

ACCORDO REGIONALE PUGLIA

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 SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI E ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE PERIODO 2001/2005.

PREMESSE

L'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni e le altre Professionalità Sanitarie - periodo 2001/2005, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, prevede essenzialmente:

- * la responsabilizzazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni e delle altre professionalità sanitarie sugli obiettivi aziendali;
- * una funzionale organizzazione del lavoro;
- * il ruolo della formazione continua;
- * l'introduzione, in via sperimentale, delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP).

Sostanzialmente l'attuazione della nuova disciplina, appena citata, è demandata alla capacità delle Regioni di trasformare gli indirizzi in essa richiamati in azioni per il governo della Medicina Convenzionata.

Per l'attuazione del nuovo ACN è richiesta la condivisione di alcuni principi fondamentali:

- * Il processo di regionalizzazione della disciplina del rapporto di lavoro degli Specialisti Ambulatoriali Interni e delle altre Professionalità Sanitarie, coordinando i nuovi principi con gli atti regionali di programmazione socio-sanitaria;
- * l'integrazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni e delle altre Professionalità Sanitarie nel SSN, attraverso l'assunzione diretta di responsabilità sugli obiettivi condivisi;
- * lo sviluppo di una logica di sistema, per mettere insieme medici che operano in ambiti diversi (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni) nelle varie fasi del processo di riorganizzazione del territorio;
- * l'introduzione di una retribuzione di risultato.

Quanto sopra, senza derogare ai principi sull'uniformità dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale e sulle garanzie per i medici ed i professionisti fissate dalla disciplina generale.

ALCUNI ELEMENTI DI CONTESTO

Il Sistema delle cure primarie richiede in particolare una parziale rimodulazione organizzativa che scaturisce, da una parte, dall'accentuarsi delle problematiche inerenti la sostenibilità economica del SSN e, dall'altra, dalla nuova ed accresciuta domanda di cure, a cui bisogna fornire una risposta sanitaria e sociale efficace ed appropriata per il pieno utilizzo delle risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del Sistema. Si rende pertanto necessaria una integrazione tra i professionisti impegnati nella primary care, che concorra soprattutto a garantire servizi più efficienti ai cittadini, che sia in grado di risolvere il problema della frammentarietà delle cure e dell'assistenza, che realizzi l'unitarietà di approccio ai loro bisogni e che produca in definitiva una maggiore qualità del SSN e SSR.

Questo comporta una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale, una riorganizzazione e nuova strutturazione degli ambulatori e/o poliambulatori distrettuali specialistici, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sul territorio, riservando l'assistenza ospedaliera sempre più alle patologie acute, modificando il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale, a favore del territorio: quest'ultimo deve caratterizzarsi come "soggetto attivo" che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie e socioassistenziali dei cittadini. L'assistenza territoriale deve dunque prevedere un maggiore coinvolgimento della Medicina Convenzionata (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni) nel governo dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli all'integrazione con altre figure sanitarie territoriali, quali personale infermieristico ed operatori sociali.

Questi modelli mirano a dare particolare risalto ai collegamenti funzionali tra nodi della rete assistenziale, assicurando una valutazione multidisciplinare dei bisogni, la presa in carico globale e continuativa, l'accompagnamento del paziente nel passaggio da un nodo all'altro della rete, la modularità della risposta assistenziale, il coordinamento a rete delle strutture assistenziali e dei soggetti in essa attivi.

Per conseguire i citati obiettivi sono però necessari:

- * l'integrazione funzionale tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni e Dirigenti medici e sanitari dipendenti dell'Azienda che operano nel campo della specialistica;
- * l'adeguamento strutturale, strumentale e tecnologico dei poliambulatori ed ambulatori distrettuali specialistici, con la presenza di personale sanitario e tecnico;
- * l'implementazione di percorsi clinico assistenziali condivisi dai diversi operatori;
- * lo svolgimento di percorsi formativi multidisciplinari già sperimentati a Bari tra specialisti ed infermieri in concomitanza del Congresso SIFOP del 2005.

