

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 12 novembre 2014, n. U00376

Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa, in attuazione del protocollo d'intesa del 23 luglio 2014. Atto di recepimento dell'accordo con i medici di medicina generale.

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

OGGETTO : Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa, in attuazione del protocollo d'Intesa del 23 luglio 2014. Atto di recepimento dell'accordo con i medici di medicina generale.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA 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 modificazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive modificazioni ed integrazioni;

PRESO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 è stato nominato il Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, quale Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni e integrazioni;

PRESO ATTO che con la suddetta deliberazione sono stati, altresì, confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente *pro-tempore* della Regione Lazio con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 come riformulato con la successiva Deliberazione del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati a decorrere dal 2013;

PRESO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2013 è stato nominato il dott. Renato Botti, a decorrere dal 7 gennaio 2014, subcommissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;

Il Commissario ad acta
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTO il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

VISTO l’art.4 dell’A.C.N. 23/03/2005 che disciplina la negoziazione regionale e che individua per le intese regionali la definizione di alcuni specifici aspetti fra i quali in particolare:

- a. l’organizzazione della presa in carico degli utenti da parte di medici con il supporto delle professionalità sanitarie e la realizzazione della continuità dell’assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
- b. le modalità di realizzazione dell’appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell’uso etico delle risorse, l’organizzazione degli strumenti di programmazione e monitoraggio e controllo;
- c. le modalità di partecipazione dei medici di medicina generale nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell’attuazione dei medesimi;
- d. i criteri e le modalità nell’organizzazione del sistema informativo fra operatori- strutture associate-Distretti-Aziende Sanitarie-Regione;

VISTO altresì l’art. 14 del suddetto A.C.N. che, in armonia con quanto definito dal succitato art. 4 individua i contenuti demandati alla negoziazione regionale;

VISTA l’Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la salute – per gli anni 2010 – 2012 ed in particolare l’art. 13, comma 14 circa il prosieguo dei piani di rientro delle Regioni già commissariate, secondo programmi operativi;

VISTA l’Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014 – 2016;

VISTA la Legge 8 novembre 2012 n. 189 “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.*”

VISTE le deliberazioni di Giunta regionale

- ✓ 12 febbraio 2007, n. 66 concernente “Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art.1, comma 180, della Legge 311/2004”
- ✓ 6 marzo 2007, n. 149 avente ad oggetto “Presa d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”;

CONSIDERATO inoltre che, per effetto della modifica del Titolo V è stato riconosciuto un più forte ed autonomo ruolo delle Regioni nel Governo e nell’organizzazione dei propri sistemi sanitari, comportando un mutamento delle regole della contrattazione e prevedendo quindi che, a livello

Il Commissario ad acta
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

regionale siano definiti i sistemi sanitari locali, allo scopo di dare una risposta più appropriata ai bisogni delle persone delle singole realtà locali;

VISTO il DCA n. 437 del 28 ottobre 2013 con il quale si è proceduto all'adozione del Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013- 2015;

VISTO il DCA n. 247 del 25 luglio 2014 con il quale si è proceduto all'adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013/2015 ed in particolare l'INTERVENTO 1: Cure primarie e Rete Territoriale;

CONSIDERATO che il succitato Programma Operativo prevede un modello integrato di presa in carico del paziente cronico anche attraverso la definizione dei rapporti con la medicina generale per l'avvio dei PDTA nelle case della Salute;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 21 aprile 2006, n. 229 *“Atto di recepimento dell'accordo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, in attuazione dell'A.C., reso esecutivo in data 23 marzo 2005”, mediante intesa della conferenza Stato-Regioni”*;

VISTA la Determinazione della Regione Lazio n. D3407 del 20/10/2009 *“Approvazione del regolamento delle Unità di Cure Primarie”*;

CONSIDERATO che in data 23 luglio 2014 è stato sottoscritto il protocollo d'Intesa per la Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa tra il Presidente della Giunta Regionale e le organizzazioni sindacali regionali della medicina convenzionata FIMMG, SMI, SNAMI e INTESA SINDACALE, che ha tra l'altro previsto *“le parti, per il conseguimento di detti obiettivi, ritengono essenziale l'adozione di una metodologia di lavoro che attraverso un cronoprogramma di attuazione, affidi a gruppi di lavoro appositamente costituiti la predisposizione tecnico normativa della parte relativa alla definizione contrattuale”*.

CONSIDERATO che in data 3 ottobre 2014 è stato sottoscritto l'accordo, tra il Presidente della Giunta Regionale e le organizzazioni sindacali regionali della medicina convenzionata FIMMG, SMI, SNAMI e INTESA SINDACALE per la Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa, in attuazione del summenzionato protocollo del 23 luglio 2014;

PRESO ATTO della nota del 23 luglio 2014 della organizzazione sindacale SMI con la quale, nel ribadire l'adesione al protocollo, si specifica la necessità di un adeguato collegamento telematico, tra i nodi della rete sociosanitaria territoriale, e il coinvolgimento *“dei medici della medicina generale a basso numero di scelte e a minor numero di ore”*;

PRESO ATTO della dichiarazioni d'intenti del 3 ottobre 2014 della organizzazione sindacale SMI con la quale, nel ribadire l'adesione all'accordo, si specifica la necessità di porre in essere idonee modalità organizzative per il passaggio dei medici da UCP-S ad UCP; la necessità di rendere uniforme e funzionale la comunicazione telematica tra i vari soggetti del SSR e favorire l'ingresso dei medici non ancora inseriti nel SSR;

PRESO ATTO della dichiarazioni d'intenti del 13 ottobre 2014 della organizzazione sindacale SNAMI con la quale nel ribadire l'adesione all'accordo, si specifica la necessità di porre in essere

Il Commissario ad acta
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

idonee modalità organizzative per il passaggio dei medici da UCP-S ad UCP; di salvaguardare la capillarità dell'assistenza, tenendo conto delle peculiarità territoriali; di prevedere percorsi dedicati per semplificare l'accesso del cittadino alle prestazioni dei PDTA e di avviare campagne informative/educative ai cittadini sugli obiettivi e organizzazione degli stessi;

