

Regione Campania

Assessorato alla sanità

SECONDO ACCORDO REGIONALE

per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi).

NAPOLI 19 aprile 2007

Preambolo	pag. 3
Contesto normativo	pag. 4
Articolo 1 – Ambito di applicazione	pag. 6
Articolo 2 – Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità	pag.6
Articolo 3 – Integrazione della Specialistica Ambulatoriale con le strutture di ricovero	pag. 8
Articolo 4 - Programmi e progetti finalizzati	pag. 8
Articolo 5 - Coordinatore del Territorio e Responsabile di branca: funzioni, compiti compensi	pag. 13
Articolo 6 - Unità Territoriali di Assistenza Primaria	pag. 19
Articolo 7 - Assicurazioni contro i rischi derivanti dagli incarichi	pag. 19
Articolo 8 – Formazione continua	pag. 20
Articolo 9 - Assenze per mandati elettorali	pag. 21
Articolo 10 – Istituto della pronta disponibilità	pag. 22
Articolo 11 – Sedi disagiate	pag. 22
Articolo 12 – Modalità per l’attribuzione di incarichi con richiesta di competenze	pag. 23
Articolo 13 – Elenco delle prestazioni e relativo tempario	pag. 24
Articolo 14 - Trasformazione incarichi – tempo determinato	pag. 26
Articolo 15 - Recupero orario	pag. 27
Articolo 16 - Mobbing	pag. 27
Articolo 17 - Osservatorio regionale	pag. 28
Articolo 18 – Congedo Matrimoniale	pag. 30
Norme Generali, Finali e Transitorie	pag. 30
Allegato 1 – Intramoenia	pag. 34
Allegato 2 – Nomenclatore delle prestazioni territoriali e tempario	pag. 45

PREAMBOLO

In un quadro di cambiamento delle politiche sanitarie nazionali sancito dall'accordo tra Stato e Regioni dell'8 agosto 2001, seguito dalla modifica del Titolo V della Costituzione, che ha introdotto i principi della potestà di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e della potestà regolamentare delle Regioni in materia di sanità, maggior rilievo assumono gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) anche se i riferimenti cardini rimangono gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) sottoscritti tra le OO.SS. e la SISAC in data 9 febbraio 2005 e successivamente approvati dalla Conferenza Stato-Regioni in data 23 marzo 2005.

Inoltre il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003/05, i nuovi scenari ed i fondamenti del SSN, inserisce quali obiettivi strategici, ripresi ed ampliati dall'attuale PSN 2006/08, i tempi di attesa e l'appropriatezza. In particolare il capitolo 2.7 "Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio Sanitari" riporta: "si rende evidente la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostando risorse e servizi che oggi ancora sono assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedale-centrica che oggi non è più sostenibile" ed ancora "obiettivo di questo riordino sono: la garanzia di una appropriata erogazione dei servizi a partire dai LEA; il mantenimento nel territorio di tutte le attività ambulatoriali; un'efficace continuità assistenziale; la fornitura di attività specialistiche; l'abbattimento delle liste d'attesa; la riduzione di ricoveri ospedalieri impropri; l'attivazione dei percorsi assistenziali".

Nello scenario così delineato un ruolo fondamentale, al pari delle altre figure convenzionate e dipendenti, spetta allo Specialista Ambulatoriale, che entra a far parte dell'area dell'assistenza specialistica distrettuale integrandosi con le altre figure inserite nell'ufficio di coordinamento (D.P.R. 229/99 art. 3 quinquies), contribuendo in parte a decidere gli indirizzi e gli obiettivi strategici territoriali.

Lo specialista ambulatoriale e gli altri professionisti svolgono un forte ruolo nel perseguire, con la regione e le aziende sanitarie, gli obiettivi prioritari del vigente PSN, attraverso la diffusione capillare nei distretti, ma anche negli ospedali ed in altri enti, della categoria favorita dalla flessibilità della propria attività, garantita dall'ACN, espletando tutti gli interventi specialistici, diagnostici, terapeutici, preventivi e riabilitativi, e contribuendo a realizzare a favore del cittadino: un'offerta appropriata, qualificata e continuativa di prestazioni specialistiche, eseguibili anche a domicilio; la riduzione dei tempi di attesa in modo da garantire la risposta in tempi che ne assicurino l'utilità; la minimizzazione dei costi indiretti per l'accesso ai servizi.

