

-
-
Servizio Sanitario della Puglia

Azienda Sanitaria Locale LE

Sede Legale: Via Miglietta, 5 – LECCE

DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DEL CENTRO POLIFUNZIONALE TERRITORIALE NELLA MEDICINA GENERALE (Art. 4 AIR)

ART. 1 SOGGETTI ASSOCIATI

I sottoscritti:

1) dott. _____, nato a _____ il _____
residente a _____, medico di medicina generale addetto all'Assistenza
Primaria nel Comune di _____ dal _____ con numero distintivo n. _____;

2) dott. _____, nato a _____ il _____
residente a _____, medico di medicina generale addetto all'Assistenza
Primaria nel Comune di _____ dal _____ con numero distintivo n. _____;

3) dott. _____, nato a _____ il _____
residente a _____, medico di medicina generale addetto all'Assistenza
Primaria nel Comune di _____ dal _____ con numero distintivo n. _____;

4) dott. _____, nato a _____ il _____
residente a _____, medico di medicina generale addetto all'Assistenza
Primaria nel Comune di _____ dal _____ con numero distintivo n. _____;

5) dott. _____, nato a _____ il _____
residente a _____, medico di medicina generale addetto all'Assistenza
Primaria nel Comune di _____ dal _____ con numero distintivo n. _____;

6) dott. _____, nato a _____ il _____
residente a _____, medico di medicina generale addetto all'Assistenza
Primaria nel Comune di _____ dal _____ con numero distintivo n. _____;

7) dott. _____, nato a _____ il _____
residente a _____, medico di medicina generale addetto all'Assistenza
Primaria nel Comune di _____ dal _____ con numero distintivo n. _____;

8) dott. _____, nato a _____ il _____
residente a _____, medico di medicina generale addetto all'Assistenza
Primaria nel Comune di _____ dal _____ con numero distintivo n. _____,
già facenti parte della Medicina di Gruppo a far data dal _____ con codice n.
_____, **chiedono di costituire con il presente atto il Centro Polifunzionale Territoriale, ai
sensi e per gli effetti dell'art. 4 dell'Accordo Integrativo Regionale, recepito con DGR n. 2289
del 29/12/2007.**

ART. 2 OBIETTIVI

Nel rispetto di quanto previsto dai commi 4 e 9 dell'art. 54 dell'ACN in vigore sono obiettivi di questo **Centro Polifunzionale Territoriale**:

- facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della ASL;
- garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuale concordemente a livello aziendale;
- coordinare gli orari di apertura degli studi dei singoli medici che fanno parte dell'Associazione, in modo da assicurare nella sede la continuità assistenziale di **12 ore (8-20) giornaliere** distribuite nel mattino e nel pomeriggio per cinque giorni alla settimana, secondo un orario stabilito dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita; nei giorni prefestivi è assicurata l'attività ambulatoriale in quel giorno se ordinariamente prevista fino alle ore 10. Ciascun medico si impegna a svolgere la propria attività nei confronti degli assistiti di tutti i medici componenti dell'Associazione, nei casi in cui per urgenza siano impediti a rivolgersi al proprio medico;
- realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;
- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle équipes territoriali di cui all'art. 26, se costituite;
- perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
- condividere e implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica;
- utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni;
- utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;

- gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;
- utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili.
- utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, predisposto per il collegamento con i centri di prenotazione dell'Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici e prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di attività di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati della forma associativa;

Ai sensi dell'art. 3 dell'Accordo Integrativo Regionale il Centro Polifunzionale Territoriale dispone di :

a) un ambulatorio per le seguenti attività dedicate:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

b) un ambulatorio per le attività infermieristiche per le seguenti attività:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

con le seguenti modalità:
organizzative _____

Il Centro Polifunzionale Territoriale si impegna ad aderire obbligatoriamente a tutti i progetti regionali già approvati o da approvare dal Comitato Permanente Regionale ed a quanto previsto dall'art. 7 dell'AIR per i programmi di attivazione di PDT.

ART. 3 CARATTERI DELL'ASSOCIAZIONE

Si costituisce tra i contraenti una associazione libera e paritaria per lo svolgimento dell'attività di medicina generale di libera scelta in regime convenzionale.