CONSIDERATO altresì che gli obiettivi principali previsti dal presente accordo riguardano:

- la valorizzazione e riorganizzazione delle forme associative della medicina convenzionata;
- l'assistenza delle cure primarie anche nei giorni di sabato, domenica e festivi;
- la presa in carico dei pazienti con patologie croniche
- il governo delle liste di attesa e l'appropriatezza prescrittiva;
- gli indicatori di processo e di esito per la rendicontazione degli interventi;

PRESO ATTO che il presente Accordo in armonia con gli obiettivi previsti dai Programmi Operativi 2013/2015 prevede in particolare:

- la valorizzazione, organizzazione e qualificazione delle forme associative della medicina convenzionata per il potenziamento del servizio e garantire la continuità dell'assistenza all'interno della rete sanitaria territoriale;
- la valorizzazione e qualificazione dell'assistenza territoriale, strategicamente orientata all'appropriatezza clinica e organizzativa, all'integrazione istituzionale, professionale e alla continuità assistenziale;
- la presa in carico dei pazienti cronici e la realizzazione di percorsi assistenziali terapeutici condivisi con tutti i professionisti e i contesti assistenziali operanti nell'ambito del SSR;
- il governo delle liste d'attesa e l'appropriatezza prescrittiva;

CONSIDERATO che per l'attuazione dei suddetti obiettivi strategici è stata individuata:

1. l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
2. la valorizzazione e riorganizzazione delle forme associative Cure Primarie in Unità di Cure primarie a sede unica;
3. l'integrazione dei nodi della rete sociosanitaria territoriale costituiti dagli studi di medicina generale, dalle forme associative della medicina generale, dalle farmacie, dai poliambulatori, dalle Case della Salute, dai distretti sociosanitari e dai presidi ospedalieri;
4. la copertura dell'assistenza il sabato, la domenica e festivi;
5. la presa in carico dei pazienti con patologie croniche;
6. il governo delle liste di attesa mediante l'appropriatezza prescrittiva con l'indicazione del quesito diagnostico e della classe di priorità;
7. la ricetta de-materializzata.

CONSIDERATO che il presente accordo rappresenta nelle more dell'approvazione dell'ACN la sistematizzazione delle precedenti aggregazioni associative della medicina convenzionata al fine di addivenire alle nuove forme previste dal decreto legge c.d. "Balduzzi";

RITENUTO per quanto sopra detto, di prendere atto, del suddetto Accordo allo scopo di darne piena e totale applicazione;

**Il Commissario ad acta
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)**

ACQUISITO il parere favorevole del Sub Commissario;

DECRETA

per i motivi di cui in premessa, che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di prendere atto dell'Accordo Regionale per la Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa con i medici di Medicina Generale che allegato al presente decreto ne costituisce parte integrante;
- di disporre che l'accordo Regionale per la Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa sarà attuato con appositi provvedimenti della Direzione Generale Salute e integrazione sociosanitaria, conformemente ai tempi tecnici occorrenti per tali adempimenti;
- di stabilire la revisione del contenuto dei provvedimenti qui richiamati, nel caso la normativa nazionale e le disposizioni dell'ACN definiscano situazioni di incompatibilità con gli indirizzi regionali in oggetto;
- di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI



Roma 3 ottobre 2014

***PER LA RIORGANIZZAZIONE
DELL'ASSISTENZA
TERRITORIALE
E LA MEDICINA
D'INIZIATIVA***

(Attuazione del protocollo d'intesa del 23 luglio 2014)

I N D I C E

Parte I

Premessa	pag. 3
----------------	--------

Parte II *Copertura dell'assistenza territoriale per 24 ore al giorno*

Art. 1 Continuità dell'assistenza	pag. 4
Art. 2 AFT – UCP - UCCP	pag. 4
Art. 3 AFT: organizzazione e obiettivi	pag. 4
Art. 4 Valorizzazione delle UCP-S	pag. 5
Art. 5 UCP: organizzazione e obiettivi	pag. 6
Art. 6 Carta dei Servizi e pubblicizzazione delle UCP	pag. 7

Parte III *Copertura dell'assistenza sabato domenica e festivi*

Art. 7 Copertura assistenziale sabato, domenica e festivi	pag. 8
---	--------

Parte IV *Presa in carico dei Pazienti con patologie croniche*

Art. 8 Presa in carico dei pazienti cronici	pag. 9
---	--------

Parte V *Governo delle liste di attesa e appropriatezza spesa farmaceutica*

Art. 9 Tempi di attesa: indicazione sulla prescrizione del quesito diagnostico e della classe di priorità suggerita. La ricetta "de materializzata"	pag. 10
--	---------

Parte VI *Indicatori di processo e di esito per la rendicontazione degli interventi*

Art. 10 Rendicontazione e valutazione degli interventi	pag. 11
Art. 11 Norme finali	pag. 12

Allegati

All. 1 Copertura assistenziale sabato, domenica e festivi	pag. 13
All. 1.2 Domanda di adesione del medico	pag. 15
All. 1.3 Elenco indicativo della copertura assistenziale sabato domenica e festivi	pag. 16
All. 2 Presa in carico dei pazienti cronici	pag. 17
All. 3 Elenco prestazioni croniche	pag. 19

Parte I

Premessa

La medicina d'iniziativa e la continuità dell'assistenza costituiscono i pilastri del nuovo modello di promozione e tutela della salute dei cittadini che si sta costruendo nella regione Lazio, così come declinato nel Patto per la Salute 2014- 2016 e nei *Programmi Operativi 2013-2015*.

