

Oggetto: Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011 – **Integrazione Accordo 20 aprile 2011 Rep. Atti 84/CSR**

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE
AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO**

VISTO l'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662, il quale , tra l'altro prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione ai sensi del successivo comma 34 *bis*, di specifici progetti ;

VISTO il comma 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996, n.662 come modificato dall'art. 79 comma 1-*quater* del D.L. 25 giugno 2008 n. 112 convertito nella legge 6 agosto 2008 n. 133, il quale prevede quanto segue: "Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario

nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata”

SANCISCE ACCORDO

Tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, nei seguenti termini:

VISTO

l'Accordo del 20 aprile 2011 (Rep. Atti 84/CSR) con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per l'anno 2011;

PREMESSO CHE:

- E' opinione condivisa che soltanto attraverso il coinvolgimento e l'integrazione di tutti i servizi sanitari territoriali e ospedalieri, così come fra i diversi enti, si possa instaurare una concreta continuità assistenziale che accompagni il cittadino e la famiglia in ogni momento della "catena di cura"
- E', pertanto, prioritario realizzare interventi di razionalizzazione della rete dell'emergenza-urgenza integrandola con quella di assistenza territoriale al fine di superare la frammentarietà degli interventi, produrre una più elevata qualità e anche per liberare importanti risorse da impiegare per il potenziamento del sistema a livello territoriale;

- E' sentita, quindi, come improcrastinabile l'esigenza di mettere a punto le azioni necessarie a riqualificare il sistema dell'assistenza sanitaria territoriale mediante l'adozione di modelli organizzativi che, nel rispetto dei diversi contesti regionali, presentino caratteristiche di integrazione al fine di "ampliare l'orizzonte dell'assistenza sanitaria";

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome

SI CONVIENE:

1. Per l'anno 2011 le 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 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, di cui all'Accordo 20 aprile 2011 sono integrate con le linee di indirizzo in materia di **"Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e C.A."** che, **allegate sub A al presente Accordo, ne costituiscono parte integrante;**
2. I progetti che le Regioni presenteranno in materia sono da ricondurre all'interno della **Linea progettuale 1. CURE PRIMARIE** dell'Accordo 8 luglio 2010 confermato dall'Accordo 20 aprile 2011 e, pertanto, le risorse a tal uopo destinate dovranno essere attinte da quelle vincolate per tale linea;
3. Le Regioni, pertanto, entro sessanta giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo, potranno presentare progetti ad integrazione e/o modifica di quanto predisposto in esecuzione dell'Accordo 20 aprile 2011.

Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e C.A.

L'invecchiamento della popolazione, il cambiamento della struttura della famiglia, l'incremento della popolazione immigrata, le nuove condizioni socio-economiche hanno profondamente modificato i bisogni di salute della popolazione sempre più caratterizzata dalla presenza di malattie croniche, non autosufficienza e disabilità.

Ne deriva l'esigenza di definire, particolarmente per le persone non autosufficienti, nuovi percorsi assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare che consenta di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere per una presa in carico "globale" della persona e della sua famiglia. La continuità assistenziale può essere definita, pertanto, come la successione, senza interruzioni, di percorsi, prestazioni e processi assistenziali di tipo preventivo, curativo e riabilitativo.

L'implementazione della rete assistenziale ha rappresentato in questi ultimi dieci anni uno dei principali obiettivi del nostro S.S.N. che ha visto scelte di programmazione sanitaria finalizzate da un lato al cambiamento del ruolo dell'ospedale, che in tale ottica diviene sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute, e dall'altro alla riorganizzazione delle attività assistenziali territoriali attraverso l'individuazione di modelli organizzativi basati sull'integrazione professionale e la partecipazione di pazienti e famiglie.

In una logica di integrazione tra i vari livelli dell'assistenza territoriale che possa appropriatamente rispondere ai crescenti e nuovi bisogni di assistenza primaria della popolazione, una risposta efficace viene fornita dal sistema delle Cure Primarie ed in particolare dalla Medicina Generale che rappresenta l'interfaccia tra la popolazione e il SSN. La Medicina Generale comprende l'assistenza erogata dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), dai Medici di Specialistica Ambulatoriale (MSA), dai Medici di Continuità Assistenziale (MCA- ex Guardia Medica) nonché l'assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare (A.D. e A.D.I.) e ambulatoriale per specifiche categorie di persone (area materno infantile, anziani, disabili, malati cronici, psichiatrici, tossicodipendenti). In tale ambito sono coinvolte numerose figure professionali impegnate in un approccio multidisciplinare unitario con una visione di integrazione delle risorse e di coordinamento dei processi che consente la continuità delle cure tra i diversi attori coinvolti nell'assistenza ai pazienti complessi.

