DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1920 del 23 dicembre 2015

Recepimento dell'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 di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" Rep. Atti n. 36 /CSR del 7 febbraio 2013 e individuazione di modelli operativi ai fini dell'attuazione dello stesso nel contesto veneto.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Il provvedimento recepisce formalmente l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" Rep. Atti n. 36 /CSR del 7 febbraio 2013 e individua modelli operativi ai fini dell'attuazione dello stesso.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 7.2.2013 ha sancito l'Accordo sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" (Rep. Atti n. 36/CSR).

L'Accordo in questione è stato sancito:

- sulla base della proposta di accordo del Ministero della salute diramata alle Regioni e Province autonome in data 29.1.2013;
- preso atto della successiva nota con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione Salute in data del 5.2.2013 ha comunicato parere tecnico favorevole;
- ai sensi degli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1, del d. lgs. 28.8.1997, n. 281 (che affidano alla Conferenza Stato Regioni il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune).

Il documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", oggetto dell'accordo, ha fornito indicazioni utili a favorire un armonico sviluppo di tutti i servizi sanitari territoriali e ospedalieri, nell'ambito dell'emergenza-urgenza e del settore delle cure primarie. Le parti nello specifico hanno stabilito di:

a) adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, centralizzando almeno su base provinciale le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale, condividendo con il Sistema di Emergenza-Urgenza, le tecnologie e integrando i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni del 118 e della Continuità Assistenziale;

b) realizzare presidi territoriali multi professionali per le Cure Primarie, utilizzando le strutture ospedaliere riconvertite in punti di assistenza territoriali, potenziando ambulatori e forme di aggregazione già esistenti ma anche e soprattutto mettendo in rete e riorganizzando i punti di erogazione dell'assistenza territoriale nell'ambito dei Distretti;

c) realizzare all'interno del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza-Accettazione percorsi separati clinico-organizzativi dei pazienti classificati dai Sistemi di Triage con codici di gravità Rossi e Gialli da quelli Verdi e Bianchi, anche con l'invio di questi ultimi a team sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero;

d) garantire, per il paziente a bassa complessità assistenziale, la continuità di cura attraverso percorsi agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami ed ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi, adottando apposite procedure per l'invio alla rete delle Cure Primarie, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del Pronto Soccorso e la rete

degli specialisti territoriali governata dal Distretto.

Con il presente atto si intende recepire formalmente l'Accordo di cui sopra e - dato che in materia di riordino dell'assistenza territoriale le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria e l'integrazione con i servizi ospedalieri - individuare i modelli operativi ai fini dell'attuazione dello stesso nel contesto veneto, alla luce del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 (approvato con la L.R. n. 23 del 29 giugno 2012) e di quanto già intrapreso.

Allo scopo si espongono di seguito le iniziative già avviate o in via di implementazione.

Con D.G.R. n. 2271 del 27.12.2013 sono state approvate nuove disposizioni in tema di Organizzazione delle Aziende ULSS e Ospedaliere, definendo le Linee Guida per la predisposizione del nuovo Atto Aziendale ed indicando, in particolare, gli indirizzi per l'organizzazione del Distretto socio-sanitario. Il nuovo quadro programmatico definito con la LR n. 23/2012 ha posto, infatti, come obiettivo primario il rafforzamento della struttura distrettuale, valorizzando la sua dimensione organizzativa e la sua dimensione di cura, privilegiando da un lato un'organizzazione trasversale e dall'altro un approccio fondato su percorsi assistenziali. In questa logica il modello distrettuale si arricchisce di nuove funzioni e nuovi strumenti gestionali, organizzativi, formativi, di monitoraggio e valutazione.

Con specifico riferimento alla integrazione ospedale e territorio la suddetta D.G.R. ha introdotto nell'ambito delle competenze del Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale, in coordinamento con il Direttore Sanitario, un elemento del tutto innovativo, la Centrale Operativa Territoriale (COT), unica e quindi a valenza aziendale, interconnessa con la rete dei servizi distrettuali e funzionale a tutte le strutture del sistema.