La base su cui poggia la costruzione di un nuovo modello di promozione e tutela della salute è costituita dalla piena integrazione dei nodi della rete sociosanitaria territoriale costituiti dagli studi dei medici di medicina generale (medici di assistenza primaria, di medicina dei servizi e di continuità assistenziale) dalle forme associative della medicina generale e dai pediatri di libera scelta, dalle farmacie, dai poliambulatori, dalle Case della Salute, dai distretti sociosanitari e dai presidi ospedalieri.

L'obiettivo principale perseguito attraverso la sua progressiva realizzazione, è la presa in carico della patologia cronica da parte della rete dei servizi sanitari e socio sanitari territoriale che, a parità di efficacia, è meno dispendiosa e più gradita ai cittadini, migliorando l'appropriatezza dei percorsi di cura e garantendo la continuità assistenziale.

È, pertanto, necessario mettere la rete sanitaria e sociosanitaria del territorio nelle condizioni di operare aumentando la sua capacità di intercettare, prendere in carico e dare risposta ai bisogni assistenziali dei cittadini.

Le parti ritengono prioritario consentire alla Regione Lazio di uscire dal piano di rientro dal deficit e riappropriarsi così pienamente della funzione programmatica del sistema sanitario regionale.

La medicina generale del Lazio si rende pertanto disponibile insieme all'Istituzione a consentire lo sviluppo di una riorganizzazione strutturale della rete dei servizi usando come strumenti l'informatizzazione, la modernizzazione, la semplificazione, la telemedicina, la programmazione, l'appropriatezza, piuttosto che l'adozione di provvedimenti di taglio di spesa lineare, garantendo quindi ai cittadini un servizio sanitario migliore, in linea con gli obblighi di bilancio e valorizzando la professionalità degli operatori.

L'obiettivo di questo accordo è strutturare le basi di un sistema di cure di prossimità che grazie al riequilibrio di funzioni e processi assistenziali dalla rete ospedaliera per acuti alla rete sociosanitaria territoriale consenta, nella Regione Lazio, una volta usciti dai vincoli del piano di rientro, di avere un sistema sanitario regionale in linea con quello delle regioni e dei Paesi più organizzati.

Il coinvolgimento attivo della medicina generale nell'innovazione del sistema rappresenta un elemento fondamentale per il successo di questa strategia e per garantire ai cittadini i livelli essenziali di assistenza e per arrivare progressivamente ad una copertura assistenziale h24, sette giorni su sette.

Il presente accordo rende pienamente operativi gli obiettivi espressi nel protocollo d'intesa del 23/7/2014.

Tale premessa è parte integrante del presente accordo.

Parte II

Copertura dell'assistenza territoriale per 24 ore al giorno

Art. 1

Continuità dell'assistenza

La copertura dell'assistenza nel territorio della Regione Lazio si realizza mediante la continuità e l'integrazione dell'attività nei singoli studi medici di medicina generale (medici di assistenza primaria, di medicina dei servizi e di continuità assistenziale) e pediatri di libera scelta, le forme associative della medicina convenzionata e la continuità assistenziale (*ex guardia medica*), le strutture aziendali ed ospedaliere la rete dell'emergenza urgenza. Tale azione si concretizza nella riorganizzazione dell'attuale rete di assistenza territoriale.

Art. 2

AFT – UCP - UCCP

Nel Lazio sono già presenti le Unità di Cure Primarie (UCP) , quali forme associative della medicina convenzionata. Al fine di potenziare ulteriormente il servizio e garantire la continuità dell'assistenza all'interno della rete sanitaria territoriale e la partecipazione dei singoli medici ai progetti regionali verranno istituite le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e successivamente le Unità di Cure Complesse Primarie (UCCP), così come definite dall'art. 1 della Legge 189/2012, dal Patto per la Salute 2014-2016 e dalle modalità che saranno definite dal nuovo ACN, in accordo con i LEA nazionali.

Art. 3

AFT: organizzazione e obiettivi

Le AFT sono un raggruppamento funzionale monoprofessionale dei medici di medicina generale (MMG) ai quali viene affidata la tutela della salute della popolazione di riferimento secondo obiettivi definiti e concordati con l'azienda sanitaria.

L'AFT è composta da medici a ciclo di fiducia (di Assistenza Primaria secondo l'ACN 2009) e da medici a rapporto orario. La dimensione di riferimento è di norma quella distrettuale con 30.000 assistiti. E' composta da un numero di MMG non inferiore a 20, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria.

Il comitato della Mg di cui all'art. 23 dell'ACN 2009 individua, di concerto con le OO.SS., sul territorio dell'azienda sanitaria le AFT. I medici che le compongono eleggono tra di loro un coordinatore, la cui durata è biennale e viene recepita con atto aziendale.

L'AFT dovranno:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";

- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari;
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;

Nell'ambito di apposito accordo regionale verranno definite le modalità organizzative, di funzionamento e di partecipazione dei medici alle aggregazioni funzionali sulla base dei criteri sopra citati.

Art. 4

Valorizzazione delle UCP-S

Le diverse forme associative di Unità di Cure Primarie attualmente presenti e regolamentate dalla determina regionale n. D3407 del 20/10/2009 verranno gradualmente trasformate in un'unica forma associativa della medicina convenzionata denominata Unità di Cure Primarie a sede Unica (UCP)

Le 321 UCPS (unità di cure primarie semplici) attualmente presenti, cesseranno di esistere entro il 31.12.2015. Tale trasformazione organizzativa avverrà, su base volontaria e progressivamente a partire dal 1 novembre 2014 con le seguenti modalità. Prioritariamente:

- a) ingresso dei componenti di UCPS, per l'attività di UCP, nelle istituende Case della Salute fatte salve le attuali indennità;
- b) costituzione, da parte dei componenti di UCP-S, di nuove UCP presso le sedi delle ASL o altre sedi, opportunamente messe a disposizione dalle ASL di cui sarà valutata la modalità nell'ultimo trimestre del 2015;

E successivamente ingresso dei componenti di UCPS, per le attività di UCP, nelle UCP a sede unica esistenti.

