ART.5
Assistenza territoriale

1. Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012 , per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.

2. Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale. Le UCCP possono avvalersi, qualora previsto dalla programmazione regionale, di professionisti accreditati ai sensi della normativa vigente, nei limiti dei contratti stipulati dalla Regione e dalle Asl ai sensi dell'art. 8 quinquies del d.lgs. 502/92 e s.m.i., e nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalle disposizioni vigenti.

3. Ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP.
Le AFT della medicina generale, che coprono un bacino di utenza riferito a non più di 30.000 abitanti, rappresentano l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico.
Entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN, e comunque non oltre la vigenza del presente Patto, le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione delle cure primarie, per cui in esse confluiscono le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni (di cui all'art. 54 dell'ACN 2009).

4. La UCCP è una forma organizzativa complessa ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che prende in carico la comunità di riferimento, in continuità con le AFT e i medici di Medicina Generale che le compongono, garantendo: l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, la partecipazione responsabile dei Medici di Medicina Generale ed eventualmente dei Pediatri di Famiglia nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi, alla sostenibilità economica (il MEF chiede chiarimenti sulle parole "alla sostenibilità economica).

5. La UCCP è di norma organizzata in sede unica, pur potendo prevedere sedi accessorie opportunamente collegate attraverso un'adeguata rete telematica. E' integrata nella rete telematica aziendale e/o regionale.

Le UCCP e le AFT hanno come compiti essenziali:

- assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale tramite le AFT, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto),
- garantire la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del FSE;
- garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale.
- garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni (relazionale, gestionale ed informativa), prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera.

6. La UCCP ha un assetto organizzativo definito ai sensi delle disposizioni nazionali e regionali in materia, è parte fondamentale ed essenziale del Distretto, 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.

7. In continuità con quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014, sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662 e s.m.i., per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013, le Regioni provvedono a definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità.

8. Sono definiti tramite Accordi Stato-Regioni i nuovi standard organizzativi del Distretto in grado di orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di reti assistenziali a baricentro territoriale, e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell'ambito delle UCCP e AFT e dagli altri servizi territoriali, consentendo di assicurare una migliore risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, contribuendo così a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA.

9. Nell'ambito dei processi di attivazione delle AFT e delle UCCP, alla luce di quanto sancito dall'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012, dovrà essere prevista una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore.

10. In continuità con quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014, sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662 e s.m.i., per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013, (e in riferimento all'Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011 (Rep. Atti N.44/CU)), al fine di migliorare la qualità dell'assistenza delle persone in condizione di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti, le Regioni

provvedono a definire soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata, che di assistenza residenziale in Speciali Unità di Accoglienza Permanente.

11. Per la verifica della reale attuazione della riorganizzazione delle cure primarie e per il monitoraggio della appropriatezza, qualità, efficacia ed efficienza dell'erogazione dell'assistenza, la Cabina di regia del NSIS, ai sensi dell'articolo 3 dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, determina le modalità e i tempi di realizzazione, i contenuti informativi, il periodico aggiornamento nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito delle cure primarie, anche attraverso l'utilizzo delle infrastrutture del sistema Tessera sanitaria, di cui all'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, senza ulteriori oneri a carico della contrattazione nazionale per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta e per la specialistica ambulatoriale, nonché dei pertinenti accordi integrativi. Resta fermo quanto previsto in materia di interconnessione a livello nazionale dei flussi informativi su base individuale dall'articolo 15, comma 25-bis, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

12. Con riferimento alla decisione europea per l'attivazione del numero 116.117 dedicato al servizio di cure mediche non urgenti, al fine di armonizzare la situazione italiana con quella di altri paesi europei, il Ministero della Salute chiede all'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni ai sensi dell'art. 14 della Delibera 52/12/CIR, l'assegnazione del numero a valenza sociale, "116-117", per il Servizio di Guardia Medica non urgente. Con apposito Accordo tra le Regioni ed il Ministero della Salute, saranno definite le modalità e i tempi per la realizzazione del numero unico "116-117" su tutto il territorio nazionale; successivamente le Regioni - in quanto Enti utilizzatori del numero- provvederanno ad effettuare tutte le necessarie operazioni tecniche per implementarne l'utilizzo.