Essa rappresenta l'elemento cardine del Sistema delle Cure in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. È strumento:

- di raccolta, decodifica e classificazione del bisogno;
- di pianificazione e coordinamento degli interventi, attivando se necessario le risorse più appropriate;
- di programmazione e pianificazione degli interventi, con attivazione dei "soggetti/risorse" della rete assistenziale per l'attuazione di processi integrati e la loro standardizzazione in PDTA;
- di tutela (tracciando e monitorando) delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.

Ne discende che gli interventi tipici della COT sono quelli di:

- coordinare la transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in Ospedale verso il trattamento temporaneo o residenziale o domiciliare protetto;
- coordinare la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare protetta e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;
- coordinare la transizione (ammissione/dimissione) e sorveglianza sulla presa in carico dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie;
- sorvegliare sulla presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale.

Si caratterizza quindi per essere uno strumento organizzativo che può essere attivato da tutti gli attori del sistema a partire dal personale distrettuale e ospedaliero, dai medici/pediatri di famiglia e medici di continuità assistenziale, dal personale delle strutture di ricovero intermedie, nonché delle strutture residenziali e semiresidenziali, dal personale del Comune (Servizi Sociali), nonché dai familiari limitatamente ai pazienti protetti e critici che ne costituiscono il target di riferimento.

La COT rappresenta, dunque, una risorsa dell'intero Sistema, nasce per la continuità e prende in carico la complessità, presidiando le transizioni da un livello clinico ad un altro o da un setting assistenziale all'altro, rende operativi i PDTA, conosce ed attiva le risorse del sistema, la loro interrelazione e i processi consentendo l'attuazione del loro monitoraggio. Peraltro la valenza della tracciabilità degli interventi si esplica non solo nel sapere chi fa che cosa nel processo in un determinato momento, ma anche nel garantire trasparenza alle azioni svolte sul e con l'assistito.

La COT è quindi in grado di intercettare i bisogni di cure e/o di assistenza, garantendo la continuità dell'assistenza, interfacciandosi con l'Ospedale, con le strutture di ricovero intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale) e le strutture residenziali, con i medici/pediatri di famiglia, con i medici di continuità assistenziale, con le equipe delle cure domiciliari e delle cure palliative, con la Centrale del SUEM 118.

La D.G.R. n. 2271/2013 (Allegato B) ha stabilito inoltre che la COT sia diretta da un professionista appartenente ad una delle Professioni Sanitarie di cui alla L. n. 251/2000.

Ritenuta quindi strumento strategico del sistema, con D.G.R. n. 2533 del 20.12.2013 avente ad oggetto: "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" - anno 2014" è stato assegnato ad ogni Azienda ULSS per l'anno 2014 l'obiettivo di progettare e avviare sperimentalmente la COT in ciascuna ULSS.

Considerato il carattere innovativo dello strumento, per sviluppare compiutamente il modello su tutto il territorio regionale, si è dato avvio ad un percorso di incontri periodici plenari e a livello provinciale con le Aziende ULSS, al fine di condividere contenuti, mettere a fattor comune le esperienze e le soluzioni operative ed andare verso la formulazione di un modello standard per il Veneto.

Con successiva D.G.R. n. 2525 del 20.01.2014 avente ad oggetto: "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" per l'anno 2015" è stato riassegnato per il 2015 l'obiettivo ad ogni Azienda ULSS di sviluppare ed implementare la COT, considerando tra i criteri di adempimento anche la partecipazione agli incontri di confronto e la compilazione periodica delle griglie di monitoraggio, nell'ottica di affiancare al percorso di accompagnamento anche una sistematica raccolta di dati sull'attività effettivamente svolta.

Allo stato attuale tutte le Aziende ULSS hanno elaborato il progetto e le COT sono ormai attive in tutta la Regione, seppur con date di avvio differenziate.

A regime il modello dovrà essere attivo h 24, 7 giorni su 7, anche mediante sistemi di reperibilità, dotato di schede di triage per la rilevazione del bisogno, supportato da un idoneo sistema informativo integrato con il resto del sistema.

