

Accordo Regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 Marzo 2005, mediante Intesa nella Conferenza Stato –Regioni, per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.

...Omissis...

,

...Omissis...

5. L'evoluzione dei Nuclei di cure primarie

Nell'ambito del Distretto, i Nuclei di Cure Primarie sono le articolazioni organizzative multiprofessionali del Dipartimento di Cure Primarie e devono perseguire il miglioramento dell'assistenza territoriale per l'intero arco delle 24 ore, sette giorni su sette.

Tale attività si realizzerà come segue:

- attraverso lo sviluppo ulteriore dell'associazionismo nelle forme di medicina in rete e medicina di gruppo all'interno dei Nuclei di Cure Primarie;
- l'espansione dei supporti informatici;
- l'integrazione con i medici di continuità assistenziale che entreranno a far parte, a tutti gli effetti, dell'organizzazione dei Nuclei di Cure Primarie;
- la possibilità di utilizzo di spazi ambulatoriali messi a disposizione dalle Aziende sanitarie, anche con dotazione strumentale, per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche di primo livello da parte dei medici di medicina generale, collegate a specifici progetti aziendali definiti in Comitato Aziendale (ad esempio ecografia generalista, ecg, holter pressorio ecc.), in coerenza con le procedure del governo clinico, per il miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici, la riduzione delle liste di attesa e della mobilità passiva.

Per il pieno funzionamento delle attività dei medici del Nucleo di Cure Primarie, si ritengono non più vincolanti i tetti percentuali per le forme associative mediche, per il personale di studio ed infermieristico.

I medici aderenti al medesimo Nucleo di Cure Primarie partecipano all'individuazione di obiettivi, finalità, modalità operative condivise, indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite.

L'organizzazione delle figure professionali coinvolte nelle attività dei Nuclei di Cure Primarie trova elementi di facilitazione dallo sviluppo delle forme associative, che hanno consentito e diffuso metodologie di lavoro integrato e di valutazione circa la corrispondenza delle attività svolte con gli obiettivi del Distretto. Ulteriore sviluppo e investimento deve avere a riferimento l'organizzazione dei medici nel Nucleo, assimilabile, come livello minimo, alla medicina in rete e riguardante tutti i medici aderenti al medesimo Nucleo, collegati alla rete informatizzata (Progetto Sole).

Il percorso verso questo obiettivo deve raggiungere prioritariamente i seguenti risultati:

1. riconoscimento di nuove forme associative, con l'obbligo per i medici aderenti di operare nell'ambito territoriale dello stesso Nucleo. Le forme associative già esistenti e che non soddisfino a questo requisito, fatte salve obiettive situazioni ostative condivise in Comitato Aziendale, dovranno essere gradualmente ricondotte al Nucleo, anche attraverso la ridefinizione territoriale dei Nuclei di Cure Primarie.
2. fornitura a tutti i medici del Nucleo degli strumenti informatici e dei relativi supporti ed assistenza soft/hardware, con oneri di utenza a carico della Regione, per garantire il collegamento fra di loro e con la rete dei servizi aziendali.
3. condivisione di modalità per assicurare l'assistenza ambulatoriale nell'arco delle 12 ore diurne, anche mediante il coordinamento delle fasce orarie di attività ambulatoriale dei medici associati, indipendentemente dalla forma associativa istituita, così da garantire complessivamente da parte del Nucleo di Cure Primarie o, in subordine, delle associazioni, una disponibilità all'accesso ambulatoriale di almeno 7 ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio, fatto salvo quanto previsto all'art. 36, per quanto riguarda l'orario minimo. Le fasce orarie di riferimento si intendono dalle 8 alle 13 per il mattino e dalle 13 alle 19 per il pomeriggio, con un minimo di due ore per fascia. Per garantire l'assistenza ambulatoriale ed eventuali urgenze saranno concordate, in sede di Comitato aziendale, attività diurne dei

medici della Continuità Assistenziale e/o incrementi di orario di apertura dei singoli studi.

Il progressivo collegamento in rete per tutti i medici del medesimo Nucleo di Cure Primarie consentirà l'implementazione di progetti e di protocolli standard di comunicazione per condividere, fra professionisti territoriali e ospedalieri, le informazioni cliniche rilevanti ai fini dell'attività di cura e di continuità assistenziale, con particolare riferimento alle informazioni relative a pre e post-ricovero, ai percorsi assistenziali di pazienti con patologia cronica ed in assistenza domiciliare.

La messa a regime del sistema informatico, per l'effettivo utilizzo di modalità comunicative con altri professionisti e con i servizi aziendali, anche amministrativi, costituisce raggiungimento dell'obiettivo organizzativo.

