



REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

Area Gestione Risorse Umane

U.O. Gestione Amm.va del Personale Convenzionato – fax : n. 080/584 2308
Lungomare Starita n°6 – 70123 B A R I

Prot. n. 26074 UOR 2

Bari , 06 MAR. 2015

Oggetto: Comunicazione adozione nuovo modello “Rilevazione Attività Esterna” ex art. 32 ACN vigente – **MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI – Deliberazione n. 315 del 27/02/2015**

AI DIRETTORI

DISTRETTO S.S. 1
DISTRETTO S.S. 2
DISTRETTO S.S. 3
DISTRETTO S.S. 4
DISTRETTO S.S. 5
DISTRETTO UNICO DI BARI CITTA' (ex DD.SS.SS. 6/7/8)
DISTRETTO S.S. 9
DISTRETTO S.S. 10
DISTRETTO S.S. 11
DISTRETTO S.S. 12
DISTRETTO S.S. 13
DISTRETTO S.S. 14

LORO SEDI

AGLI OPERATORI:
DOTT. GABRIELE PIRE'
SIG. VITO MASTROGIACOMO
DOTT. MARIO DE ROSAS
SIG.RA ROSANNA DE VETERIS
SIG. ANTONIO URBANO
SIG.RA ADELE DE PASCALE
SIG. FRANCO DELLORUSSO
SIG.RA VANIA MIRIZZI
SIG.RA MARIAGRAZIA PARATO
SIG.RA MARIANTONIETTA INGELLIS

LORO SEDI

AI DIRETTORI

DIP. DI PREVENZIONE
D.S.M.
DIP. DIPEND. PATOLOGICHE

LORO SEDI

AL DOTT. DEFILIPPIS VINCENZO
U.O. DI RISK MANAGEMENT E QUALITA'
SEDE

AL DIRIGENTE RESPONSABILE
U.O.S.V.D. FRAGILITA' E
COMPLESSITA' ASSISTENZIALE
DOTT.SSA CATERINA PESCE
SEDE

AL DIRIGENTE RESPONSABILE
U.O.S.V.D. CENTRO PER L'EPILESSIA E
L'ELETTROENCEFALOGRAFIA DELL'ETA'
EVOLUTIVA
P.O. FALLACARA TRIGGIANO
DOTT.SSA LORITA LA SELVA
SEDE

AL SINDACATO S.U.M.A.I
SEZIONE PROVINCIALE
VIA NICOLAI, 91
70100 BARI

Con la presente nota che annulla la precedente del 18/11/2014 prot. n.206785, si allega deliberazione n. 315 del 27/02/2015 con la quale è stato adottato su tutto il territorio della ASL BA il Modulo Rilevazione Prestazioni –Attività Esterne ex art. 32 dell'ACN 29/07/2009

Pertanto a partire dalle prossime prestazioni di aprile, dovrà essere utilizzato solo ed esclusivamente il modello allegato alla presente che, predisposto fronte/retro per maggiore comodità, **debitamente compilato in ogni sua parte ed accompagnato dalla copia della ricetta rossa, dovrà essere inviato in originale agli operatori di riferimento.**

Per fugare ogni dubbio, si precisa che il modello nella prima pagina dovrà essere obbligatoriamente compilato in ogni sua parte dal medico di MMG, così come accadeva già in passato, mentre la parte posteriore del foglio, preventivamente firmata e timbrata dal responsabile del distretto o servizio dovrà essere compilata dal medico specialista e successivamente firmata e timbrata da quest'ultimo e dal paziente.

Come già precisato nella nota precedente **in nessun caso si potrà manomettere la ricetta emessa dal medico curante apponendo altri ed ulteriori codici,** pertanto, in tutti i casi in cui gli specialisti ambulatoriali, per una migliore risposta terapeutica, riterranno opportuno effettuare altre prestazioni oltre quelle richieste dal medico curante, dovranno utilizzare il ricettario unico regionale in loro possesso.