Peraltro i provvedimenti regionali citati hanno anticipato le recenti disposizioni del Ministro della Salute contenute nel DM n. 70/2015 avente ad oggetto: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", laddove si prevede: «La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la cui mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale [...] va promosso il collegamento dell'ospedale ad una Centrale della Continuità [...]», il modello di COT viene, infatti, a configurarsi come la concreta realizzazione della Centrale di Continuità.

Notevole rilievo è stato dato, inoltre, alla definizione e applicazione dei Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA). Il PDTA si configura quale:

- strumento di clinical governance, che assume valenza organizzativa, definendo che cosa è necessario fare e il chi fa che cosa, strutturando quindi l'integrazione tra ospedale e territorio e la collaborazione tra le diverse figure coinvolte nella presa in carico;
- strumento per garantire la continuità dell'assistenza: definisce che cosa serve al processo in modo condiviso, quando serve e chi ha la competenza per farlo, valutando la fattibilità per crearne le condizioni;
- strumento di trasversalità che consente di definire ruoli, funzioni, responsabilità ma che implica spesso una revisione del modello organizzativo in essere ed una consapevolezza delle risorse che si hanno a disposizione.

Il Percorso avviato dalla Regione ha visto la formulazione (secondo una stessa metodologia) di proposte di PDTA a livello regionale, elaborate da specifici gruppi di lavoro che hanno coinvolto tutti i soggetti interessati nella presa in carico.

Allo scopo, con D.G.R. n. 530 del 15 aprile 2014, si è dato avvio alle sperimentazioni aziendali finalizzate alla implementazione dei PDTA definiti a livello regionale, alla valutazione del loro impatto ed alla sperimentazione del loro monitoraggio. In particolare si è proceduto con:

- l'analisi locale delle organizzazioni aziendali;
- l'individuazione di azioni di miglioramento relativamente all'ambito organizzativo, informativo-informatico, formativo;
- la rimodulazione delle attività per rendere attuabili a livello locale i PDTA regionali.

Con D.G.R. n. 206 del 24.02.2015 è stato approvato il PDTA della BPCO "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione della Bronco - Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)" e con D.G.R. n. 759 del 14.05.2015 è stato approvato il PDTA del diabete "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale per la gestione integrata della persona con Diabete Tipo 2".

Relativamente al processo di riorganizzazione delle Cure primarie, con D.G.R. n.751 del 14.05.2015 avente ad oggetto: "Attuazione della Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della D.G.R. n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n. 127/CR del 3 ottobre 2013", conformemente a quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, si è proceduto alla diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, definendone il contratto di esercizio tipo e prevedendo forme transitorie a termine per una graduale estensione del modello su tutto il territorio regionale.

Più in dettaglio il nuovo quadro programmatico regionale ha identificato come obiettivo strategico la diffusione su tutto il territorio regionale delle Medicine di Gruppo Integrate, esito del perfezionamento e del consolidamento dei processi di sperimentazione, effettuati negli ultimi anni, ed in conformità a quanto previsto dalla L. n. 189/2012 (c.d. "legge Balduzzi"). Nel modello veneto le Medicine di Gruppo Integrate sono team multi professionali, costituite da Medici e Pediatri di famiglia, Specialisti, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, che devono garantire agli assistiti:

- un'assistenza globale, cioè dalla prevenzione alla palliazione, continua, equa e centrata sulla persona;
- una maggiore accessibilità, assicurando la copertura h12 attraverso la presenza della medicina di famiglia nella sede di riferimento e strutturando una integrazione effettiva con la Continuità Assistenziale per garantire una efficace copertura h24;
- una presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei PDTA definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali.

Al momento attuale le Medicine di Gruppo Integrate sviluppate coinvolgono il 14% dei MMG della Regione Veneto e coprono il 15% degli assistiti.

Per favorire lo sviluppo del modello organizzativo la D.G.R. n. 751/2015 ha previsto la costituzione di:

- a) un tavolo paritetico per la valutazione della conformità delle costituenti Medicine di Gruppo Integrate rispetto ai contenuti del contratto di esercizio-tipo;
- b) un tavolo di trattativa per l'integrazione del servizio di Continuità Assistenziale (C.A.) nel progetto cure primarie per l'aggregazione alle Medicine di Gruppo Integrate al fine dell'h 24 sette giorni su sette;
- c) un tavolo paritetico per la condivisione dei PDTA regionali.