L'integrazione di cui sopra è finalizzata a conseguire:

- * un incremento dell'appropriatezza dell'accesso alle prestazioni specialistiche;
- * la garanzia di una risposta ai bisogni sanitari afferenti alle cure primarie definendo con le OO.SS. maggiormente rappresentative i compiti, le funzioni e le relazioni fra le figure convenzionate impegnate;
- * la promozione della salute e la prevenzione;
- * la promozione della salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione ed informazione sanitaria;
- * l'ottimizzazione della diagnostica, della terapia e riabilitazione nelle sedi poliambulatoriali specialistiche;
- * il contenimento delle richieste improprie di ricoveri e di accessi al Pronto Soccorso;
- * le dimissioni protette.

OBIETTIVI STRATEGICI

Per quanto esplicitato sopra, le azioni che si configurano strategiche nell'ambito della Medicina Specialistica sono:

- * l'integrazione nel "Sistema" intesa come accettazione del raccordo organizzativo, tramite il responsabile di area specialistica (ex art. 28 comma 5 lettera c e norma finale n. 5 comma 2 dell'ACN) e/o il responsabile di branca;
- * attesa la complessità dell'attività degli specialisti ambulatoriali e delle altre professionalità sanitarie (prestazioni domiciliari, diverse sedi di lavoro,

- interdisciplinarietà, ecc.) la rilevazione delle presenze sarà effettuata in sede aziendale nel rispetto delle indicazioni di cui al presente Accordo;
- * la consulenza specialistica ambulatoriale per i colleghi delle U.O. ospedaliere delle sedi in cui la specifica specialità non sia presente;
 - * la consulenza (anche sotto forma di consulto) presso le strutture residenziali, il domicilio dei pazienti o lo studio del medico di famiglia e il consulto interdisciplinare su pazienti multiproblematici al fine di abbreviare l'iter diagnostico per una risposta sanitaria e sociale appropriata;
 - * la riorganizzazione strutturale e funzionale dei poliambulatori e ambulatori Distrettuali al fine di un miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito distrettuale;
 - * la disponibilità ad operare nelle UTAP, con modalità da concordare con il responsabile di branca e/o con il responsabile di area specialistica (ex art. 28 comma 5 lett. c);
 - * fornire assistenza organizzata in forma diretta da uno o più specialisti, vicino alla sede dei cittadini con modalità e criteri previsti dagli accordi aziendali;
 - * concorrere all'abbattimento delle liste di attesa attraverso modalità previste nel presente accordo.

Per quanto non espressamente indicato nel presente accordo, in ordine all'attuazione degli obiettivi sopra detti, si rinvia a specifici accordi aziendali che dovranno individuare modalità e criteri sulla base delle specificità territoriali ed assistenziali delle singole aziende.

ELEMENTI CONTENUTISTICI DI RILEVANZA STRATEGICA O INNOVATIVI

Vengono richiamati di seguito i contenuti di rilevanza strategica o innovativi previsti nell'ACN considerati cardine del presente Accordo Regionale.

ISTITUTI GIURIDICI

I rapporti convenzionali a tempo determinato instaurati per lo svolgimento di attività specialistica ambulatoriale o delle altre aree professionali, in corso alla data di pubblicazione del presente Accordo, devono essere conformi a quanto disposto dall'art. 2-nonies della legge 26.5.2004 n.138.

I rapporti convenzionali non conformi, ad eccezione dei medici e psicologi che intrattengono rapporto di convenzione per il servizio di tossicodipendenze dei penitenzieri, cessano; qualora continuino a sussistere le relative necessità assistenziali, le ore di incarico sono assegnate ai sensi dell'art 23 del presente Accordo (norma transitoria n. 4)

FORME DI AGGREGAZIONE

Lo specialista partecipa di diritto, insieme al rappresentante dei Medici di Medicina Generale e al rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta, all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali. Lo specialista è individuato con modalità definite a livello regionale.

La partecipazione degli specialisti nelle articolazioni organizzative del distretto che attuano l'assistenza primaria, al fine di favorire la realizzazione di percorsi integrati sia con l'attività di assistenza primaria che con quella ambulatoriale ospedaliera, nonché la gestione clinica complessiva del paziente fino alla definizione del problema e al rinvio al medico di famiglia o pediatra di libera scelta, è definita con accordi di livello regionale con le organizzazioni sindacali di cui all 'art. 34, comma 12 (art. 28 - comma 6).