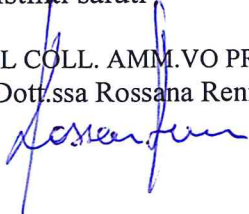
Si precisa che agli operatori addetti all'inserimento delle prestazioni dovranno essere inviati solo ed esclusivamente i modelli debitamente compilati in tutte le loro parti, il Direttore del D.S.S o il Dirigente Responsabile del servizio, dopo aver preventivamente autorizzato la prestazione esterna apponendo il proprio timbro e firma leggibile, dovranno controllare e verificare la corretta compilazione del modello.

Si avvertono, infine, i sigg.ri medici specialisti che il reiterarsi della incompleta compilazione del modello allegato in tutte le sue parti, potrà costituire motivo per l'avvio delle procedure disciplinari ex art. 27 dell'ACN vigente.

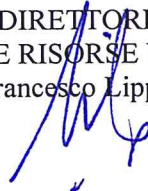
Gli operatori addetti all'inserimento della attività esterna che leggono in copia, sono invitati a rispettare scrupolosamente quanto indicato nella presente comunicazione.

Distinti saluti

IL COLL. AMM.VO PROF.
Dott.ssa Rossana Renna



IL DIRETTORE
AREA GESTIONE RISORSE UMANE ASL BA
(dott. Francesco Lippolis)





AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 0315
Del 27 FEB. 2015

OGGETTO: AREA GESTIONE RISORSE UMANE - U.O. Gestione Amministrativa Personale Convenzionato - Specialistica Ambulatoriale Interna - Adozione su tutto il territorio della ASL BA del MODULO RILEVAZIONE PRESTAZIONI - ATTIVITA' ESTERNA - ex art. 32 dell'ACN 29/07/2009.

Il Commissario Straordinario

con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria e della proposta formulata, dal Dirigente Dott. Francesco Lippolis che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

Premesso che

- l'art. 32 dell'ACN del 29/07/2009 testualmente recita "L'azienda, per propri fini istituzionali o esigenze erogative, può fare svolgere allo specialista ambulatoriale o a professionista, incaricato ai sensi del presente Accordo, attività professionale anche al di fuori della sede di lavoro indicata nella lettera di incarico (attività esterna)";

- l'U.O. G.A.P.C. ha avuto modo di verificare che soprattutto nei Distretti afferenti alle ex AUSL venivano utilizzati modelli di rilevazione dell'attività esterna diversi tra loro;

- in data 07/01/2013 con nota prot. 0000012/RIP la Regione Puglia proprio allo scopo di standardizzare la rilevazione cartacea di questa tipologia di attività ed in previsione dell'inserimento della attività esterna ad opera dei singoli specialisti interessati ha introdotto un nuovo modello;

-in data 18/11/2014 con nota prot. 206785/UOR2 l'U.O. G.A.P.C. ha inviato, dopo aver segnalato al RIP della Regione Puglia le opportune e necessarie modifiche da apportare al modello, copia dello stesso a tutti i D.S.S. ed a tutti i Dipartimenti interessati per procedere con l'utilizzo;

-dopo una prima fase di avvio, allo scopo di rendere il modello più funzionale alle esigenze di tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nella compilazione o sottoscrizione dello stesso (MMG, responsabili dei D.S.S., specialisti ambulatoriali interni, utenti) sono state apportate ulteriori piccole modifiche.

Il Responsabile del Procedimento dott.ssa Rossana Renna

Il Responsabile P.O. Medicina Conv. Generica e Spec. dott.ssa Anna Maria Quaranta

Il Direttore della S.C. Francesco Lippolis

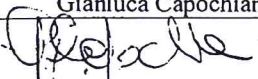
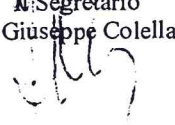
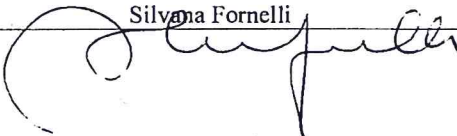
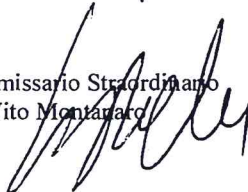
Assunto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Assunto quanto in premessa :

- di adottare, a partire dalle prestazioni di APRILE 2015, l'allegato modello "ATTIVITA' ESTERNA – MODULO RILEVAZIONE PRESTAZIONI", parte integrante del presente provvedimento, che dovrà essere debitamente compilato in ogni sua parte ed accompagnato dalla copia della ricetta rossa ed inviato in originale agli operatori di riferimento.

