

**BOZZA**

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE**

**2005**

**Bari 18/1/2005**

## **DICHIARAZIONE PRELIMINARE**

Con l'approvazione del Piano di Riordino Ospedaliero in Puglia si è avviata la fase di riorganizzazione della sanità regionale che prevede:

1. il potenziamento della medicina del territorio attraverso “la organizzazione ed il funzionamento della Rete Distrettuale nella considerazione che, nell’ambito di un programma complessivo finalizzato all’assicurazione di percorsi assistenziali capaci realmente di “produrre salute” in luogo di singole prestazioni, al Distretto è affidata la funzione di divenire momento centrale della Direzionalità Operativa dell’assistenza sanitaria” (PSR);
2. “la riconfigurazione della Rete Ospedaliera, ridisegnata nella sua architettura ed integrata nella funzionalità dai Distretti, di modo che “il sistema” raggiunga un grado di efficacia dell’assistenza, coerente con gli obiettivi di ottimizzazione nell’impiego delle risorse economiche e di progressiva ed uniforme espansione delle garanzie di tutela della salute dei Cittadini” (PSR);
3. “la ristrutturazione della Rete di Ospedali, dandole una connotazione di medio – alta specializzazione al fine di migliorare l’autosufficienza della Puglia nelle capacità erogative di alta specialità, mediante potenziamento e depotenziamento di unità operative ospedaliere, dipartimentalizzazione e cooperazione anche interaziendale, con applicazione del principio di unitarietà del SSR” (PSR).

“Ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di libera scelta, è assegnato, parallelamente, un compito di grande importanza e “fiducia”, non solo perché attraverso la loro professionalità passa l’accertamento ed il compimento degli interventi primari in relazione al “bisogno” di assistenza, ma perché essi concorrano a sviluppare, nel quadro delle risorse economiche assegnate, l’appropriata assistenza farmaceutica, specialistica, ospedaliera e riabilitativa, o quella necessaria, nel caso di cronicizzazione della malattia, divenendo essi “tutori permanenti dello stato di salute” di coloro che li hanno prescelti” (PSR).

Al fine di migliorare il rapporto di fiducia tra medico e cittadino, ridurre le prestazioni inappropriate ed in particolare gli accessi impropri al Pronto soccorso e al ricovero ospedaliero, attraverso una maggiore disponibilità di prestazioni nel settore delle cure primarie, unitamente alla facilitazione della accessibilità dei cittadini al medico di medicina generale e degli altri operatori sanitari, vengono individuate forme aggiuntive di assistenza territoriale.

## **1.00 – Disponibilità telefonica**

Disponibilità telefonica per 8 ore giornaliere, equamente divise tra mattina e pomeriggio, nei giorni feriali, escluso il sabato e prefestivi, comprensive degli orari di studio.

Fermo restando quanto previsto dall'Art. 33 DPR 270/00 e le competenze del Servizio di Emergenza Territoriale (118) e Continuità Assistenziale, si intende per disponibilità telefonica la possibilità per l'assistito di parlare direttamente con il proprio medico per richiedere indicazioni e consigli in merito a problematiche sanitarie senza nulla intendere circa l'eventualità di una successiva visita domiciliare che resta disciplinata dal predetto art.33.

Ai medici che aderiscono a tale attività aggiuntiva è dovuto un compenso di € 5,00 annui per assistito.

Il medico che intende offrire la disponibilità lo rende noto ai propri assistiti affiggendo apposita comunicazione nel suo studio con indicazione degli orari.

## **2.00 - Assistenza Domiciliare**

### **2.01 – ADI**

Il compenso per ciascun accesso nell'ambito delle prestazioni ADI di cui al punto 13.02 della DGR 566/04 è elevato del 25% ed è pari a € 36,10.

Il compenso per l'attivazione e per il coordinamento è elevato del 25% ed è pari a € 96,83.

## **2.02 - ADP**

I compensi e i tetti previsti per le prestazioni ADP di cui al punto 13.01 dell'Accordo Integrativo Regionale vigente, sono elevati del 25%. Di conseguenza il nuovo compenso per ogni accesso domiciliare è stabilito nella misura di € 33.075, mentre il tetto di cui al punto C1 comma 2 dell'art. 45 DPR 270/00 è pari a 35%.

Tutte le prestazioni domiciliari programmate di cui all'allegato G, svolte a domicilio del paziente, escluse quelle svolte nelle RSA, sono inquadrate e disciplinate con le modalità previste dall'allegato G del DPR 270/00 e dalla DGR 566/04.

Riservato

## **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

### **3.00 - Indennità informatica**

Dalla data di pubblicazione del presente accordo ai medici di Continuità Assistenziale che nell'espletamento del servizio assicurano mediante apparecchiature e programmi informatici, la stampa prevalente (non inferiore al 95%) delle prescrizioni redatte a livello ambulatoriale è corrisposta un'indennità forfetaria mensile di € 154,92.

Progetti regionali, sottoscritti con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, potranno prevedere programmi per eventuali collegamenti attraverso la rete tra medici della continuità assistenziale e medici di Assistenza Primaria allo scopo di poter realizzare nuovi modelli di comunicazione e integrazione nell'ambito del sistema delle Cure Primarie.

### **4.00 - Attività a tariffa maggiorata**

Dal 01.02.2005 la tariffa di cui al punto 29.00 della D.G. n° 566 del 20.04.2004 - BURP n° 50 del 27.04.04 - è di € 6,00 per ora di servizio svolto.

### **5.00 - Compensi**

I compensi di cui sopra si intendono aggiuntivi rispetto agli aumenti previsti dal nuovo accordo nazionale.

### **6.00 – Dichiarazioni a verbale**

Il governo regionale si impegna ad attuare, entro la fine dell'anno 2005, il passaggio alle dipendenze a richiesta dei medici addetti alla medicina dei Servizi di cui all'allegato N, così come previsto dall'art. 11 della Legge Regionale n. 14 del 04/8/2004 nelle aree individuate dalla DGR n. 2094 del 29/12/2004.

Entro 6 mesi dalla pubblicazione del presente accordo, il Governo Regionale si impegna a sottoscrivere l'accordo integrativo regionale per i medici addetti al servizio Emergenza 118.

Riservato