13. In continuità con quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014, sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662 e s.m.i., per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013, con riferimento all'integrazione tra sistema di emergenza urgenza e servizi di continuità assistenziale, le Regioni adottano specifici provvedimenti, per assicurare percorsi differenziati coerenti per l'assistenza in emergenza urgenza e per la gestione dei codici di minore gravità, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013.

14. In attuazione dell'art. 1, comma 5 del d.l. 158/2012 convertito con m. e i. dalla legge 189/2012, viene stabilito che:

- nel processo formativo di ciascun medico di Medicina Generale in formazione siano inseriti moduli di attività nelle diverse funzioni (medicina generale e continuità assistenziale), da svolgere all'interno delle UCCP e delle AFT,
- l'attività è assegnata al medico in formazione coerentemente con il programma formativo e deve rispondere a gradi di complessità crescente,
- l'ACN della Medicina Generale individua i contenuti organizzativi e economici per la realizzazione della partecipazione tutorata alle attività professionalizzanti del medico di Medicina Generale in formazione;
- è possibile l'effettuazione delle predette attività anche in Regioni diverse,
- per l'espletamento di queste attività le Regioni fissano gli obiettivi formativi e le modalità di verifica da parte del tutor.

15. Le Regioni, sulla base della propria programmazione e tenendo conto dei diversi livelli di servizio, provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di forme organizzative di cui alla lettera b-bis), dell'articolo 1, comma 4 della legge n.189 del 2012 sulla base dell'ACN e dei conseguenti accordi regionali e aziendali, anche riutilizzando le risorse precedentemente destinate alla remunerazione dei fattori produttivi.

16. Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di *governance* responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo.

17. Al fine di assicurare la progressiva qualificazione ed efficientamento delle reti di assistenza territoriale, le Regioni sviluppano indicatori di processo, che tengano comunque conto delle specificità di contesto delle singole realtà locali.

Presidi territoriali/Ospedali di comunità

18. Al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale, si fa riferimento a quanto rappresentato al punto 10.1 Ospedali di comunità di cui allo schema di regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art.1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dell'articolo 15, comma 13, lettera *c*) del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135", e si conviene di stipulare, entro il 30 ottobre 2014, un'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare),

- di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio,

L'intesa definisce altresì gli appropriati percorsi clinico-assistenziali, autorizzativi e tariffari di tali strutture, nonché gli standard dei posti letto territoriali.

18. La Cabina di regia del NSIS, ai sensi dell'articolo 3 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, determina le modalità e i tempi di realizzazione, i contenuti informativi e il periodico aggiornamento nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dei Presidi Residenziali di Assistenza Primaria Ospedali di comunità.

Specialistica ambulatoriale

19. In vista dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, nei termini di cui al comma 2 dell'articolo 1 resta confermato che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, è integrata dalle Regioni e dalle Province Autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati al Patto per la salute 2010-2012.

Si conferma che le Regioni e le Province Autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero, previo il loro inserimento nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale con specifica definizione e relativo codice, in regime ambulatoriale. Ai fini dell'inserimento nel nomenclatore, le Regioni e le Province Autonome provvedono a individuare per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni la definizione, la codifica, le eventuali limitazioni all'erogazione (H, R, ecc.) e, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero, provvedendo alla trasmissione telematica di tali informazioni al Sistema Tessera Sanitaria e tenendo conto dei procedimenti di controllo (ex DM 11/12/2009) delle eventuali esenzioni dalla compartecipazione alla spesa.

20. Il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e le Regioni istituiscono un tavolo di lavoro per rendere omogenea la codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per aggiornare e ottimizzare il sistema di rilevazione e trasmissione delle informazioni riguardo le prestazioni erogate, allo scopo di consentire la corretta lettura ed interpretazione dei dati relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale inseriti dalle Regioni nel Sistema Tessera Sanitaria ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326. Tale tavolo di lavoro individuerà anche le modalità per la trasmissione telematica al NSIS dei tariffari regionali e dei relativi aggiornamenti.