MIGLIORAMENTO QUALITATIVO DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI

Nello svolgimento della propria attività lo specialista:

- a) assicura l'assistenza specialistica in favore dei cittadini, utilizza i referti degli accertamenti diagnostici già effettuati, compatibilmente con le condizioni cliniche in atto del soggetto, evitando inutili duplicazioni di prestazioni sanitarie, redige le certificazioni richieste;
 - b) collabora al contenimento della spesa sanitaria secondo i principi dell'appropriatezza prescrittiva, e alle attività di farmacovigilanza pubblica;
 - c) partecipa alle disposizioni aziendali in materia di preospedalizzazione e di dimissioni protette ed alle altre iniziative aziendali in tema di assistenza sanitaria, anche con compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale;
 - d) realizza le attività specialistiche di supporto e di consulenza richieste dall'azienda per i propri fini istituzionali;
 - e) assicura il consulto con il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, previa autorizzazione dell'azienda, nonché il consulto specialistico interdisciplinare,
 - j) partecipa, sulla base di accordi di livello regionale, alle sperimentazioni cliniche;
 - g) lo specialista è tenuto a partecipare alle attività formative programmate dall'azienda.
- (art. 28 - Comma 5) Lo Specialista Ambulatoriale convenzionato adotta le disposizioni aziendali in merito alle modalità di prescrizione ed erogazione delle specialità medicinali riguardanti particolari patologie in analogia a quanto previsto per i medici dipendenti (art. 28 - Comma 12).

L'Accordo aziendale, conformemente alle linee di indirizzo dell'Accordo regionale, individua le prestazioni e le attività individuali o di gruppo per raggiungere specifici obiettivi e le modalità di esecuzione e di remunerazione delle stesse. La partecipazione alla realizzazione di progetti obiettivo, azioni programmate, programmi di preospedalizzazione e di dimissione protetta, o attività incentivanti svolte in équipes con il personale dipendente e convenzionato comporta la verifica periodica, sulla base di intese raggiunte con le organizzazioni sindacali di cui all'art. 34, comma 12 circa il raggiungimento degli specifici obiettivi, individuali o di gruppo, da valutare sulla base di indicatori predefiniti, concordati tra le parti. Il medesimo Accordo definisce gli effetti del raggiungimento o meno degli obiettivi previsti, da parte degli specialisti ambulatoriali e degli altri professionisti incaricati ai sensi del presente Accordo (art. 31 – co. 3 e art. 32 –co.6)

Lo specialista ambulatoriale o il professionista può eseguire prestazioni aggiuntive previste dalla programmazione regionale e/o aziendale, secondo modalità regolate dagli Accordi regionali e/o aziendali, allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi nell'area specialistica. I medesimi Accordi definiscono anche i relativi emolumenti aggiuntivi (art. 31 - comma 4) e sono disciplinati rispettivamente in sede di comitato regionale e/o zonale.

Indicazioni circa il controllo dell'orario.

Premesso che l'attività specialistica e le altre attività normate dal presente accordo sono svolte in più sedi dello stesso distretto, dello stesso comune e di più comuni; considerata la necessità di effettuare prestazioni domiciliari anche in orario di servizio e la sempre crescente richiesta di assistenza al domicilio del paziente, gli specialisti convenzionati ambulatoriali interni e le altre professionalità succitate effettueranno la rilevazione oraria automatizzata dell'orario di servizio solo all'ingresso, nella prima sede di lavoro, sia al mattino che al pomeriggio; gli stessi inoltre apporranno la propria firma all'inizio e alla fine di ogni turno orario antimeridiano e pomeridiano, su apposito foglio presso ogni sede di lavoro. Per l'inosservanza dell'orario di servizio ci si rifà a quanto previsto dall'ACN del 23/03/2005 art. 16 comma 3-4.

A distanza di due anni dalla suindicata regolamentazione si procederà ad una verifica in merito alla validità della metodologia di rilevazione adottata.

Sottoscritto in Bari il 20 marzo 2006