

ALLEGATO 1

DIRETTIVE PER LA EROGAZIONE DELLA ASSISTENZA PROGRAMMATA DI MEDICINA GENERALE A SOGGETTI OSPITI IN “RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE” E IN “RESIDENZE ASSISTITE”

Premesso:

- che l'art 32 lettera B e l'art 39 lettera C del D.P.R. 270 /2000 " Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale" stabilisce che debba essere erogata assistenza programmata ad assistiti ospiti in residenze protette ed in collettività sulla base di intese normative ed economiche raggiunte a livello regionale con i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi in sede regionale;
- che la Regione Toscana, la delegazione dei Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL. e le OO.SS mediche FIMMG regionale Toscana, Federazione medici, Intesa sindacale -SUMAI e SNAMI regionale Toscana hanno, in data 11.06.2001 sottoscritto l'“Accordo integrativo per la Medicina generale in applicazione del DPR n° 270 del 28 Luglio 2000”
- che la Giunta Regionale in data 26 aprile 2004 ha approvato la deliberazione n. 402 “Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del PSR 2002/2004 di cui alla deliberazione C.R.T n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitarla sanitaria nelle R.S.A”, che contiene l’Allegato 1.B “Strutture Residenziali per persone anziane non autosufficienti. Indicazioni e parametri per l’articolazione “modulare” dei servizi

Le " Direttive per la erogazione della assistenza programmata di medicina generale a soggetti ospiti nelle residenze protette e nelle collettività" sono quelle risultanti dal seguente testo.

Art 1

Ambiti di Applicazione e soggetti assistiti

1. Il presente protocollo disciplina, ai sensi dell'art 32 lettera B e 39 lettera C del D.P.R. 270/2000 i rapporti che si instaurano tra le Aziende unità sanitarie locali ed i medici convenzionati di medicina generale per lo svolgimento dell’assistenza programmata a favore degli ospiti di strutture pubbliche e private individuate dal sottoindicato elenco:
 - a) Residenze sanitarie assistite (RSA) che accolgono ospiti non autosufficienti e parzialmente autosufficienti
 - b) Residenze Assistite (RA), strutture residenziali che fungono da alternativa al domicilio privato dell'ospite e al quale erogano prestazioni quantomeno assistenziali (pulizia delle stanze, preparazione e distribuzione dei pasti) ed occasionalmente sanitarie mediante personale dipendente o convenzionato all'uopo individuato. Non rientrano pertanto nella precedente definizione le strutture comunitarie che rappresentano a tutti gli effetti il domicilio privato dell'ospite e che non erogano prestazioni assistenziali o sanitarie mediante personale ad hoc come, a titolo di esempio, monasteri, conventi , case famiglia
 - c) Ex ospedali psichiatrici, strutture residenziali DSM e strutture residenziali pubbliche o private per disabili. L'assistenza prevista dall'art 3 viene erogata anche a favore dei soggetti presenti nelle suddette, equiparandoli agli ospiti delle Residenze sanitarie Assistite (RSA) e delle Residenze Assistite (RA)ed anche a loro si applica la presente normativa

Art 2
Prestazioni generali e particolari

1. Fermo restando l'assistenza erogata dalla Continuità assistenziale nelle ore notturne, prefestive e festive e dall'Emergenza sanitaria territoriale, ciascuno per quanto di competenza, ai soggetti ospiti vengono assicurate dai Medici di Medicina Generale:
 - tutte le prestazioni sanitarie previste dall'accordo collettivo nazionale D.P.R. 270/2000 da parte del medico di medicina generale, anche in momenti diversi dall'accesso programmato, richieste dal Responsabile della struttura, ed erogate dal medico nei modi previsti dal succitato DPR ed in particolare dall'art 33, comma 2 (visite mediche, consulto con lo specialista, accesso presso gli ambienti di ricovero, prescrizioni farmaceutiche, richieste di visita o indagine specialistica, proposta di ricovero o di cure termali, segnalazioni ai servizi sociali dell'esigenza di particolari interventi, note esplicative per eventuali accorgimenti per il servizio di continuità assistenziale, prestazioni aggiuntive);
 - le prestazioni aggiuntive di cui all'art 3