Il Dirigente della struttura operativa proponente, nel sottoscrivere il presente provvedimento dà atto che lo stesso non comporta ulteriore impegno di spesa poiché si tratta di somme già consolidate.

Parere del Direttore Amministrativo Gianluca Capochiani  Il Segretario Giuseppe Colella 	Parere del Direttore Sanitario Silvana Fornelli  Il Commissario Straordinario Vito Montanaro 
---	--

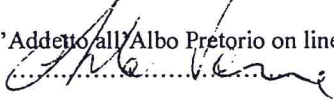
Area Gestione Risorse Finanziarie Esercizio 2015	
La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:	
Conto economico n. _____	per € _____
Conto economico n. _____	per € _____
Conto economico n. _____	per € _____
..... (rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)	
Il Funzionario	Il Dirigente dell' Area
.....

SERVIZIO ALBO PRETORIO

Pubblicazione n. 23

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA in data 4 MAR. 2015

Bari: - 4 MAR. 2015

L'Addetto all'Albo Pretorio on line


Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. del è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.

Regione Puglia – Sistema Informativo Edotto

Servizio: Assistenza Specialistica Ambulatoriale Interna ASL _____

ATTIVITA' ESTERNA (extra-moenia) MODULO RILEVAZIONE PRESTAZIONI

DATI MEDICO

Dott.	Codice regionale (Matricola)
-------	------------------------------

DATI ASSISTITO

Codice fiscale

(dati facoltativi per assistiti presenti in anagrafe sanitaria regionale)

Cognome	Nome	Comune (o stato estero) e data di nascita
Indirizzo residenza		Indirizzo domicilio

Necessità assistenza domiciliare per:	Luogo svolgimento prestazione domiciliare:
<input type="checkbox"/> <i>impossibilità permanente a deambulare (portatore protesi arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare)</i>	<input type="checkbox"/> <i>domicilio del paziente</i>
<input type="checkbox"/> <i>impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni</i>	<input type="checkbox"/> <i>altre strutture pubbliche S.S.N.</i>
<input type="checkbox"/> <i>motivi di età e presenza di gravi patologie (anziani con più di 65 anni)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ospedali pubblici S.S.N.</i>

ELENCO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE RICHIESTE

Codice Prestazione <i>(da compilare in alternativa alla indicazione della Descrizione Prestazione)</i>	Descrizione Prestazione <i>(da compilare in alternativa all' indicazione del Codice Prestazione)</i>	Quantità Prestazioni

DATA _____	TIMBRO O FIRMA MEDICO PROPONENTE _____	CODICE REG.LE MEDICO _____
---------------	---	-------------------------------

segue →

DATI ACCESSO

Erogazione prestazioni	Fuori orario lavorativo		Sede in cui è stata svolta l'attività
	SI	NO	
Data ____/____/____			
Ora ____:____			

Struttura ambulatoriale di riferimento del medico (da indicare ai soli fini dell'attribuzione al centro di costo)

ELENCO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EROGATE

Codice Prestazione <i>(da compilare in alternativa alla indicazione della Descrizione Prestazione)</i>	Descrizione Prestazione <i>(da compilare in alternativa all' indicazione del Codice Prestazione)</i>	Quantità Prestazioni

FIRMA DEL DIRIGENTE CHE
AUTORIZZA LA PRESTAZIONE _____

FIRMA DELLO SPECIALISTA _____

FIRMA ASSISTITO O FAMILIARE _____