Piano nazionale della cronicità

21. Al fine di definire le principali linee di intervento nei confronti delle principali malattie croniche, il Ministero della salute, entro il 30 dicembre 2014, predispone il "Piano nazionale della cronicità" da approvare con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Sistema informativo sulle prestazioni delle strutture territoriali della riabilitazione

22. La Cabina di regia del NSIS, ai sensi dell'articolo 3 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, determina le modalità e i tempi di realizzazione, i contenuti informativi e il periodico aggiornamento del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni di riabilitazione effettuate in strutture territoriali, comprese le strutture ex articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Assistenza sanitaria nelle isole minori

23. Al fine di monitorare i livelli di assistenza erogati nei comuni delle piccole isole, in accordo con le Regioni interessate, è istituito, entro il 31 dicembre 2014, con specifico Accordo Stato Regioni, l'Osservatorio nazionale per la verifica dell'assistenza sanitaria erogata nelle isole minori sulla base di documento tecnico che ne definisca le caratteristiche e le funzioni, elaborato da un gruppo di lavoro dedicato presso il Ministero della Salute, senza nuovi o ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

Ai componenti di detto Osservatorio non spetta alcun compenso, indennità, gettone di presenza o rimborso spese per la partecipazione ai lavori dello stesso.

Assistenza in emergenza urgenza territoriale 118

24. Con riferimento alle funzioni di emergenza urgenza svolte dalle centrali operative 118 nella fase di coordinamento e gestione delle richieste di soccorso sanitario, si conviene sulla necessità di definire il bacino di utenza delle centrali operative in relazione alla disponibilità delle nuove tecnologie informatiche e telefoniche. Tali tecnologie permettono di rendere più sicuro e standardizzato il coordinamento degli interventi di soccorso, consentono di gestire elevati volumi di attività, di ridurre i punti di ricezione delle chiamate e di attivare funzioni operative integrate e interagenti a livello regionale. La definizione di più ampi bacini di utenza deve essere accompagnata da soluzioni tecnologiche e operative che garantiscano altresì l'interoperabilità delle centrali 118, a livello interregionale, sia negli interventi in caso di catastrofe/maxiemergenza sia nella gestione delle attività nelle aree di confine (es. elisoccorso).

25. Nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 1, al fine di garantire l'attuazione della Direttiva di Servizio Universale 2002/22/CE (recepita con decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259, all'art. 76) relativa all'attivazione su tutto il territorio nazionale del Numero Unico Europeo di Emergenza 112, le Regioni dovranno adeguare le tecnologie e le procedure delle centrali operative 118, realizzando gli interventi tecnico operativi di competenza necessari, con l'obiettivo di garantire la ricezione, la localizzazione e la gestione delle chiamate dei cittadini che richiedono il soccorso sanitario formando il Numero Unico Europeo 112. Tali adeguamenti dovranno essere conformi alle indicazioni del Ministero dell'Interno che, in base all'art. 75 bis, comma 2, del decreto legislativo 1 agosto 2003, n. 259 ha poteri di indirizzo e coordinamento per l'attuazione del NUE 112 anche attraverso il ricorso ai centri unici di risposta".

26. Con riferimento alle funzioni di emergenza e urgenza a livello territoriale si conviene sulla necessità di procedere, mediante la stipula di un Accordo Stato- Regioni, alla individuazione dei criteri per l'accreditamento dei servizi di trasporto e soccorso sanitario, definendo la dotazione delle attrezzature e dei presidi, l'allestimento dei mezzi di soccorso e i requisiti di dotazione organica quali-quantitativa del personale, per livello funzionale di base e avanzato, al fine di garantire l'erogazione di un livello uniforme di assistenza in emergenza, in attuazione anche alla norma europea EN 1789/2007 che definisce i requisiti e le dotazioni di apparecchiature delle autoambulanze utilizzate per il trasporto e la cura del paziente.

27. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.