faleria	1,737					
Gallese	2,276					
Vasanello	3,514					

Tabella 36 ASL Rieti - Distretto 1

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
		CdC Piazza Onorevole Aldo Moro - Antrodoco	Antrodoco 9,512 residenti)	9	Accumoli	441
					Amatrice	1,953
					Antrodoco	2,100
					Borgo Velino	816
					Borbona	496
					Castel Sant' Angelo	987
					Cittareale	341
					Leonessa	1,786
					Micigliano	92
		Posta	500			
		CdC Via Turanense – Castel di Tora	Castel di Tora (3,718residenti)	4	Ascrea	172
					Casaprota	605
					Castel di Tora	218
					Collalto Sabino	329
					Colle di Tora	281
					Collegiove	100
					Concerviano	230
					Longone Sabino	457
					Marcetelli	61
					Nespolo	145
					Paganico Sabino	121
		Rocca Sinibalda	684			
		Turania	179			
		Varco Sabino	136			
		CdC Viale Lionello Matteucci - Rieti	Rieti (39,049 residenti)	33	Rieti	38,645
					Cottanello	404
		CdC Viale Lionello Matteucci - Rieti	Contigliano (24,980 residenti)	21	Belmonte in Sabina	507
					Borgorose	3,628
					Cantalice	2,156
					Cittaducale	5,577
					Colli sul Velino	379
					Contigliano	2,992
					Fiamignano	1,059
Greccio	1,207					
Labro	296					
Monte San Giovanni in Sabina	565					
Montenero Sabino	233					
Morro Reatino	266					
Pescorocchiano	1,524					
Petrella Salto	922					

				Poggio Bustone	1,615
				Rivodutri	901
				Torricella in Sabina	1,153

Tabella 37 ASL Rieti - Distretto 2

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Rieti	2	CdC Vocabolo Filoni - Magliano Sabina (51,497 residenti)	Magliano Sabina (26,551 residenti)	22	Cantalupo in Sabina	1,456
					Casperia	958
					Collevecchio	1,174
					Configni	409
					Forano	2,635
					Magliano Sabina	3,037
					Montasola	323
					Montebuono	724
					Montopoli di Sabina	3,404
					Poggio Catino	1,061
					Poggio Mirteto	5,180
					Roccantica	453
					Selci	944
			Stimigliano	1,841		
			Tarano	1,153		
			Torri in Sabina	998		
			Vacone	196		
			Fara in Sabina (24,542 residenti)	21	Castelnuovo di Farfa	857
					Fara in Sabina	11,930
					Frasso Sabino	616
					Mompeo	406
Monteleone Sabino	1,068					
Orvinio	322					
Poggio Moiano	2,339					
Poggio Nativo	2,254					
Poggio San Lorenzo	492					
Pozzaglia Sabino	261					
Salisano	402					
Scandriglia	2,700					
Toffia	895					

Tabella 38 ASL Frosinone - Distretto A

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Frosinone	A	CdC Via Onorato Capo - Anagni	Anagni (19,726 residenti)	17	Anagni	17,728
					Sgurgola	1,998
			Paliano (13,044 residenti)	11	Paliano	6,667
					Piglio	383
					Serrone	2,421
					Trevi nel Lazio	1,557
		Filettino			431	
		CdC Piazza Martiri di Nassirya - Fiuggi	33	Fiuggi (39,185 residenti)	Acuto	1,585
					Alatri	24,369
					Colleparado	768
					Fiuggi	8,393
					Guarcino	1,337
					Torre Cajetani	1,079
Trivigliano	1,417					
Vico nel Lazio	1,822					

Tabella 39 ASL Frosinone - Distretto B

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti	
Frosinone	B	CdC Piazza dello Ospizio - Ferentino	Ferentino (30,622 residenti)	26	Ferentino	17,543	
					Fumone	1,767	
					Giuliano Di Roma	1,991	
					Morolo	2,725	
					Patrica	2,570	
					Supino	4,026	
		CdC Viale Mazzini - Frosinone	32	Frosinone (37,556 residenti)	26	Frosinone	37,556
						Amaseno	3,500
						Castro Dei Volsci	4,023
						Ceccano	19,347
		CdC Via Regina Margherita - Ceprano	20	Ceprano (23,258 residenti)		Vallecorsa	2,124
						Villa Santo Stefano	1,439
						Ceprano	7,135
						Falvaterra	448
						Arnara	1,869
						Pastena	1,124
						Pofi	3,514
Ripi	4,472						
San Giovanni Incarico	2,693						

					Strangolagalli	2,003
		CdC Via Passeggiata San Giuseppe - Veroli	Veroli (28,341 residenti)	24	Veroli	16,994
					Boville Ernica	7,305
					Torrice	4,042