I contraenti innanzi indicati fanno parte solo di questa associazione medica **sperimentale**.

ART. 4 NUMERO DEGLI ASSOCIATI

Il Centro Polifunzionale Territoriale è costituito da n. _____ contraenti.

ART. 5 RAPPRESENTANZA DEL CENTRO POLIFUNZIONALE TERRITORIALE

Il rappresentante del **Centro Polifunzionale Territoriale** cui la ASL LE deve fare riferimento per ogni comunicazione è il dott. _____.

ART. 6
ORARIO DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA AMBULATORIALE

L'assistenza ambulatoriale viene erogata da parte di tutti i medici associati nella sede del **Centro Polifunzionale Territoriale** sita a _____ alla via _____, n. ____, tel n. _____.

La sede della **Centro Polifunzionale Territoriale** dispone di:

- n. _____ sala di attesa;
- n. _____ servizi igienici;
- n. _____ sale visita;
- **n. _____ ambulatorio per le attività dedicate;**
- **n. _____ ambulatorio per le attività infermieristiche.**

L'attività ambulatoriale viene assicurata giornalmente in maniera coordinata tra i medici associati, nei limiti di impegno orario, così come previsti e definiti dal comma 5 art. 36 dell'ACN, per almeno **12 ore (8-20)** nel seguente orario:

1) Dr. _____

lunedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
martedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
mercoledì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
giovedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
venerdì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
sabato dalle ore _____ alle ore _____.

2) Dr. _____

lunedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
martedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
mercoledì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
giovedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
venerdì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
sabato dalle ore _____ alle ore _____.

3) Dr. _____

lunedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
martedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
mercoledì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
giovedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
venerdì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
sabato dalle ore _____ alle ore _____.

I sottoscritti dichiarano, inoltre, di svolgere attività libero professionale occasionale /strutturata o di medico di base nel 2° studio medico.

1) Dr. _____ branca specialistica/2° studio medico
 _____ attività occasionale /strutturata –

Studio sito a _____ Via _____ n. _____

lunedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

martedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

mercoledì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

giovedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

venerdì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

sabato dalle ore _____ alle ore _____.

2) Dr. _____ branca specialistica/2° studio medico
 _____ attività occasionale /strutturata –

- Studio sito a _____ Via _____ n. _____

lunedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

martedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

mercoledì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

giovedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

venerdì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

sabato dalle ore _____ alle ore _____.

3) Dr. _____ branca specialistica/2° studio medico
 _____ attività occasionale /strutturata –

- Studio sito a _____ Via _____ n. _____

lunedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

martedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

mercoledì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

giovedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

venerdì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

sabato dalle ore _____ alle ore _____.

4) Dr. _____ branca specialistica/2° studio medico
 _____ attività occasionale /strutturata –

- Studio sito a _____ Via _____ n. _____

lunedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

martedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

mercoledì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

giovedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

venerdì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

sabato dalle ore _____ alle ore _____.

5) Dr. _____ branca specialistica/2° studio medico ⁷⁾
_____ attività occasionale /strutturata –

Studio medico sito a _____ Via _____ n. _____

lunedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

martedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

mercoledì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

giovedì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

venerdì dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

sabato dalle ore _____ alle ore _____.

ART. 7

MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Ciascun medico, partecipante al **Centro Polifunzionale Territoriale**, si dichiara disponibile a svolgere la propria attività a favore degli assistiti degli altri colleghi, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione personale, pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito, nei limiti previsti da ciascun obiettivo di cui all'art. 2.

ART. 8

TITOLARITA' DELLE SCELTE

Ciascun medico dell'associazione conserva la titolarità delle scelte in carico e percepisce dalla ASL le competenze relative alla scelte di cui è titolare.

Non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno dell'associazione senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta.

La suddivisione delle spese di gestione del **Centro Polifunzionale Territoriale** e dell'attività ad essa connessa viene liberamente concordata tra i componenti dell'associazione.

ART. 9

RESPONSABILITA'

Ogni singolo professionista mantiene la responsabilità civile, penale, deontologica degli atti compiuti nei confronti dei singoli assistiti.