Le UCP dovranno possedere un sistema interno informativo collegato in rete e al sistema con le *Case della Salute, poliambulatori, distretti sociosanitari, presidi ospedalieri*, e ai sistemi informativi regionali, come previsto dall'art.59 bis comma 4 dell'ACN vigente.

Le attuali indennità verranno mantenute solo per coloro che aderiscono al percorso di cui al presente articolo.

La messa a regime delle UCP, salvo le UCP a sede unica già esistenti, per l'attuazione dei compiti previsti, avverrà con le modalità di seguito riportate, a partire dalla data della deliberazione di recepimento della presente intesa da parte della Giunta Regionale.

Entro 6 mesi si procederà:

- le ASL, attraverso il comitato aziendale MMG, effettuano una ricognizione delle proposte di nuove UCP presentate, o integrazione di quelle presenti in sede unica secondo il presente accordo;
- vengono individuati dai medici afferenti alle UCP costituite i relativi coordinatori;
- l'UCP dovrà organizzare e realizzare una rete informatica tra i MMG che la compongono. Essa verrà collegata in cooperazione applicativa con la rete informatica dell'Azienda e delle Case della salute, la necessaria messa in opera per la connessione è a carico delle Asl. come previsto dall'art.59 bis comma 4 dell'ACN vigente.

La trasformazione delle UCP-S a UCP, con le modalità di cui al presente articolo, avviene tendenzialmente a saldi invariati per la Regione.

Art. 5

UCP: organizzazione e obiettivi

L'Unità di Cure Primarie è una forma associativa dei Medici di Medicina Generale appartenenti al medesimo distretto sociosanitario.

Ogni UCP dovrà essere a sede unica e composta da un minimo di 3 ad un max. di 16 medici (per l'area metropolitana preferibilmente min. 8, salvo particolari situazioni da verificare in sede aziendale, e max. 16). Sulla base dei fabbisogni di salute della popolazione e dell'organizzazione territoriale dei servizi sanitari, in sede di comitato aziendale di ASL è possibile variare il numero max. dei medici partecipanti all'UCP che normalmente è di 16, fermo restando il minimo 3 (8 per l'area metropolitana).

La continuità dell'assistenza nell'ambito delle UCP viene garantita dai medici di medicina generale dal lunedì al venerdì per 9 ore al giorno (10,00 – 19,00) con una turnazione definita dal coordinatore (referente) della UCP. In sede di comitato aziendale la ASL può, sulla base dei fabbisogni esistenti, proporre l'aumento dell'orario di attività da 9 a 12 ore giornaliere. L'attività eccedente le nove ore sarà remunerata su base oraria come da ACN.

La sede della UCP, coerente con le vigenti norme, qualora ubicata in una sede diversa da quella dello studio dei medici aderenti, dovrà avere una superficie netta utilizzabile di almeno 100 mq, con 3 stanze visita informatizzate, anche con rete wi-fi protetta, una sala d'aspetto separata e una postazione di segreteria informatizzata ed un bagno. Inoltre il locale dovrà essere con accesso preferibilmente diretto su strada senza scale e barriere architettoniche.

I medici convenzionati che le compongono eleggono tra di loro un coordinatore (referente), appositamente remunerato, la cui durata in carica è biennale e rinnovabile, che curerà i rapporti con il Direttore del Distretto. La nomina è fiduciaria e viene comunicata al distretto di competenza.

I coordinatori delle UCP si riuniranno con periodicità semestrale con il direttore del distretto di riferimento, su invito di quest'ultimo, ai fini della valutazione e pianificazione delle attività.

All'interno dell'UCP oltre ai medici di medicina generale possono operare anche gli infermieri eventualmente messi a disposizione dalle ASL.

Le UCP dovranno essere collegate telematicamente in cooperazione applicativa con le Case della Salute, con i pronto soccorso dei presidi ospedalieri (o presidio ospedaliero di riferimento) per la gestione dei dati sanitari sia di origine ASL che di origine dei medici della medicina generale, previo consenso informato del paziente, con l'obiettivo di poter arrivare alla trasmissione dei dati in telemedicina. Per le patologie trattabili dalla medicina generale i triagisti del pronto soccorso potranno informare il paziente della sede UCP e/o Casa della Salute più vicina mediante procedura informatica tracciabile.

Le Unità di Cure Primarie (UCP) ai sensi dell'ACN vigente e delle intese regionali, hanno lo scopo di perseguire i seguenti obiettivi di carattere generale:

- a) promuovere l'equità di accesso ai servizi sanitari territoriali;
- b) facilitare l'accesso dei cittadini agli studi dei medici di medicina generale;
- c) organizzare risposte sanitarie e, se necessario, socio sanitarie complesse, a partire dalle case della salute;
- d) sviluppare il governo clinico dell'assistenza, quale continua tensione al miglioramento dei servizi, con adeguata formazione;
- e) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita, con particolare attenzione agli interventi di prevenzione vaccinale su popolazione e categorie a rischio, educazione e informazione sanitaria
- f) contribuire a diminuire, per quanto di competenza, gli accessi impropri al pronto soccorso, tramite percorsi condivisi, agli altri servizi ambulatoriali e distrettuali;
- g) avviare, in accordo con la ASL di riferimento, la presa in carico dei pazienti cronici, anche con modalità di gestione in telemedicina

Per le attività previste all'interno delle UCP si fa riferimento a quanto previsto dall'AIR, dalla determina regionale n. D3407 del 20.10.2009 e dal presente accordo.

Le attuali UCP confluiranno nelle Unità di Cure Complesse Primarie (UCCP) in riferimento al nuovo ACN. E' nell'ambito di questa nuova e complessa forma associativa che potranno essere individuate dalla Regione le modalità per la erogazione diretta da parte dei medici di medicina generale di prestazioni specialistiche.