Tabella 40 ASL Frosinone - Distretto C

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Frosinone	C	CdC Via Ospedale – Isola del Liri	Isola Del Liri (12,364 residenti)	11	Isola Del Liri	9,551
					Castelliri	2,813
			Arpino (11,263 residenti)	10	Arpino	5,966
					Casalattico	356
					Casalvieri	2,157
					Fontechiari	1,066
					Santopadre	1,083
					Vicalvi	635
			Monte San Giovanni Campano (19,813 residenti)	17	Monte San Giovanni Campano	10,617
					Arce	4,619
					Colfelice	1,537
		Fontana Liri			2,296	
		CdC Via Colle Melfa - Atina	10	Atina	3,586	
				Alvito	2,220	
				Gallinaro	1,055	
				Picinisco	959	
				San Biagio Saracinisco	253	
				San Donato Val Di Comino	1,634	
				Settefrati	601	
				Villa Latina	982	
		CdC Località San Marciano - Sora	24	Belmonte Castello (C)	549	
				Sora	21,669	
				Campoli Appennino	1,380	
Broccostella	2,404					
Pescosolido	1,246					
					Posta Fibreno	910

Tabella 41 ASL Frosinone - Distretto D

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Frosinone	D	CdC Via G. Di Biasio - Cassino (45,555 residenti)	Acquafondata (15,617 residenti)	4	Acquafondata	221
					Cervaro	6,677
					Sant'Elia Fiumerapido	5,025
					San Vittore del Lazio	2,168
					Vallerotonda	1,263
					Viticuso	263
			Cassino (29,938 residenti)	25	Cassino	29,938
		CdC Viale Manzoni - Aquino	Aquino (21,793 residenti)	19	Aquino	4,401
					Castrocielo	3,277
					Colle San Magno	560
					Piedimonte San Germano	5,124
					Roccasecca	6,086
					Terelle	277
					Villa Santa Lucia	2,068
		CdC Via San Giovanni Battista - Pontecorvo	Pontecorvo (16,024 residenti)	14	Esperia	3,032
					Pico	2,206
					Pontecorvo	10,786
			San Giorgio a Liri (13,036 residenti)	11	Ausonia	2,097
					Castelnuovo Parano	666
					Coreno Ausonio	1,332
		Pignataro Interamna			2,072	
San Giorgio a Liri	2,577					
Sant'Ambrogio sul Garigliano	776					

					Sant'Andrea del Garigliano	1,159
					Sant'Apollinare	1,596
					Vallemaio	761

Tabella 42 ASL Latina - Distretto 1

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Latina	1	Struttura di Cori	Cori (9,828 residenti)	9	Cori	8,925
					Rocca Massima	903
		CdC Viale Adriatico – Cisterna di Latina	Cisterna di Latina	26	Cisterna di Latina	30,859
		CdC Via Giustiniano - Aprilia	Aprilia 1	27	Aprilia 1	31,756
			Aprilia 2	25	Aprilia 1	30,277

Tabella 43 ASL Latina - Distretto 2

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
Latina	2	CdC Via Cesare Battisti - Latina	Latina 1	26	Latina 1	30,253
			Latina 2	25	Latina 2	28,965
		CdC Strada Foce verde – Borgo Sabotino	Borgo Sabotino	20	Latina 3	24,147
		CdC Via della Stazione – Latina Scalo	Sermoneta (40,750 residenti)	25	Latina 4	29,397
					Norma	3,289
					Sermoneta	8,064
		CdC Via Fratelli Bandiera - Pontinia	Pontinia	11	Pontinia	12,424
CdC Via Conte Verde – Sabaudia	Sabaudia	14	Sabaudia	16,391		

Tabella 44 ASL Latina - Distretto 3

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Latina	3	CdC Via San Bartolomeo - Sezze	Sezze (27,538 residenti)	23	Sezze	19,997
					Bassiano	1,253
					Roccagorga	3,671
					Maenza	2,617
		Struttura Priverno	Priverno (19,998 residenti)	17	Sonnino	6,220
					Roccasecca dei Volsci	997
					Prossedi	1,016
Priverno	11,765					

Tabella 45 ASL Latina - Distretto 4

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comune di afferenza	Residenti
Latina	4	CdC Via Roma - Sperlonga	Sperlonga (24,430 residenti)	21	Fondi 2	17,699
					Lenola	3,484
					Campodimele	507
					Sperlonga	2,740
		CdC Via San Francesco - Terracina	Terracina (47,581 residenti)	40	Monte San Biagio	5,247
					Fondi 1	15,800
		CdC Via Raffaele Risaliti – San Felice Circeo	Circeo (19,616 residenti)	17	Terracina 1	26,534
Terracina 2	11,279					
San Felice Circeo	8,337					

Tabella 46 ASL Latina - Distretto 5

ASL	Distretto	CdC/ Strutture Territoriali	AFT	MMG per AFT	Comuni di afferenza	Residenti
Latina	5	CdC Salita Cappuccini	Gaeta (24,981 residenti)	22	Gaeta	16,398
					Itri	8,583
		CdC Via Santa Maria La Noce	Formia (34,697 residenti)	29	Ponza	2,725
					Ventotene	507
					Formia	31,972
		CdC Via degli Eroi	Minturno (19,447 residenti)	17	Minturno	17,042
					Spigno Saturnia	2,405
		CdC Via Risorgimento	Santi Cosma e Damiano (9,398 residenti)	8	Santi Cosma e Damiano	5,817
					Castelforte	3,581