Tale standard organizzativo prevede forme di compenso, così come previsto dall'ACN, e forme di compenso specifico dell'accordo regionale, per il raggiungimento dei presupposti e l'attuazione delle attività e delle procedure derivanti dal nuovo modello.

I medici aderenti al percorso di evoluzione del Nucleo di Cure Primarie, così come previsto dal presente Accordo, al completamento dello stesso saranno in condizione di:

- partecipare all'individuazione di obiettivi, finalità, modalità operative condivise indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite;
- operare per una più ampia integrazione con le altre figure coinvolte nell'assistenza territoriale;
- svolgere parte della propria attività in modo coordinato presso la sede del Nucleo di Cure Primarie;
- collaborare professionalmente con gli altri medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale, nonché con i servizi aziendali, per lo sviluppo dell'appropriatezza, mediante l'utilizzo degli strumenti informatici ed amministrativi della rete aziendale, così come previsto all'Allegato n.8;
- condividere modalità operative, così come definito al sopraindicato punto 3 ;
- utilizzare la rete aziendale per l'implementazione di progetti e di protocolli standard di comunicazione, per condividere fra professionisti territoriali e ospedalieri, le informazioni cliniche rilevanti ai fini dell'attività di cura e di continuità assistenziale, con particolare riferimento alle informazioni relative a pre e post-ricovero, ai percorsi assistenziali di pazienti con patologia cronica e pazienti in assistenza domiciliare

Lo scambio di informazioni fra medici e strutture dell'azienda costituisce raggiungimento dell'obiettivo organizzativo. Tale standard organizzativo prevede forme di compenso per il raggiungimento dei presupposti e l'attuazione delle attività e delle procedure derivanti dal nuovo modello, come evidenziato nell'Allegato n.8.

...Omissis...

Allegato 4

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	Importo
<i>A) Prestazioni eseguibili senza notificazione preventiva all'Azienda</i>	
1. Prima Medicazione su ferita non precedentemente medicata	15
2. Sutura di ferita superficiale con filo e medicazione	15
3. Successive medicazioni	8
4. Rimozione punti di sutura e medicazione	15
5. Cateterismo uretrale uomo	10
6. Cateterismo uretrale donna	4
7. Tamponamento nasale anteriore	7
8. Fleboclisi (Unica eseguibile urgente)	15
9. Lavanda gastrica	12,32
10. Iniezione Gammaglobulina o Vaccino Antitetanico	7,5
11. Iniezione sottocutanea desensibilizzante (dotazione frigorifero))	12
12. Tampone faringeo,	0,64
<i>B) Prestazioni eseguibili con notificazione preventiva all'Azienda</i>	
1. Ciclo Fleboclisi – per ciascuna flebo	12
2. Fleboclisi Ferro - per ciascuna flebo	14
3. Ciclo curativo di Iniezioni Endovenose (per ogni iniezione)	8
3. Ciclo Aerosol o Inalazioni caldo-umide - Studio professionale medico dotazione impianti fissi (per prestazione singola)	1,23
4. Vaccinazioni non obbligatorie (campagna preventiva regionale /aziendale)	
a) Influenza annuale (dotazione frigorifero)	7,5
b) Pneumococcica - quinquennale - (dotazione frigorifero)	7,5
c) Altri vaccini (Epatite, H. Zooster, ecc.)	7,5
<i>C) Altre Prestazioni aggiuntive ex ACR</i>	
1. Endovena urgente	7,5
2. Courettage escara necrotica	25
3. Lettura ECG (Progetto Aziendale)	10
4. Lettura ECG comprensiva dell'esame (Progetto Aziendale)	14
5. Infiltrazione intrarticolare	24
6. Toracentesi	70
7. Paracentesi	60
8. Applicazione bendaggio di contenimento in caso di distorsioni o fratture (escluso materiale se non in dotazione al NCP)	10
9. Artrocentesi o evacuazione ematoma	20
10. Posizionamento sondino naso gastrico	20
11. Rimozione apparecchio gessato o Bendaggio contenitivo	20
12. Ecografia Generalista (progetto aziendale) - dotazione strumentario aziendale	40
13. Ecografia generalista (progetto aziendale) - dotazione strumentario del medico	61
14. Holter Pressorio (progetto aziendale) dotazione strumentario aziendale	40
15. Holter pressorio - dotazione strumentario del medico	62
16. Sutura ferita superficiale con cerottazione	5
17. Emotrasfusione Assistenza + Prove Crociate (ADI)	140
18. Albumina (piano terapeutico AIFA)	60

...Omissis...