Art 3
Prestazioni Aggiuntive

1. L'assistenza è svolta dal Medico di medicina generale assicurando a ciascun ospite che ha effettuato la scelta in suo favore, all'interno delle strutture stesse le seguenti prestazioni aggiuntive:
 - controllo periodico sullo stato di salute
 - controllo sulle condizioni igieniche e sul comfort ambientale
 - indicazioni al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico, allegato alla cartella clinica personale con modello unico valido in tutta la Regione da adottarsi da ciascuna struttura citata all'art 1 lettera a, b e c. Tale allegato sarà successivamente predisposto e inoltrato alle Aziende per il relativo diffuso utilizzo
 - indicazioni al personale di assistenza con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche di ciascun ospite
 - indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare nel diario clinico
 - collaborazione con il personale del servizio sociale per il mantenimento dei rapporti con la famiglia e l'ambiente esterno
 - tenuta di un apposito diario clinico sul quale sono annotati gli accessi, le considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni extra eseguite, le indicazioni del consulente specialista
 - la predisposizione e l'attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione e di riabilitazione e la loro verifica periodica
 - la verifica dell'attuazione dell'eventuale Piano predisposto dall'UVM, per quanto di pertinenza;
 - l'attivazione degli interventi riabilitativi

Il medico di medicina generale, quando presente nella struttura, garantirà l'assistenza urgente anche ad altri ospiti che non hanno effettuato la scelta in suo favore, in caso di condizioni cliniche gravi e non differibili.

2. Ciascun medico convenzionato può assistere complessivamente nella suddetta forma non più di 60 (sessanta) soggetti, di cui non più di 40 (quaranta) nella stessa struttura, fra tutti coloro che hanno effettuato la scelta in suo favore

Art 4
Organizzazione dell'Assistenza Programmata

1. Il medico di assistenza primaria assicura, in forma programmata, a ciascun paziente ospite nella residenza protetta o nella collettività un accesso, durante il quale provvede ad espletare i compiti di cui agli art 2 e 3 del presente regolamento e per il quale riceve una quota capitaria aggiuntiva descritta all'articolo 8. Per "accesso" si intende il momento all'interno della struttura durante il quale il medico, in forma programmata, prende in carico l'assistito occupandosi della sua salute mediante i compiti descritti nei citati articoli.

2. Il medico di medicina generale organizza l'esecuzione degli accessi dei singoli ospiti prevedendo una frequenza di presenze in struttura che tenga conto delle esigenze individuali e della presenza contemporanea di più assistiti nella stessa struttura, secondo il seguente schema:

N. assistiti/ N. accessi	PRESENZE IN STRUTTURA
Da 1 a 4	1 al mese
Da 5 a 10	1 ogni 15 gg.
Da 11 a 20	1 alla settimana
Da 21 a 30	2 alla settimana
Da 31 a 40	3 alla settimana

Pertanto più accessi possono essere raggruppati in un numero minore di presenze nella struttura. Per maggiori delucidazioni si rimanda alla specifica tabella esplicativa. (allegato D)

3a. In occasione di particolari condizioni cliniche croniche o acute occasionali dell'ospite, anche al fine di consentire il ripristino del precedente stato di salute o di limitare lo scadimento delle condizioni generali, il medico di medicina generale concorda con il medico di distretto un piano assistenziale che potrà prevedere una maggior frequenza degli accessi, in analogia con quanto previsto per la Assistenza Domiciliare Programmata con le stesse modalità con cui si attiva normalmente l'accesso ADP. La frequenza potrà essere settimanale o ogni due settimane ed il piano assistenziale concordato dovrà stabilire oltre alla frequenza anche la durata del periodo di accessi più frequenti e la cadenza delle revisioni congiunte

3b. In occasione di eventi patologici impegnativi per lo stato di salute del paziente ospite della struttura, anche al fine di evitare il ricovero ospedaliero o di favorire una dimissione precoce dall'ospedale, il medico di medicina generale concorda col medico di distretto un piano assistenziale che prevede una maggior frequenza degli accessi nonché il coinvolgimento di altri operatori, in analogia con quanto previsto nella Assistenza Domiciliare Integrata con le stesse modalità con cui si attiva normalmente l'accesso ADI e tenendo conto del piano assistenziale predisposto dall'UVM. Tale piano assistenziale deve prevedere:

