

PATTO PER LA SALUTE 2014-2016

Considerato quanto disposto dall'articolo 46, comma 6, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n.89, le Regioni ed il Governo concordano che attraverso l'intesa in Conferenza Stato – Regioni daranno applicazione agli obiettivi economico finanziari a cui le Regioni saranno chiamate. Conseguentemente il MEF provvederà ai relativi atti.

Premesse istituzionali lette e concordate – da sistemare MEF

ART. 1 (Determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali- costi standard e Livelli Essenziali di Assistenza)

comma 1. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2014-2016, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato:

- è confermato in 109.928.000.000 euro per l'anno 2014;
- è fissato in 112.062.000.000 euro per l'anno 2015 e in 115.444.000.000 euro per l'anno 2016, salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico, nel qual caso si rimanda a quanto previsto all'articolo 29 comma 2.
- ~~— Resta fermo quanto disposto dall'articolo 46, comma 6, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n.89(indicazione del Ministero economia e finanze")~~

Riformulare il comma 9 come segue:

Comma 9. Si conviene che, con il decreto previsto dall'articolo 2, comma 67 bis, della legge 23 dicembre 2009, n.191, da adottarsi entro il 31 ottobre 2014, sono stabiliti, nell'ambito della disponibilità di cui all'articolo 15, comma 23, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ulteriori criteri condivisi per le forme premiali, **da garantire con risorse aggiuntive**, che riguardano anche le Regioni che hanno assicurato trend di miglioramento ivi compresi quelli riguardanti l'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza.

ART. 5 – Assistenza territoriale

comma 1:

Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, **nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa**, 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.

comma 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~~ **dei medici di MMG e Pediatri di Libera Scelta, sostituendo** 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).

comma 4:

La UCCP è una forma organizzativa complessa ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT e i medici di Medicina Generale **nonché i Pediatri di Libera Scelta** che le compongono, 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 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").

comma 7. In continuità con quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014, 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.

comma 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 **a livello distrettuale** una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore.

Comma 13. In continuità con quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014, 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.

Cassare il comma 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.

comma 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 **affidando ad Agenas tale compito**. 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)

ART. 7: - Assistenza sanitaria negli istituti penitenziari

Si conviene che le Regioni e le Province autonome si impegnano ad approvare, entro il 30 settembre 2014, nella sede della Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo n.281/1997, l'Accordo avente ad oggetto :“Linee Guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”.

Articolo 9 - Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie

Comma 3. Dalla data della stipula del presente Patto, gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del precedente Patto per la Salute sottoscritto il 3 dicembre 2009, sono obbligatori.

Articolo 10 – Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza

Si conviene che, annualmente ai fini della verifica degli adempimenti regionali che consente l'accesso al finanziamento integrativo condizionato alla verifica positiva degli adempimenti regionali, il Comitato per la verifica dei LEA di cui all' articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, può disporre l'aggiornamento dei suddetti adempimenti ovvero delle modalità di verifica, tenuto conto delle disposizioni normative intervenute, degli Accordi e/o Intese sanciti dalle Conferenza Stato Regioni o Unificata e delle sopravvenute esigenze di monitoraggio. Il documento eventualmente aggiornato deve essere trasmesso alle Regioni entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello oggetto degli adempimenti.