Art. 6

Carta dei Servizi e pubblicizzazione delle UCP

Le attività svolte all'interno di ogni UCP dovranno essere portate a conoscenza dei cittadini mediante apposita "Carta dei Servizi", con l'elenco delle prestazioni effettuabili, redatta in collaborazione con l'ASL di riferimento e con il supporto informativo della Regione Lazio.

A cura del coordinatore (referente) ogni UCP, a far data dal 1 gennaio 2015, dovrà essere facilmente accessibile e immediatamente riconoscibile dai cittadini, mediante apposita insegna identificativa, fornita dalla ASL territorialmente competente, contenente:

- logo della rete sociosanitaria territoriale e dell'ASL di riferimento,
- indirizzo (via e civico), telefono, fax e mail,

- orario e giorni di ricevimento,
- elenco nominativo dei medici aderenti alla UCP

A cura della Regione ogni UCP, a partire dal 1 gennaio 2015, sarà georeferenziata e geolocalizzata online mediante il sito web della rete sociosanitaria regionale (www.retesalutelazio.it). A tal fine la regione creerà un'apposita pagina web sulla continuità dell'assistenza territoriale per informare i cittadini della funzione della medicina generale e le modalità di fruizione dell'assistenza territoriale h24 nella Regione Lazio. Per quanto concerne la copertura assistenziale H 9 (10,00 – 19,00) il cittadino digitando il nome del proprio medico di fiducia riceverà 2 informazioni: a) l'indirizzo, i giorni e l'orario di ricevimento nel proprio studio, b) l'indirizzo, i giorni e l'orario di ricevimento della UCP a sede unica in cui il proprio medico è associato).

Il Coordinatore (referente) della UCP dovrà comunicare immediatamente al distretto di riferimento eventuali cambiamenti ai fini dell'informazione per gli assistiti, con procedure semplificate (via email).

I medici di medicina generale parteciperanno attivamente nei confronti dei propri assistiti all'informazione e alla conoscenza dei servizi erogati dalle UCP.

Parte III

Copertura dell'assistenza sabato domenica e festivi

Art. 7

Copertura assistenziale sabato, domenica e festivi

Il servizio di assistenza ambulatoriale per le cure primarie, nel territorio di Roma capitale, sarà esteso anche nelle giornate di sabato, domenica e festivi per un massimo di 9 ore al giorno dalle 10,00 alle ore 19,00 e le prestazioni saranno accessibili a tutti i cittadini, in coordinamento con le attività dei servizi di continuità assistenziale della medicina generale

Tale attività sarà avviata progressivamente a partire dal 1 dicembre 2014 nell'area di Roma Capitale (All. 1.3). Successivamente sarà valutata l'estensione in altri distretti.

Il servizio sarà garantito dai medici di medicina generale presenti nel distretto sociosanitario, mediante turnazione tra coloro che hanno manifestato la propria disponibilità alla ASL di riferimento, come da All. 1.2, nel rispetto delle vigenti norme sulle incompatibilità previste dall'ACN.

Il servizio di assistenza per le cure primarie nelle giornate di sabato, domenica e festivi, verrà svolto nelle sedi messe appositamente a disposizione dalle ASL, o in altre sedi in caso di mancata disponibilità e a richiesta dell'ASL.

Le sedi oggetto della copertura assistenziale nelle giornate di sabato, domenica e festivi, saranno collegate, a cura dell'ASL, telematicamente e in cooperazione applicativa con la Centrale Unica di Ascolto di Continuità Assistenziale, con i pronto soccorso dei presidi ospedalieri (o presidio ospedaliero di riferimento). Per le patologie trattabili dalla medicina generale il personale del triage del pronto soccorso informerà il paziente della sede ambulatoriale dell'ASL aperta più vicina in modalità tracciata.

Il personale oltre che dai medici di medicina generale è costituito anche da un infermiere per l'attività di supporto e accoglienza.

Il costo per la Regione è dato dalla tariffa oraria prevista per i medici di C.A. dal vigente ACN, dal personale infermieristico e dai costi di gestione della sede.

Le attività di assistenza per le cure primarie svolte nelle giornate di sabato, domenica, festivi e le modalità di accesso sono quelle riportate nell'Allegato 1 che è parte integrante del presente accordo.

La prosecuzione dell'attività sarà subordinata alla valutazione, dopo 12 mesi, degli indicatori di esito, di processo ed economici previsti dal presente accordo.

Parte IV

Presa in carico dei Pazienti con patologie croniche

Art. 8

Presa in carico dei pazienti cronici

La Regione intende, tenuto conto delle esperienze in corso, avviare l'attività di presa in carico dei pazienti cronici (Diabete, BPCO, Scompensazione Cardiaca, TAO, pazienti fragili e le altre patologie che la regione individuerà) con i medici di medicina generale i quali ricorreranno alla medicina di iniziativa nei confronti delle persone da inserire nei percorsi annuali predefiniti e alla gestione, per la parte di loro competenza, del paziente nell'ambito del PDTA. Inoltre i medici di medicina generale parteciperanno all'attività di verifica dell'efficienza e dell'efficacia dei percorsi con indicatori di processo e di risultato e condivideranno dopo specifico consenso informato del paziente le informazioni relative al percorso con gli altri punti della rete sanitaria territoriale.

In cooperazione applicativa con le Case della Salute, con il pronto soccorso dei presidi ospedalieri (o presidio ospedaliero di riferimento) saranno gestiti i dati sanitari sia di origine ASL che di origine dai medici della medicina generale prodotti lungo il PDTA previo consenso informato del paziente ai sensi della vigente normativa.

Le modalità e i costi per l'attività di presa in carico dei pazienti cronici sono definite nell'Allegato 2 che è parte integrante del presente accordo.