- la cadenza degli accessi del medico di medicina generale, da stabilirsi in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso
- la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata
- la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti, prevedendo l'utilizzo di personale infermieristico e/o riabilitativo aggiuntivo rispetto a quello in dotazione alla struttura e l'accesso alla struttura da parte degli Specialisti, siano essi dipendenti o convenzionati, normalmente operanti negli ambulatori territoriali
- i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione dell'assistenza integrata

3c. Nei riguardi degli ospiti di RSA che presentano complessità clinica identificata secondo la modularità assistenziale di cui ai punti 2, 3 e 4 della Deliberazione G.R. n. 402/2004, (Disabilità

prevalentemente di natura motoria; Disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale; Stati vegetativi persistenti con parametri vitali stabilizzati e pazienti terminali) la frequenza dell'intervento del medico di medicina generale sarà, di norma, due volte al mese salvo specifiche esigenze di maggior frequenza di accessi che sarà allora definita dal Piano Assistenziale concordato con il medico di distretto. Il medico di medicina generale si avvale, per la attuazione del "piano di cure" anche del geriatra e/o degli altri specialisti necessari.

Per i punti 3a, 3b e 3c sarà compilata la medesima modulistica prevista per l'attivazione di ADP e ADI .

4. La presenza periodica del medico di medicina generale nella struttura come normato al punto 2. permette di erogare tutte le prestazioni previste all'art 3 per tutti i pazienti assistiti dal medico. L'effettuazione per singoli ospiti di un numero di accessi superiore all'accesso mensile di norma previsto, in attuazione del piano assistenziale concordato col Medico di distretto ai sensi dei punti 3a, 3b e 3c, non dà diritto a maggior retribuzione fino alla concorrenza di un numero di accessi pari alla frequenza di presenze mensili in struttura come definita al punto 2. Gli accessi eseguiti al singolo ospite, sempre in ottemperanza del piano terapeutico concordato, eccedenti la frequenza di presenze previste in struttura saranno invece singolarmente retribuiti in aggiunta all'accesso mensile di norma previsto.

Per maggiori delucidazioni si rimanda alla specifica tabella esplicativa. (allegato D)

5. Il medico di assistenza primaria, nell'ambito del piano di interventi definiti dall'UVM, ha la responsabilità unica e complessiva del paziente (case manager), segue le diverse fasi attuative del piano d'intervento individualizzato, coordina la scheda del paziente sulla quale gli altri operatori sanitari riportano i propri interventi, attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati, coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente

6. Il medico di medicina generale attesta la effettuazione degli accessi concordati mediante firma da apporre su apposito modulo, giacente presso la struttura ospitante, che mensilmente viene inviato, a cura del medico di distretto agli uffici competenti per la liquidazione delle spettanze

Art 5 Attivazione del servizio

1. per quanto attiene alla condizione di auto / non autosufficienza si effettua con meccanismo automatico nei confronti degli ospiti riconosciuti non autosufficienti ai sensi della delibera 214/91 e successive modifiche, variazioni e integrazioni. Per gli ospiti autosufficienti ci si riferisce all'allegato G del D.P.R. 270/00 per quanto riguarda i criteri di attivazione (art.2) e all'art. 4 del presente accordo per quanto riguarda la frequenza degli accessi che saranno cumulati con quelli dei non autosufficienti.
2. Ogni Azienda unità sanitaria locale formula l'elenco delle strutture ove sono presenti assistiti che soddisfano i requisiti di cui sopra,
3. Con l'attuazione della presente normativa non gravano ulteriori oneri diretti o indiretti sulle Aziende USL per lo svolgimento, in altre forme, dell'assistenza medica non specialistica descritta all' art 3 nelle strutture in questione.
4. Il responsabile della struttura comunica al medico di distretto l'avvenuto ricovero dell'ospite ed il nominativo del medico che lo ha in carico in quel momento. Il medico di distretto interPELLa il medico di assistenza primaria per informarlo sulla necessità dell'attivazione dell'assistenza programmata. Qualora entro 15 giorni dalla comunicazione il medico interessato non esprima formalmente il suo assenso o qualora rifiuti di erogare l'assistenza programmata, possono essere avviate le procedure per esercitare la scelta a favore di un

medico disponibile, affidando in prima istanza tale incombenza ai familiari, se disponibili. In caso di impossibilità da parte della famiglia la scelta sarà effettuata d'ufficio.