Nell'ottica dell'implementazione della continuità assistenziale, l'impegno delle istituzioni si è manifestato anche attraverso l'individuazione di fondi dedicati alla presentazione di specifici progetti regionali in attuazione agli indirizzi programmatici di Piano Sanitario Nazionale (PSN 2006-2008 e bozza di PSN 2010-2012) e Linee Guida sull'assistenza sanitaria h 24 che hanno previsto modelli organizzativi, ospedalieri e territoriali,

Tuttavia, nel nostro paese, mentre i principi generali del riordino della rete ospedaliera sono ormai ben delineati, molto rimane ancora da realizzare nell'ambito dell'assistenza territoriale, soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio. Infatti, spesso, l'ospedale ed il Pronto Soccorso rappresentano i principali punti di riferimento cui il cittadino si rivolge per trovare risposte veloci ai propri bisogni di salute sia sotto la spinta della percezione di una maggiore tutela offerta da modelli assistenziali ad alta tecnologia che per l'assenza di risposte alternative efficaci da parte delle strutture territoriali. Tale fenomeno che si rileva anche per i servizi cui il cittadino accede telefonicamente (numero 118), determina un ricorso improprio a strutture e servizi che devono essere riservati alle situazioni o condizioni di reale emergenza.

Si rende, quindi, necessario sviluppare nuovi percorsi organizzativi integrati con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri, razionalizzare le risorse presenti sul territorio e rispondere con maggiore efficacia al bisogno di salute della popolazione.

Ciò si può realizzare attraverso l'integrazione delle strutture, servizi e figure professionali, quali i MMG, i PLS ed i MCA, con le strutture e le professionalità del sistema di emergenza territoriale in una logica di rete. L'integrazione del servizio di CA (ex Guardia medica) con il Sistema 118 dovrà consentire di intercettare preventivamente i codici bianchi e verdi e di inviarli, laddove possibile, ai servizi distrettuali (medicina generale, assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale, farmacia) assicurando al cittadino la necessaria continuità dell'assistenza.

La rete così costituita, prima struttura organizzata del SSN, rappresenta il primo momento di accoglienza della domanda di salute della popolazione ed ha il compito di indirizzarla verso percorsi più appropriati.

A tal fine può risultare utile lo sviluppo di modelli organizzativi assistenziali diversificati, adattabili ai diversi contesti territoriali, in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni del cittadino fin dalla fase di accesso telefonico ai servizi sanitari, assicurando una presa in carico continuativa dal momento della chiamata, nelle 24 ore per 7 giorni alla settimana.

I modelli di seguito individuati costituiscono alcune fattispecie, già riscontrabili in alcune realtà locali, che possono essere ulteriormente sviluppati.

Allo scopo di rendere efficace e sostenibile l'integrazione tra i servizi della CA (ex Guardia Medica) e del sistema di emergenza si rende indispensabile la centralizzazione delle chiamate di CA (ex Guardia Medica) su un numero unico regionale, sul modello di quanto già avvenuto per il 118, anche tenendo conto che sono in atto iniziative per la realizzazione del numero unico 116117 (servizio di guardia medica non urgente), finalizzate ad armonizzare la situazione italiana con quella di altri paesi europei. Inoltre, ove possibile, è opportuno collocare in una unica sede le postazioni territoriali afferenti alla CA e all'emergenza territoriale per garantire una maggiore integrazione tra i due servizi.

Per garantire un livello di risposta adeguata ed uniforme e che prescindendo dal livello professionale già acquisito da ogni singolo professionista, il personale medico deve poter usufruire di percorsi formativi specifici nella fase di accesso al sistema e di percorsi di aggiornamento continuo finalizzato (formazione permanente) agli aspetti clinico assistenziali, relazionali e organizzativi del servizio stesso.

Modello A: Integrazione con individuazione di area dedicata alla C.A. nella C.O. 118 provinciale.