Con successivo Decreto regionale n. 213 del 23.07.2015 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale ad oggetto: "D.G.R. n. 751 - Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della D.G.R. n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate - Allegato A), lettera A), punti e), f) e g): costituzione del Tavolo paritetico per la valutazione della conformità delle costituenti Medicine di Gruppo Integrate, del Tavolo di trattativa per l'integrazione del servizio di Continuità Assistenziale nel progetto cure primarie e del Tavolo paritetico per la condivisione dei PDTA regionali previsti dal Contratto d'Esercizio", si è proceduto alla costituzione dei Tavoli previsti dall'Allegato A), lettera A), punti e), f) e g) della D.G.R. n. 751/2015 tra cui, per quanto attiene la fattispecie in esame, il Tavolo di C.A.

I lavori del Tavolo di trattativa per l'integrazione del servizio di Continuità Assistenziale nel progetto cure primarie, tuttora in corso, hanno riguardato diversi aspetti, tra cui - ai fini dell'attuazione dell'Accordo in oggetto - l'esame dei seguenti modelli di gestione e presa in carico delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità dell'assistenza, alcuni peraltro attualmente in fase di applicazione in via sperimentale presso diverse Aziende:

1. Punto di Ricezione delle chiamate unico per il 118 e la C.A.: il triage infermieristico consente successivamente lo smistamento della richiesta alla C.A. o al 118 a seconda del bisogno valutato. A tale proposito è stata esaminata l'esperienza dell'Azienda ULSS n.1 di Belluno, dove l'infermiere smista la richiesta al medico di C.A. della sede più vicina, mettendo in contatto il paziente con il medico tramite cellulare qualora lo stesso sia impegnato in una visita a domicilio. Se la situazione lo richiede in base al triage l'infermiere attiva il 118.
2. Punto di Ricezione automatico per la C.A.: il modello in questione, applicato presso l'Azienda ULSS n. 3 di Bassano, e simile a quello in uso presso l'Azienda ULSS n. 12 di Venezia, prevede un risponditore automatico dedicato alla C.A. ed uno smistamento alla sede competente per territorio effettuata da parte dello stesso chiamante, tramite digitazione del numero corrispondente alla zona di appartenenza. Nella sede in questione la richiesta viene poi presa in carico direttamente dal medico C.A. per le valutazioni del caso.
3. Punto di Ricezione delle chiamate per la C.A. con operatori "laici", con funzione di "centralino" che inoltrano la chiamata alla sede di C.A. competente per territorio. A tale proposito si è esaminata l'esperienza dell'Azienda ULSS n.4 Alto Vicentino

dove le telefonate sono gestite da un call center unico per tutte le sedi della C.A. con il compito di accettazione della chiamata, inserimento dell'anagrafica del paziente e smistamento delle richieste secondo un protocollo definito da apposito capitolato. Non competono agli operatori del call center compiti di triage telefonico. Il medico C.A. in servizio, tranne in casi eccezionali di oggettivo impedimento temporaneo, prende conseguentemente in carico la chiamata. Il call center monitora e certifica all'Azienda l'accettazione della chiamata da parte del medico.

Sono stati altresì esaminati, altri modelli organizzativi realizzati in Regioni limitrofe, che prevedono:

- a. Punto unico di Ricezione delle chiamate per la C.A. per tutto il bacino provinciale con presenti medici C.A. stanziali, che gestiscono la chiamata, forniscono i consigli necessari ed eventualmente dispongono la visita domiciliare da parte delle medico della sede di C.A. competente per territorio.
- b. Punto di Ricezione delle chiamate per la C.A. da parte di infermieri dedicati, con effettuazione di triage infermieristico e successivo smistamento della richiesta alla sede di C.A. competente per territorio.

Il Tavolo ha ritenuto opportuno attendere gli sviluppi dei diversi modelli e valutarne gli esiti al 30 giugno 2016, in quanto le peculiarità del territorio potrebbero comportare l'individuazione di modalità organizzative della C.A. diverse.