5. nel caso in cui l'Assistito sia inserito in una residenza sia in forma temporanea che vitalizia appartenente ad un comune non confinante con quello di provenienza il Responsabile della struttura, ricevuto il diniego all'assistenza da parte del MMG curante, invita i familiari ad esercitare la scelta in favore di un MMG appartenente a quell'ambito territoriale, nel quale trovasi la residenza. Nel caso di soggiorno temporaneo, alla fine della permanenza nella Residenza viene ripristinata la situazione "quo ante".
6. In sede di prima applicazione della presente regolamentazione il responsabile della struttura invia al medico di distretto l'elenco di tutti gli ospiti, con l'indicazione dei medici che li assistono, e la specifica fornita dagli stessi medici curanti se trattasi di paziente non autosufficiente o di paziente che corrisponde ai succitati criteri di attivazione per gli autosufficienti (art 2 allegato G DPR 270/2000) evidenziando inoltre quelli che già fruiscono della assistenza programmata. Il medico di distretto provvede come sopra.
7. E' fatto divieto al medico di fruire dell'ambulatorio della struttura per i propri assistiti non ricoverati

Art 6

Rapporti con il Distretto e Verifiche

1. Oltre che per l'attivazione dei servizi che ritiene necessari ai sensi dell' art 3 ed in occasione dell'attivazione dei piani assistenziali concordati relativi a situazioni patologiche particolari del paziente, previste all'art 4 punti 3a e 3b e 3c, il medico di medicina generale, se rileva situazioni carenti o non corrette dal punto di vista sanitario, le segnala al sanitario responsabile a livello distrettuale per gli interventi di competenza della Azienda USL
2. Il Responsabile di Zona/Distretto o altro medico del distretto dallo stesso delegato, possono in ogni momento recarsi presso le residenze protette o le collettività per verificare la necessità, l'efficienza e l'efficacia degli interventi sanitari di tutti gli operatori ed il rispetto delle scadenze degli accessi concordati da parte del medico di medicina generale
3. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale

Art 7

Obblighi della RSA o della RA e/o Strutture equiparate

1. In applicazione del " Regolamento sui requisiti di idoneità a funzionare delle strutture di ospitalità di cui all'art 1 L.R. 16.04.1980 n° 28" e della Risoluzione del Consiglio regionale del 30.09.1986, le RSA e le RA e le Strutture equiparate devono:
 - A. essere dotate di ambulatorio medico con lavandino, attrezzato con armadio farmaceutico, schedario per le cartelle sanitarie degli ospiti, lettino da visita, scrivania, bilancia pesa-persona con statimetro e quanto altro necessario oltre al materiale sanitario per visita medica
 - B. mettere a disposizione del medico di fiducia degli ospiti l'ambulatorio di cui alla precedente lettera 1
 - C. promuovere, anche attraverso le iniziative del medico di medicina generale, ogni rapporto con i servizi socio-sanitari dell'Azienda USL per assicurare agli ospiti la fruizione di attività preventive, curative e riabilitative.

2. Nell'ambito degli adempimenti connessi alla tutela della salute degli ospiti, il responsabile della struttura deve:

- a) chiamare in caso di necessità il medico di fiducia dell'ospite nel rispetto di quanto previsto dal D.P.R. 270/2000 ed in particolare dall'art 33 comma 2, prestare all'ammalato le cure prescritte, curare l'approvvigionamento dei medicinali ordinati dal medico secondo le modalità definite a livello regionale ed aziendale e curarne la somministrazione all'ospite, da parte del personale della struttura nell'arco delle 24 ore.
- b) predisporre e rendere attivi i programmi individuali con carattere di prevenzione e riabilitazione definiti dal medico di medicina generale
- c) assicurare le necessarie prestazioni infermieristiche quando necessarie, per l'intero arco delle 24 ore, mediante personale abilitato a termini di legge, anche attraverso i servizi della unità sanitaria locale territorialmente competente
- d) attivare su richiesta del medico di medicina generale, il trasporto in ospedale del malato e mantenere, anche attraverso lo stesso medico per quanto di sua competenza, costanti rapporti con lo stesso durante il periodo di degenza
- e) interessarsi perché gli ospiti seguano la dieta prescritta dal medico
- f) avvisare i parenti, anche in base alla segnalazione del medico di medicina generale, in caso di pericolo di vita o di grave infermità