La modalità organizzativa prevede l'istituzione di un'area dedicata all'attività della Continuità Assistenziale nell'ambito delle centrali operative 118 che, di norma, hanno un territorio di riferimento su base provinciale. La presenza del numero dei medici deve essere proporzionale al carico di lavoro del servizio. Le chiamate al servizio di Continuità Assistenziale provenienti dal territorio di riferimento saranno centralizzate presso la sede della centrale integrata di 118 e C.A. Tale organizzazione può essere ipotizzata in quelle realtà che vedono la presenza di sub centrali di coordinamento o la presenza di postazioni che ricevono direttamente le chiamate senza passare da alcuna centrale. In tal caso è previsto il superamento delle eventuali sub centrali presenti sul territorio ed il superamento dei numeri di riferimento delle postazioni territoriali. Le postazioni territoriali di C.A. saranno sempre coordinate dal personale presente nella centrale integrata. E' possibile ampliare l'orario del servizio di C.A. alle ore diurne e, in tal caso, i medici presenti in centrale provvedono ad indirizzare i pazienti alle eventuali équipes territoriali, forme associate di MMG, UCCP, UTAP, localmente attive e segnalate alla Centrale dalle singole Aziende sanitarie.

Modello B: Integrazione funzionale con la CO 118, in presenza di centrale di ascolto di CA autonoma di coordinamento .

Laddove, in particolare in alcune aree metropolitane, sono presenti centrali di ascolto autonome della Continuità Assistenziale con evidente carico di lavoro e che sono collocate in sedi diverse

dalle centrali operative 118, si può prevedere il prolungamento dell'orario di servizio dei medici di C.A. in attività diurna feriale e l'integrazione funzionale con la centrale operativa 118 di riferimento, mediante collegamenti telefonici diretti o linee dedicate, utilizzo del sistema radio, disponibilità di sistema informatico compatibile, protocolli operativi e procedure concordate per aspetti specifici (es. TSO). I medici di C.A., oltre a fornire informazioni sanitarie e consigli medici agli utenti, se necessario, indirizzano i pazienti alle eventuali équipes territoriali, forme associate di MMG, UCCP, UTAP, localmente attive e segnalate alla centrale dalle singole Aziende sanitarie. Nel caso la richiesta pervenga impropriamente alla centrale operativa 118, l'operatore provvederà a mettere l'utente direttamente in contatto con il medico della centrale di C.A., senza obbligare il cittadino a comporre il numero di riferimento.

E' da considerare, tuttavia, che non sempre il territorio di riferimento della centrale di C.A. coincide con quello della C.O. 118.

Modello C: Istituzione di un Call Center di secondo livello

Laddove il volume delle richieste risulta elevato, si può prevedere l'istituzione di un call center di secondo livello, costituito da operatori non sanitari, su cui possono confluire sia le chiamate indirizzate al numero 118 sia quelle indirizzate al numero unico di Continuità Assistenziale. Tale struttura svolge funzione di filtro: fornisce risposte alle richieste di informazioni generiche sui servizi disponibili, come ad es. farmacie, ambulatori specialistici e veterinari, e provvede ad inoltrare la chiamata al servizio più idoneo (118 o CA) in caso di richieste di soccorso o di richieste di continuità assistenziale.

Altre possibili modalità organizzative

In attesa di realizzare il modello più idoneo alle esigenze del contesto territoriale, è possibile attuare in tempi brevi una modalità organizzativa che garantisca la presenza di Medici della CA nella centrale 118 durante le ore diurne per fornire risposte alle chiamate che pervengono impropriamente al numero 118 nelle ore in cui il servizio di CA non è attivo ed indirizzare i cittadini, qualora necessario, a eventuali équipes territoriali, forme associate di MMG, UCCP, UTAP, localmente presenti.

Le Regioni, pertanto, possono predisporre progetti finalizzati a realizzare o potenziare lo sviluppo di modalità organizzative che consentano l'integrazione tra i servizi di emergenza-urgenza (118) e di Continuità Assistenziale (CA), con l'obiettivo di contribuire alla riduzione degli accessi impropri ai servizi di emergenza, quali ad esempio:

- Individuazione di un'area dedicata all'attività del servizio di Continuità Assistenziale nell'ambito della CO 118 di riferimento, con ampliamento dell'orario di attività dei medici alle ore diurne;
- Integrazione funzionale, in presenza di centrale di ascolto di CA autonoma di coordinamento, tra la centrale di CA e la CO 118 di riferimento, mediante utilizzo di tecnologia compatibile e protocolli operativi concordati, con ampliamento dell'orario di attività dei medici nelle ore diurne;
- Istituzione di un call center di secondo livello con attività di filtro delle chiamate.

Contestualmente alla realizzazione di tali modelli, possono essere predisposti anche specifici progetti inerenti:

- programmi di formazione del personale che opererà in tale ambito,
- dotazione di sistemi informatici che consentano il collegamento e lo scambio di informazioni tra i soggetti coinvolti nell'attività,
- campagne informative per educare la popolazione al corretto utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali.

Infine, le Regioni potranno predisporre programmi di efficace integrazione tra i servizi assistenziali territoriali.