L'intendimento è dunque quello di centralizzare su base provinciale le chiamate così come richiede l'Accordo oggetto del presente atto, individuando il modello più confacente alle diverse realtà esistenti anche alla luce della riorganizzazione delle Aziende ULSS su base provinciale in via di definizione (PDL n. 23 ad oggetto: "Istituzione dell'Ente di Governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il Governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS" presentato in data 29.06.2015 in Consiglio e attualmente all'esame della V Commissione consiliare.

Il Tavolo della C.A. ha già definito comunque alcuni aspetti, in particolare:

- ha ritenuto funzionale l'adozione di una unica infrastruttura di registrazione delle chiamate per la C.A. che di fatto potrebbe essere la stessa oggi utilizzata per il 118, già organizzata su base provinciale;
- ha concordato sull'opportunità di adottare un software unico a livello regionale per la C.A. che preveda al minimo l'integrazione con l'anagrafe regionale, con la sintesi informativa delle schede individuali informatizzate del MMG/PLS e con il software di gestione dei 118

Per quanto riguarda i punti c) e d) del documento approvato dalla Conferenza, ovvero la realizzazione "*all'interno del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza-Accettazione percorsi separati clinico - organizzativi dei pazienti classificati dai Sistemi di Triage con codici di gravità Rossi e Gialli da quelli Verdi e Bianchi, anche con l'invio di questi ultimi a team sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero*" e la necessità di "*garantire, per il paziente a bassa complessità assistenziale, la continuità di cura attraverso percorsi agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami ed ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi, adottando apposite procedure per l'invio alla rete delle Cure Primarie, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del Pronto Soccorso e la rete degli specialisti territoriali governata dal Distretto*" con le Deliberazioni n. 74 del 28/2/2014 e n. 1513 del 12/8/2014 sono state adottate disposizioni operative per l'attività di Pronto Soccorso che prevedono la definizione dei percorsi per i diversi codici colore, da attuarsi anche attraverso il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale per la prosecuzione degli accertamenti in ambito ambulatoriale, l'accesso diretto alle prestazioni specialistiche e diagnostiche dei pazienti con prescrizione urgente del Medico di Medicina Generale, la realizzazione di "percorsi brevi" per l'accesso alle consulenze urgenti da parte della Medicina del territorio.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale.

VISTO il D.lgs. n. 281 del 28 agosto 1997.

VISTO il Decreto del Ministro della Salute n. 70/2015.

VISTO il Piano socio-sanitario regionale 2012-2016, approvato con la L.R. n. 23 del 29 giugno 2012.

VISTA le DD.G.R. n. 4395/2005, n. 2271/2013, n.2533/2013, n. 74/2014, n. 530/2014, n. 1513/2014, n.2525/2014, n. 206/2015, n.751/2015, n. 759/2015.

VISTO il Decreto regionale n. 213/2015.

VISTO l'art. 2 comma 2 della L.R. n. 54 del 31 dicembre 2012

delibera

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;
2. di recepire l'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 di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" Rep. Atti n. 36 /CSR del 7 febbraio 2013;
3. di portare a regime su tutto il territorio regionale il modello di Centrale Operativa Territoriale (COT), quale elemento cardine del Sistema delle Cure e di raccordo fra tutti i soggetti della rete assistenziale;
4. di proseguire nella riorganizzazione delle Cure Primarie sviluppando ed implementando le Medicine di Gruppo Integrate così come definite dalla DGR n.751/2015;
5. di valutare gli esiti delle sperimentazioni locali dei modelli di gestione e presa in carico delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità dell'assistenza ed in particolare i modelli organizzativi di ricezione delle chiamate per la C.A - descritti in premessa - alla data del 30 giugno 2016, individuando quindi i modelli più confacenti alle realtà del territorio regionale, anche alla luce della riorganizzazione delle Aziende ULSS su base provinciale in via di definizione;
6. di incaricare il Dirigente Settore Assistenza distrettuale e Cure primarie afferente alla Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto;
7. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
8. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.