Art 8 Retribuzione

1. Al medico di medicina generale, oltre al trattamento economico previsto dall'art 45 del D.P.R. 270/2000 è corrisposto per ogni accesso concordato ed effettuato per assistito in applicazione di quanto previsto all'art 4, il compenso omnicomprendente forfetario già determinato dall'Accordo regionale vigente.
2. Gli accessi del medico alla struttura devono rispettare le cadenze stabilite,
3. Il piano assistenziale ed il conseguente trattamento economico è sospeso immediatamente in caso di dimissione temporanea fatti salvi gli accessi materialmente già eseguiti nella frazione di mese che dovranno essere pagati e cessa in caso di dimissione continuativa dalla residenza protetta o dalla collettività
4. Il compenso di cui al comma 1 sarà oggetto di trattativa nell'ambito della complessiva prossima contrattazione regionale.
5. Il compenso di cui al comma 1 può essere maggiorato dalle Aziende UU.SS.LL. per la realizzazione di progetti aziendali finalizzati alla riduzione dei ricoveri ospedalieri in un determinato periodo sulla base del tasso di ospedalizzazione dei pazienti presenti in struttura nello stesso periodo di riferimento

Art 9 Modalità di pagamento

1. Al fine della corresponsione del compenso di cui all'art 8, il responsabile della residenza protetta inoltra al responsabile sanitario del distretto il foglio riepilogativo delle presenze in struttura e degli accessi effettuati ai singoli ospiti dal medico debitamente firmato dal MMG e convalidato dal Responsabile della Struttura (All B1 e B2), suddividendo gli accessi ordinari previsti dal comma 2 dell'art. 4 e comma 1 art.5, da quelli straordinari, concordati con il medico del distretto, di cui ai commi 3 a, b, e c dello stesso articolo . Inoltre comunica mensilmente l'elenco nominativo degli assistiti in carico a ciascun medico e le relative variazioni evidenziando per ciascun Ospite eventuali periodi di ricovero ospedaliero o in altre strutture occorsi nel mese di riferimento.(All A)

2. Il medico di distretto provvede a verificare il foglio riepilogativo delle presenze, nonché del numero di accessi da pagare e lo trasmette ai competenti uffici della azienda per la liquidazione delle competenze
3. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni , che deve sempre essere documentata alla Azienda USL nei tempi previsti da parte dei responsabili delle strutture o delle Collettività.

Art 10 Riunioni Periodiche

1. Il Responsabile di Zona/Distretto o altro medico del distretto dallo stesso delegato, promuove riunioni periodiche con i responsabili dell'Attività sanitarie distrettuali al fine di assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione ai trattamenti, di verificare congiuntamente l'andamento del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia, di esaminare per le relative soluzioni gli eventuali problemi connessi alla gestione dell'accordo. Con le stesse finalità il Direttore del Distretto promuove riunioni periodiche dell'Ufficio di Coordinamento distrettuale..
2. Alle riunioni devono essere invitati , in orari concordati, medici convenzionati di medicina generale in relazione a singoli problemi assistenziali in discussione. Possono altresì essere invitati alle riunioni i membri del Comitato di Azienda di cui all'art 11 del D.P.R. 270/2000
3. Il medico di medicina generale, invitato con sufficiente anticipo, dopo aver concordato l'orario in relazione agli inderogabili compiti di assistenza primaria che gli sono affidati è tenuto a partecipare.
4. La presenza dei Medici di Medicina Generale, sia in qualità di medici curanti, sia come membri dell'Ufficio di coordinamento distrettuale o del Comitato di Azienda, alle riunioni di cui sopra, effettuate in orario di lavoro dal lunedì al venerdì, è considerata, ai fini economici, come un accesso in struttura, viene attestata dal responsabile dell'Organismo convocante e viene liquidato, insieme agli altri accessi secondo quanto previsto dall'art 9 punto 3 del presente regolamento (All. C).

Art 11 Entrata in vigore

Il presente accordo entra in vigore il primo giorno del mese successivo alla deliberazione della Giunta Regionale che lo rende esecutivo

Allegato A

Alla Azienda USL Zona Distretto di _____

Elenco degli Assistiti Ospiti della Struttura e relativi Medici di Medicina Generale.