Nell'ambito della presa in carico a livello territoriale, sono comprese le attività di Sorveglianza attiva dei soggetti a rischio da parte dei MMG, integrata con le attività delle Aziende USL relative al "Piano Operativo Regionale di intervento per la prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore. Il Piano di sorveglianza delle persone anziane che rimangono sole nel periodo estivo e degli ospiti delle RSA", prevede la prestazione a domicilio del paziente da parte del medico di medicina generale, con le relative modalità operative in essere, la cui tariffa è pari a 18,90 euro ad accesso. In un prima fase di applicazione la stima complessiva del numero di accessi utili a garantire il programma regionale è pari a 30.000. Tale previsione sarà oggetto di verifica annuale.

Anche i medici che non aderiscono ai percorsi PDTA possono aderire facoltativamente al Piano di sorveglianza delle persone anziane che rimangono sole nel periodo estivo e degli ospiti delle RSA

I medici di medicina generale effettuano le vaccinazioni dell'adulto a rischio nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio con le modalità organizzative predisposte dalla regione e concordate a livello di comitato aziendale.

Parte V

Governo delle liste di attesa e appropriatezza spesa farmaceutica

Art. 9

Tempi di attesa: indicazione sulla prescrizione del quesito diagnostico e della classe di priorità suggerita. La ricetta "de materializzata"

In ordine al miglioramento del servizio reso al paziente e per conseguire l'obiettivo dell'appropriatezza, si concorda di dare piena ed immediata attuazione alle procedure inerenti le classi di priorità Urgente (U), attraverso una più efficiente organizzazione dell'attuale sistema Dottor CUP, e Programmato (P) nell'ambito dell'avviando percorso dei PDTA.

Per le classi di priorità Breve (B) e Differibile (D), nel sottolineare come l'indicazione della classe di priorità non sia un mero adempimento burocratico ma un atto medico, che implica la valutazione, sulla base del quadro clinico del paziente, della necessità di effettuare la prestazione in tempi definiti, si concorda che:

- il quesito diagnostico e la classe di priorità dovranno essere indicati, a partire dal 1/12/2014, solo per le prestazioni di primo accesso, intendendo con questo tutte quelle prescritte al fine di avviare e/o concludere il work-up diagnostico, escludendo quindi tutte quelle prescritte nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici avviati o di follow-up in corso;
- il quesito diagnostico e la classe di priorità dovranno essere indicati solo per le prestazioni elencate (All. 3) al punto 3.1 del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2013-15, approvato con DCA 437 del 28/10/2013, e per eventuali altre prestazioni che dovessero essere incluse nel nuovo Piano Nazionale;
- l'indicazione del quesito diagnostico e della classe di priorità è attribuzione esclusiva del medico che esegue la prescrizione e non può essere delegata ad altro professionista;
- la Regione si impegna a mettere in atto tutte le azioni necessarie a far sì che gli adempimenti previsti ai 3 punti precedenti siano rispettati da tutti i prescrittori del SSR;
- la Regione, direttamente e tramite le aziende sanitarie, si impegna a definire ed adottare precise regole di comportamento per gli operatori del ReCUP, che in nessun caso potranno modificare la classe di priorità indicata dal prescrittore;
- la responsabilità di garantire agli assistiti tempi di attesa congrui con la classe di priorità indicata dal prescrittore rimane interamente in carico alla Regione e alle aziende sanitarie;
- la Regione si impegna, al fine di rendere omogenea l'erogazione delle prestazioni, di uniformare il nomenclatore tariffario regionale come unica fonte di riferimento per tutte le ASL, AAOO, Policlinici Universitari e strutture accreditate

- le Commissioni (distrettuali) per l'appropriatezza prescrittiva saranno incaricate di analizzare dati di sintesi sull'attribuzione delle classi di priorità e verificare la congruità tra quesito diagnostico e classe di priorità attribuita.

Nell'ottica di ammodernamento del sistema si conviene sulla necessità di avviare le procedure utili alla "de materializzazione della prescrizione". A tal fine si ritiene di procedere ad una breve fase sperimentale (30 giorni), a partire dal 1 novembre 2014 nel territorio della ASL di Viterbo e nella ASL RMD limitatamente al Comune di Fiumicino (Rm). Terminata la sperimentazione le parti verificheranno le eventuali criticità ed individueranno costi per l'esercizio di gestione, in modo da estendere a partire dal 1 febbraio 2015 tale modalità prescrittiva a tutto il territorio regionale.

Parte VI

Indicatori di processo e di esito per la rendicontazione degli interventi

Art. 10

Rendicontazione e valutazione degli interventi

Gli esiti delle prestazioni svolte all'interno delle UCP, delle strutture per la copertura assistenziale nelle giornate di sabato, domenica e festivi, la presa in carico dei pazienti cronici, il governo delle liste di attesa e l'appropriatezza prescrittiva, saranno inviate da parte del distretto ospitante al tavolo tecnico di monitoraggio del presente accordo di cui al protocollo d'Intesa del 23 luglio 2014.

Tali esiti saranno individuati con indicatori di quantità, qualità, economicità ed appropriatezza clinica ed organizzativa.

La valutazione, effettuata sulla base di appositi report redatti dalle Asl e CAP (Commissione appropriatezza prescrittiva) interessate, avverrà con cadenza mensile.

Art. 11

Qualità e accesso alle cure

La Regione si impegna a condividere con i medici di medicina generale, attraverso iniziative di aggiornamento, un uso appropriato del Programma Regionale di Valutazione degli Esiti (P.Re.Val.E.) al fine di favorire una maggiore partecipazione (*empowerment*) dei cittadini rispetto alla qualità delle cure e favorirne l'accesso.

Art. 12

Norme finali

La determina regionale N. D3407 del 20.10.2009 viene integrata e sostituita negli articoli citati nel presente accordo che sarà parte integrante di apposita deliberazione della Giunta regionale.

La quota oraria per le prestazioni dei medici di medicina generale, di cui al presente accordo, è pari a 28,645 come da ACN. Per le prestazioni effettuate nelle giornate di sabato, domenica e festivi si ha una maggiorazione del 20%, pari a 38,19 al lordo degli oneri contributivi e assicurativi per un netto di 34,37 euro.

