

**Accordo quadro tra Regione Basilicata e Organizzazioni sindacali firmatarie dell'A.C.N. di cui al DPR 270/00, per la rimodulazione dell'istituto della pronta disponibilità telefonica diurna già prevista dall'art. 32 dell'AIR 2003.**

Il piano sanitario nazionale 2003-2005 individua progetti per la strategia del cambiamento definendo, tra gli altri, quello concernente la promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari.

Valorizzare l'assistenza di base riportandola al centro della risposta sanitaria e di governo dei processi sanitari in raccordo con le altre presenze sul territorio.

Premiare le professionalità, la qualità e la quantità di lavoro alla luce dei seguenti obiettivi:

- garanzia di una appropriata erogazione dei servizi
- mantenimento nel territorio di tutte le attività ambulatoriali
- abbattimento delle liste di attesa
- un'efficace continuità assistenziale
- riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri
- attivazione di percorsi assistenziali.

Il territorio va identificato quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini.

In tale ottica, pienamente condivisa dalla Regione Basilicata, dalle O.S. e da tutti gli operatori della sanità, è stata introdotto e disciplinato nel SSR l'istituto della "pronta disponibilità telefonica diurna" quale strumento che unitamente ad altre azioni concorre al conseguimento degli obiettivi strategici regionali correlati alla razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse.

Tale istituto ha avuto carattere sperimentale per una durata di 12 mesi, prorogata fino al 31.12.2004; sulla base delle risultanze delle considerazioni effettuate alla fine della sperimentazione la Regione Basilicata intende prorogare i tratti sperimentali dell'istituto in questione per tutto l'anno 2005 correlandolo in maniera più incisiva alla valutazione economica e ai suoi impatti sulla spesa globale alla luce dei vincoli economici che obbligano le regioni al rispetto del patto di stabilità.

Si ribadisce che l'istituto ha carattere obbligatorio e vincola le aziende nella sua attivazione.

L'istituto concorre al raggiungimento degli obiettivi regionali di:

- **contenimento della spesa farmaceutica convenzionata esterna entro i valori economici registrati nell'anno 2003**; a tal fine le aziende sanitarie per l'anno 2005 dovranno concordare, con ogni MMG che aderisce all'istituto, una percentuale di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata che risulti proporzionale allo scostamento percentuale rispetto al valore medio aziendale riscontrato nell'anno 2004.
- **riduzione della mobilità sanitaria extraregionale**: i MMG che aderiscono all'istituto dovranno attivare tutte le procedure per ridurre il più possibile il ricorso al ricovero presso strutture sanitarie fuori regione dei propri assistiti, soprattutto per quelle prestazioni di medio bassa specialità normalmente erogate dalle strutture ospedaliere ricadenti nel territorio di appartenenza o in altre strutture regionali.
- **razionalizzazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche**: nell'ultimo decennio la problematica dei lunghi tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali da parte degli utenti, ha determinato alcune difficoltà nel garantire percorsi diagnostici terapeutici adeguati per numerose patologie, prevalentemente quelle a carattere

cronico degenerativo, rendendo estremamente gravoso il lavoro dei MMG e dei PIS. Ultimamente, comunque, anche a seguito delle disposizioni derivanti dalle normative nazionali e regionali in materia, si sta registrando un significativo contenimento dei tempi di attesa soprattutto per quelle prestazioni ad alto contenuto tecnologico. Per accelerare ulteriormente questo processo di razionalizzazione dei tempi di attesa, sono stati definiti criteri di priorità di accesso alle prestazioni che tengono conto della gravità clinica del paziente. In tal senso sono stati definiti i cosiddetti "RAO" (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) che consistono nella definizione di liste di attesa differenziate per singola prestazione che tiene conto della gravità clinica e del grado di compromissione della prognosi del paziente. Tali percorsi differenziati vengono definiti e condivisi tra MMG e PIS (acquirenti delle prestazioni per conto dei pazienti) e gli erogatori (ambulatori specialistici ospedalieri e distrettuali) ricadenti in un definito territorio. Le aziende sanitarie dovranno definire, con appositi atti, appositi gruppi di lavoro distinti per ambito distrettuale, composti da MMG e PIS e medici ospedalieri. I gruppi così composti dovranno predisporre, per le prestazioni ambulatoriali a maggior richiesta, raggruppamenti differenziati di attesa e le relative classi di priorità. I risultati dei gruppi di lavoro dovranno essere presentati e discussi in apposite riunioni congiunte tra MMG PIs e medici ospedalieri per la relativa approvazione, le cui risultanze dovranno formare l'oggetto di apposite relazioni