Ogni partecipante viene escluso dall'associazione se l'Ordine Professionale o il Collegio Arbitrale di cui all'art. 30 della convenzione vigente prendono nei suoi confronti provvedimenti disciplinari che ne inibiscano l'attività professionale.

ART. 10

SOSTITUZIONI

All'interno del **Centro Polifunzionale Territoriale** viene/non viene adottato il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento, di formazione, ferie, e per ogni tipo di situazione.

I periodi di ferie sono concordati preventivamente tra i membri dell'associazione in maniera tale da garantire comunque la presenza del 50% dei medici titolari.

ART. 11
VERIFICA RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI

Tra i componenti dell'associazione si è concordato di effettuare verifiche _____ per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi programmati.

ART. 12
PRESTAZIONI INCENTIVANTI

Ciascun medico partecipante all'associazione si dichiara disponibile:

- ad osservare la disciplina riguardante l'esecuzione delle prestazioni incentivanti nell'ambito del **Centro Polifunzionale Territoriale**;
- a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti dell'altro collega che siano in regime di ADI, per vera ed accertata urgenza, nel rispetto degli indirizzi diagnostici e terapeutici del medico titolare della scelta o del medico che ha attivato l'ADI;
- a partecipare alla sperimentazione nel rispetto dei livelli di spesa programmati, budget per patologie, progetti obiettivo e campagne di vaccinazione programmate dalla Regione, ASL o Distretto.

ART. 13
SISTEMA INFORMATICO

Il **Centro Polifunzionale Territoriale** dispone di un sistema informatico elettronico comune ed integrato che consente a ciascun medico dell'associazione l'accesso alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri componenti l'associazione con le caratteristiche tecniche a fianco di ciascun nominativo segnate:

- 1) Dott. _____
_____;
- 2) Dott. _____
_____;
- 3) Dott. _____
_____;
- 4) Dott. _____
_____;
- 5) Dott. _____
_____;
- 6) Dott. _____
_____;
- 7) Dott. _____
_____;
- 8) Dott. _____
_____;

Le citate apparecchiature individuali sono collegate tra di loro con il seguente sistema: _____

_____.

Ciascun medico associato da atto che la banca dati disponibile per la consultazione da parte degli altri associati è costituita per ciascun assistito dei seguenti elementi anagrafici, anamnestici e clinici:

- _____
- _____
- _____

ART. 14

ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE CON ALTRE FIGURE PROFESSIONALI

Al fine di integrare e migliorare la qualità del servizio di medicina generale il **Centro Polifunzionale Territoriale** ha contrattualmente acquisito la disponibilità. delle seguenti ulteriori professionalità specifiche costituite dai seguenti operatori:

- 1) _____,
(Cognome e Nome) (Data di nascita) (Profilo professionale)
- 2) _____,
(Cognome e Nome) (Data di nascita) (Profilo professionale)
- 3) _____,
(Cognome e Nome) (Data di nascita) (Profilo professionale)

I citati operatori, vincolati all'associazione da apposito atto contrattuale/convenzionale, che si allega alla presente quale parte integrante, espletteranno la propria attività per un numero di ore di attività settimanali non inferiore a n. _____ ore ciascuno.

La utilizzazione dei citati operatori esterni sarà disposta volta per volta da ciascuno dei medici associati con la individuazione per ciascun paziente della tipologia e tempi di intervento e l'attività stessa sarà svolta sotto il diretto controllo del medico attivante.

In caso di utilizzazione di figure professionali mediche o infermieristiche per ciascun cittadino sarà redatta apposita scheda ove sarà annotato il programma di intervento ed i singoli interventi realizzati controfirmati dall'assistito. Dette schede saranno esibite a richiesta della ASL.

Le figure innanzi indicate svolgono la propria attività presso la sede del **Centro Polifunzionale Territoriale** per n. _____ ore;

ART. 15

PRESCRIZIONI

Per le prescrizioni farmaceutiche e/o di visite specialistiche esami strumentali e di laboratorio, l'associazione ha predisposto idoneo sistema, tale da evidenziare sulle ricette la forma associativa.

10)

ART. 16
NORMA FINALE

Per quanto non previsto nel presente Accordo si fa riferimento all'ACN dei Medici di Medicina Generale ed all'AIR in vigore.

Data _____

Firme _____