Viene istituito il tavolo tecnico di cui al protocollo del 23 luglio 2014 per l'attuazione ed il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo.

I contenuti del presente accordo fanno riferimento a quanto previsto dai Programmi Operativi 2013-2015, dal Patto per la Salute 2014 -2016, dall'art. 1 della Legge 189/2012, dall' ACN 27/05/2009 (art.12 e 13) e ACN del 10/03/2010 (art. 5) e AIR.

ALLEGATO 1

Copertura assistenziale sabato, domenica e festivi

Gli obiettivi

- Dare continuità alle cure primarie.
- Dare le risposte appropriate ai bisogni dei cittadini.
- Migliorare la fruibilità delle risorse sanitarie esistenti, con particolare riguardo ai servizi territoriali di cure primarie attraverso un facile e rapido accesso a tutti gli utenti.
- Evitare il ricorso improprio ai PS/DEA ospedalieri.

Modalità di accesso

a) Telefonica

Il cittadino può contattare direttamente la Centrale di Ascolto della Guardia Medica – Continuità Assistenziale- al numero telefonico **06/570600** e l'operatore, costituito da personale sanitario medico, avvia il seguente iter:

- ❖ consiglio telefonico, sulla base di protocolli studiati e predisposti in collaborazione con i MMG, PLS
- ❖ invito a recarsi all'ambulatorio di medicina generale aperto più vicino,
- ❖ invio del medico di continuità assistenziale,
- ❖ invio soccorso urgente 118

b) Diretta

Accesso a tutti i pazienti alle sedi ambulatoriali aperte.

Orario 10,00-19,00 con il contributo dei:

- Medici di assistenza primaria organizzati in UCP
- Medici di medicina generale singoli
- Medici di Assistenza Primaria, ai medici con doppio incarico (Continuità Assistenziale e Assistenza Primaria - Medicina dei Servizi e Assistenza Primaria)
- Medici di Continuità Assistenziale

La sede

La sede oggetto dell'attività ambulatoriale dovrà essere provvista, a cura del distretto, del materiale sanitario necessario e delle risorse strumentali, che consistono in:

- strumentazioni di base (sfigmomanometro, termometro, otoscopio, pulsio-ossimetro, dermatoscopio),
- test diagnostici per glicemia su goccia di sangue capillare, strisce urine,
- test di gravidanza rapido su urine.

Il medico di medicina generale dovrà poter accedere all'Anagrafe Regionale, per il rilascio della certificazione di malattia on-line, della ricetta elettronica e per la registrazione delle

Prestazioni aggiuntive, e dovrà poter essere connesso con procedure facilitate a consulti specialistici ed accesso facilitato a strutture di emergenza.

Ambiti di competenza, in via esemplificativa e non esaustiva

- **DISTURBI MUSCOLOSCELETRICI:** Lombalgie e rachialgie non traumatiche, Distrazioni muscolari, sintomatologie algiche osteomuscolari
- **DERMATOLOGIA:** Punture d'insetto senza reazioni generalizzate sistemiche, Rash cutanei iatrogeni e orticaria di modesta entità, Dermatiti superficiali, prurito diffuso senza manifestazioni cutanee generalizzate, verruche, nevi, herpes simplex, micosi, foruncoli, cisti sebacee flogosate e non flogosate, patercelli e unghie incarnite, alopecia, eritema solare o da lampada, idrosadenite, cisti pilonidale, parassitosi cutanea, Malattie esantematiche e tumefazione linfoghiandolare non complicate, _ Ustioni di primo grado di estensione limitata, Ferite superficiali che non necessitano di sutura ed esiti di ferite; abrasioni; rimozione, punti di sutura e medicazioni
- **OCULISTICA:** Congiuntiviti, patologie palpebrali e degli annessi oculari, escluso corpo estraneo
- **OTORINOLARINGOIATRIA:** Otiti, acufeni, riniti, faringo-tonsilliti e altre flogosi minori; epistassi pregressa e non in terapia anticoagulante. Odontalgia, stomatiti, gengiviti, afte
- **UROLOGIA:** Infezioni Vie Urinarie, Uretriti, vaginiti, Colica Renale Addominale, sostituzione di catetere vescicale (in presenza di infermiere)
- **GINECOLOGIA:** Patologie ginecologiche minori; test gravidici di esclusione
- **GASTROENTEROLOGIA:** GERD, Gastroenteriti acute non complicate, Sindrome dispeptica, singhiozzo, stipsi cronica, sindrome emorroidaria

E ANCORA:

- Flogosi delle vie respiratorie, Sindromi influenzali; febbre inferiore a 38 °C senza Complicanze
- Rialzo pressorio asintomatico
- Ansia, crisi di panico

Criteri di esclusione

- a) Età pediatrica fino a sei anni
- b) Competenza Ginecologica, ortopedica, chirurgica
- c) Traumi
- d) Patologie neurologiche acute
- e) Patologie psichiatriche
- f) Dolore con NRS>5
- g) Deambulazione non autonoma
- h) Pazienti domiciliati

Allegato 1.2**DOMANDA DI ADESIONE DEL MEDICO**

Spettabile ASL

OGGETTO: Domanda di partecipazione riservata a Medici di Medicina Generale per prestazioni da rendere presso _____ per il progetto "Copertura assistenziale sabato, domenica e festivi"

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a data e luogo di nascita _____ provincia di _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ via _____

Recapito telefonico _____ Recapito cellulare _____

e-mail _____

Medico di medicina generale, Codice Regionale n.° _____

convenzionato a tempo indeterminato / determinato con la regione Lazio nella ASL _____ per :

- assistenza primaria
- continuità assistenziale
- medicina dei servizi

avendo preso visione del progetto denominato "Copertura assistenziale sabato domenica e festivi" proposto dalla Regione Lazio, compreso il trattamento economico previsto, dichiara di aderire al suddetto progetto, e si rende disponibile per effettuare n° __ ore settimanali,

Turno prescelto:

- ore ___ dalle ore ___ alle ore _____
- ore ___ dalle ore _____ alle ore _____

presso

1. presidio ASL via

secondo le modalità stabilite nel progetto.