ASSISTITO					Medico di Medicina Generale		
Cognome	Nome	Data nascita	Codice Fiscale	Autosuff =AS non autosuff.=NS	Cognome	Nome	Codice regionale

*Indicare con AS lo stato di autosufficienza e con NS lo stato di non autosufficienza così come determinato ai sensi della del. 214/91.

Attivazioni

ASSISTITO						Medico di Medicina Generale		
Cognome	Nome	Data nascita	Codice Fiscale	Autosuff =AS non autosuff.=NS	Data di attivazione	Cognome	Nome	Codice regionale

Cessazioni

ASSISTITO						Medico di Medicina Generale		
Cognome	Nome	Data nascita	Codice Fiscale	Autosuff =AS non autosuff.=NS	Data di cessazione	Cognome	Nome	Codice regionale

Allegato B - 1

Alla Azienda USL _____ Z. Distretto di _____

Struttura _____

Codice regionale |_|_|_|_|_|_|_|_| Dott. _____

N° Paz.in carico _____

Numero di presenze ordinariamente da effettuare
a norma della tabella dell'art. 4 comma 2: _____

Eventuale attivazione di programmi speciali (art. 4 commi 3a, 3b e 3c): _____

N° presenze straordinarie da effettuare _____

Presenze del MMG in struttura

Data	Firma del Medico (attestante la presenza in struttura)

Data _____

Firma del Responsabile della Struttura _____

Allegato B – 2 (accessi al singolo ospite)

Alla Azienda USL _____ Z. Distretto di _____

Struttura _____

Codice regionale |_|_|_|_|_|_| Dott. _____

Codice Fiscale Assistito	Cognome e Nome Assistito	Tipologia dell'accesso: O=ordinario S=straordinario	Data

N° totale di accessi da mettere in pagamento: _____ (può essere diverso dal N° di accessi effettuati)

Data_____ Firma del Responsabile della Struttura_____

Firma e timbro MMG

Firma Medico del Distretto

Si deve intendere **ordinario** l'accesso, anche superiore alla cadenza mensile ma comunque ricompreso nella frequenza predefinita di presenze ordinarie deducibile in base al numero di pazienti (art 4 comma 2). **Straordinario** = quell'accesso che scaturisce dal programma individuale (Art 4 comma 3°,3b,3c) ed eccedente le presenze in struttura ordinariamente predefinite. *Gli accessi ordinari e straordinari devono corrispondere a quanto già programmato nel foglio B1.*

Allegato C

Azienda USL _____ Distretto S.S. di _____

Si comunica che alla riunione tenutasi in data _____ per la struttura di _____

Erano presenti i seguenti MMG

Codice Regionale	Cognome e Nome MMG	Presenza in qualità di: membro dell'Ufficio di coordinamento distrettuale (= UCD); membro del Comitato di Azienda (= CA) Medico curante (= MC)

Pertanto in accordo con quanto previsto dall'articolo 10 comma 4 delle direttive per la erogazione della assistenza programmata di medicina generale a soggetti ospiti in residenze protette e nelle collettività ai sopraccitati MMG dovrà essere corrisposta l'indennità pari ad un accesso in struttura.

Data _____ Firma Medico del Distretto _____

Allegato D

Tabella esplicativa accessi/presenze, normali e straordinarie

	Esempio (gli esempi si riferiscono ad assistiti presenti nella stessa struttura)	N° accessi	N° presenze	N° totale di accessi da corrispondere (ciascun accesso €.....)
Esempio 1	MMG con 3 assistiti	3	1 presenza al mese	3 X €.....
Esempio 2	MMG con 6 assistiti	6	2 presenze al mese	6 X €.....
Esempio 3	MMG con 6 assistiti uno dei quali viene messo in piano assistenziale (art. 4 punti 3a, 3b, 3c) che prevede un accesso alla settimana (4 al mese)	8 (due dei quattro accessi sono già garantiti dalla frequenza di presenza ordinaria in struttura, gli altri due accessi sono retribuiti a parte, cioè otto accessi retribuiti a fronte di una presenza in struttura di quattro volte al mese ovvero una volta la settimana)	4	8 X €.....
Esempio 4	Situazione come esempio 3, ma nel medesimo periodo anche per un secondo paziente viene concordata una frequenza settimanale: anche per questo 4 volte al mese	8 (i due accessi eccedenti del primo paziente coprono l'eccedenza anche del secondo)	4	8 X €.....