- **riduzione del tasso di ospedalizzazione;** a tal fine i MMG che aderiscono all'istituto dovranno attivare tutte le procedure per garantire il filtro sui ricoveri relativi a quelle patologie a più alto rischio di inappropriata così come individuati dall'allegato 2C del DPCM 29-11-2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza. Per un approfondimento ed analisi dei percorsi assistenziali ospedale-territorio dei pazienti, le aziende sanitarie dovranno costituire, con appositi atti, gruppi di lavoro composti da MMG e PIS e medici ospedalieri e coordinati dalle direzioni sanitarie ospedaliere. I gruppi di lavoro così composti dovranno procedere, attraverso l'analisi della documentazione clinica del paziente ricoverato, alla valutazione del grado di appropriatezza dell'ammissione e delle giornate di degenza su un campione di ricovero, utilizzando metodiche già ampiamente validate a tale scopo. I risultati emersi dovranno essere presentati e discussi in apposite riunioni congiunte tra MMG PIs e medici ospedalieri e le cui risultanze dovranno formare l'oggetto di relazioni o lavori scientifici in materia

Relativamente agli obiettivi su riportati viene demandato alle singole aziende sanitarie, nell'ambito delle relative competenze e nel rispetto dell'autonomia gestionale, la predisposizione delle singole apposite azioni programmatiche da realizzare, sulla base delle criticità emergenti su ciascun territorio aziendale, al fine del conseguimento dei predetti obiettivi generali.

L'istituto è così articolato:

**Art. 1** Il MMG s'impegna a garantire una disponibilità telefonica di dodici ore giornaliere, dalle 8 alle 20, comprensive degli orari di studio, dal lunedì al venerdì, ad esclusione del sabato e dei prefestivi.

**Art. 2** Apertura degli studi obbligatoriamente suddiviso in fasce orarie mattutine e pomeridiane per 5 giorni alla settimana con l'obbligo della chiusura non prima delle ore 19. L'orario va considerato complessivamente, nel caso di attività in più studi.

Si rende opportuno per migliorare ulteriormente l'accessibilità aderire almeno a quattro delle seguenti modalità:

- 1) ricevere su prenotazioni almeno tre giorni alla settimana;
- 2) ricevere 5 giorni in modalità mista: accesso libero e accesso su prenotazione, riservando al secondo almeno la metà dell'orario di apertura;

- 3) utilizzo personale di segreteria;
- 4) uso di sistema numerico d'accesso;
- 5) il ricevimento degli ITS (Informatori Tecnico-Scientifici) al di fuori dell'orario di apertura degli studi.

**Art. 3** Apertura o disponibilità telefonica dalle 8 alle 10 il sabato mattina di uno studio o di un medico se in forma associata o dello studio medico o del medico se in forma singola.

**Art. 4** I medici identificano nell'ambito della loro forma associativa idonee modalità per dare adeguate risposte assistenziali ai propri pazienti per l'erogazione dell'attività integrativa di assistenza relativamente all'apertura dello studio medico o alla disponibilità telefonica il sabato mattina.

**Art. 5** L'adesione dei medici, operanti sia singolarmente che in forme associative, è facoltativa e deve essere comunicata entro 60 giorni dalla data di pubblicazione della presente integrazione al proprio Direttore di Distretto con le indicazioni delle modalità di partecipazione (numeri telefonici – studio medico, cellulare, abitazione, ecc. -) anche per consentire gli opportuni controlli da parte dell'Azienda. Trascorsi i 60 giorni eventuali successive adesioni dovranno essere concordate con il Direttore del Distretto.

**Art. 6** In caso di sostituzione di un medico aderente a questa attività, il sostituto accetterà implicitamente la disponibilità telefonica.

**Art. 7** La disponibilità telefonica deve intendersi erogata in maniera diretta e non attraverso apparecchi di segreteria telefonica.

**Art. 8** Il medico potrà sempre recedere da questa forma di attività integrativa con preavviso di 30 giorni al Direttore del Distretto.

**Art. 9** Ai medici che aderiscono in forma associata o singola alla seguente forma di attività integrativa d'assistenza, viene erogata una quota di €7,75 annue a paziente, con le seguenti modalità a decorrere dal giorno della comunicazione dell'attivazione:

- euro 2,50 per l'avvio dell'istituto nel rispetto di tutti i parametri riportati nel presente articolo, con quote mensilmente in dodicesimi;
- euro 5,25 al raggiungimento degli obiettivi regionali così come attuati e verificati a livello aziendale;

**Art. 10** A livello aziendale devono essere concordate adeguate forme d'informazione all'utenza e di pubblicazione della forma di assistenza aggiuntiva.

I medici che aderiscono al progetto dovranno mettere in atto adeguate procedure di informazione ai propri assistiti, dandone contestuale comunicazione di adesione trasmessa all'Azienda.

- In particolare ogni medico si impegna a diffondere un'informativa presso i propri assistiti consegnandola personalmente a ciascuno.

Detta informativa dovrà contenere tutte le notizie utili per semplificare l'accesso al servizio, in particolare i numeri telefonici utilizzabili e gli orari di apertura degli studi. Ogni azione intrapresa dovrà essere sempre comunicata alla propria Azienda.

Per rendere più efficace la rete dei servizi è necessario che gli altri presidi sanitari quali il distretto, il servizio 118, il pronto soccorso degli ospedali siano dotati dell'elenco dei recapiti telefonici dei medici aderenti alla disponibilità telefonica, al fine di favorire l'integrazione dei MMG nella rete dei servizi.