Data

firma

Allegato 1.3

Elenco indicativo della Copertura assistenziale sabato, domenica e festivi

Copertura assistenziale SABATO/DOMENICA e FESTIVI a ROMA capitale - Elenco indicativo -

ASL	Municipio	ab.	Quartiere	Sede/Indirizzo	Prop	c.a.	attività
01) Rm A	I (ex I)	201.496	Centro Storico (Trastevere)	Nuovo Regina Margherita * - v. E. Morosini 30	Asl	si	poliambulatorio
02) Rm E	I (ex VII)		Prati	Corpo C Osp. Offalmico* - P.le le degli Eroi 1	"		"
03) Rm A	III	205.719	Bufoletta-Settebagni	via Salaria 741	"		"
04) Rm B	IV	178.599	Tiburtino-Pietralata	L.go De Dominici 7 (casal Bertone)	"		"
05) Rm B	V (ex VII)	246.363	Casilino-Centocelle-T. Sapienza	Via Bresadola (Centocelle)	"		"
06) Rm C	V (ex VI)		Torignattara	Santa Caterina delle Rose* - v. Forteguerri 4	"	si	"
07) Rm B	VI	243.922	Tor Vergata - Torre Angela	Via della Tenuta di Torrenova*	"		"
08) Rm C	VII (ex IX)	310.887	Tuscolano - Cinecittà	Poliambulatorio Don Bosco v. Antistio 12	"		"
09) Rm C	VIII	135.420	Ostien.-Garbatella-T. Marancia	Via Malfante (p.zza dei navigatori)	"		"
10) Rm C	IX	175.925	Eur - Laurentino-Torino	via Sabatini (angolo via Di Decima)	"		"
11) Rm D	X	226.084	Ostia-Acilia	Ex osp S. Agostino* - L.gomare P. Toscanelli 230	"		"
12) Rm E	XI	152.700	Marconi, Portuense, Corviale	Via Vaiano 53	"	si	"
13) Rm E	XIII	137.633	Aurelio- Boccea -	via Boccea 275	"		"
14) Rm E	XIV	184.911	Medaglie D'Oro, Primavalle	Piazza San Zaccaria Papa 1, (Primavalle)	"		"
15) Rm E	XV	157.625	Tor di Quinto, Farnesina	Viale Tor di Quinto 33/A	"		"
			La Storta-Labaro	Clauzetto, v. San Daniele del Friuli 8	"		"
Rm A	II	175.678	Flaminio-Paroli-Trieste	Piazza Istria**	mmg		medicina generale
	III	203.395	Montesacro-Conca D'Oro-	via Lampedusa**	Asl	si	poliambulatorio

note:

Prop = proprietà sede

c.a = continuità assistenziale (ex guardia medica)

* = Presidi sanitari che verranno trasformati in Casa della Salute

** = Copertura assistenziale sabato, domenica e festivi, già attiva

ALLEGATO 2

Presa in carico dei pazienti cronici

Percorso assistenziale

Azioni dei Medici di Medicina Generale che aderiscono al percorso assistenziale.

1. Richiesta al paziente di entrare nel percorso

- a) **Costruzione della lista dei pazienti**
per ogni medico sulla base dell'incrocio tra i dati inviati dalla Asl e quelli in possesso dello stesso medico, in base alla normativa vigente in materia di privacy
- b) **Invito attivo** ai pazienti eleggibili nel percorso
- c) **Consenso informato** specifico dei pazienti che hanno aderito al percorso

2. Prescrizione, terapia e «pacchetto» di esami da svolgere nel corso dell'anno

- a) **Prestazioni previste dal PDTA regionale** -farmaci – esami - presidi sanitari
- b) **Prenotazioni di esami** attraverso il sistema RECUP regionale su slot dedicato
- c) **Rilascio del promemoria al paziente**
- d) **Richiamo attivo** per pazienti in cui si suppone un scarsa aderenza al PDTA

3. Rivalutazione del paziente nei controlli successivi

4. Azione del Distretto

Reinvio al medico di medicina generale dei referti delle prestazioni eseguite.

La spesa prevista, per le azioni dei Medici di Medicina Generale di cui ai punti del presente allegato, è di 15 euro anno/paziente preso in carico per PDTA e 20 euro anno/paziente preso in carico per uno o più PDTA attivato per lo stesso assistito, in relazione ai bisogni assistenziali del paziente che aderisce al percorso.

MODULO DI ADESIONE AL PERCORSO

Spettabile ASL

OGGETTO: Adesione al progetto Percorsi assistenziali

Il/la sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a data e luogo di nascita _____ provincia di _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ via _____

Recapito telefonico _____ Recapito cellulare _____

e-mail _____

Medico di medicina generale, Codice Regionale n.° _____

avendo preso visione del progetto denominato “ Percorso assistenziale” proposto dalla Regione Lazio, compreso il trattamento economico previsto, dichiara di aderire al suddetto progetto secondo le modalità ivi stabilite.

Data

Firma

ALLEGATO 3**ELENCO PRESTAZIONI 'CRITICHE'**

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita Chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per immagini		
15	Mammografia	87.37.1- 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41- 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome Completo	88.01.6 - 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1– 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4– 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1– 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93– 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 – 88.75.1 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 – 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 – 88.78.2
Altri esami Specialistici		
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42

35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 – 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 – 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 – 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

FIMMG
Segretario regionale Pierluigi Bartoletti

Regione Lazio
Alessio D'Amato

SMI
Segretario regionale Paolo Marotta

Presidente
Della Regione Lazio
Nicola Zingaretti

SNAMI
Il Presidente regionale Giuseppe Di Donna

INTESA SINDACALE
Rappresentante Regionale Giacomino Taeggi

Roma, 3 ottobre 2014