Il seguente accordo decentrato, muovendosi nel rispetto dei principi sopra enunciati, vuole, quindi, contribuire al processo di razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), evidenziando però le opportunità che i Distretti, gli Ospedali e gli altri Enti potranno avere, potenziando e qualificando l'offerta di prestazioni attraverso il rilancio e il pieno utilizzo dell'attività specialistica ambulatoriale distrettuale, dei medici veterinari e delle altre professioni anche attraverso il nuovo modello assistenziale definito "Day-service/PACC".

Il seguente accordo, inoltre, ribadisce la coesistenza di rapporti da parte degli specialisti, dei veterinari e dei professionisti con più soggetti giuridici che applicano l'ACN, confermando che l'art. 13, comma 3, del vigente Accordo nazionale recita: "il rapporto con il SSN è da intendersi unico a tutti gli effetti, anche se lo specialista ambulatoriale o il professionista svolge la propria attività presso più servizi della stessa azienda o per conto di più aziende".

Contesto Operativo

Il Decreto Legislativo 502/92, come modificato ed integrato dal D.Lvo 517/93 e dal D.Lvo 229/99 e il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ribadiscono il ruolo essenziale del medico specialista ambulatoriale nell'Assistenza Specialistica Distrettuale, quale parte integrante ed essenziale del Sistema Sanitario, per corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera in una logica di integrazione con l'assistenza medica di base e di apporto e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi.

Con il vigente Accordo gli specialisti ambulatoriali, i medici veterinari e le altre professionalità sanitarie ambulatoriali sono parte attiva e qualificante del Servizio sanitario, integrandosi nell'assistenza primaria attraverso il coordinamento con le altre categorie di erogatori ammesse ad operare sul territorio e nel distretto, e presso le strutture ospedaliere ed extraospedaliere secondo quanto previsto dal comma 1 lettera a) e b) dell'art. 3 quinquies del D. L.vo 229/99, per l'espletamento secondo modalità di accesso uniformi, di tutti gli interventi specialistici, diagnostico-terapeutici, preventivi e riabilitativi. Il livello dell'assistenza specialistica territoriale risponde, in ogni branca specialistica, alla domanda dell'utenza in modo tale da partecipare al processo di deospedalizzazione dell'assistenza, contribuendo alla umanizzazione del rapporto assistenziale, al mantenimento del paziente nel proprio luogo di vita e alla eliminazione degli sprechi.

Anche la Regione Campania con il Piano Sanitario Regionale in corso di definizione intende:

1. valorizzare il ruolo e le funzioni del medico specialista ambulatoriale nel quadro di una generale riorganizzazione dell'assistenza primaria con l'obiettivo di sviluppare forme alternative di assistenza ampiamente accessibili, allo scopo di migliorare la qualità dei servizi sanitari erogati;
2. richiedere alle ASL un potenziamento e una qualificazione dell'assistenza territoriale, per garantire un governo alla domanda e una razionalizzazione della spesa.

Il processo di trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale avviato dal Decreto Legislativo 502/92, come modificato ed integrato dal D.L.vo 517/93 e dal D.L.vo 229/993 ha indicato come responsabili diretti della spesa le Regioni, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e i medici convenzionati, cosiddetti prescrittori.

Pertanto con gli Accordi Regionali previsti dal nuovo ACN si cerca di creare le condizioni favorevoli a una crescita organizzativa della medicina specialistica distrettuale verso un modello più adeguato alle mutate esigenze assistenziali nell'assistenza primaria attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta attraverso alcune articolazioni organizzative quali le équipes territoriali e le Utap.

Per ottimizzare l'utilizzo delle risorse da parte del Sistema Sanitario si ritiene opportuno sottolineare la necessità che a livello territoriale la scelta della tipologia contrattuale a cui far riferimento debba essere quella della specialistica ambulatoriale, in quanto tale contratto è stato costruito sulle specifiche esigenze dell'utente territoriale, sia nel campo preventivo che in quello diagnostico, dell'assistenza e della riabilitazione.

La medicina specialistica ambulatoriale è da sempre stata la soluzione organizzativa idonea a soddisfare le esigenze di medicina territoriale, rappresentando un momento di accoglienza e di approdo dell'utente problematico in continuità con il rapporto fiduciario e diretto del medico di medicina generale (medico di famiglia), per cui le AA.SS.LL. nel caso ritengano necessario procedere all'assegnazione dei turni disponibili di specialistica ambulatoriale, di medicina veterinaria o delle altre professionalità dovranno conferire gli incarichi attraverso la pubblicazione degli stessi attraverso quanto previsto dal vigente ACN e le modifiche previste da questo Accordo Integrativo.

Con tale visione sarà possibile:

1. Promuovere l'uso razionale dei farmaci in accordo con la legislazione vigente e secondo linee-guida di buona pratica clinica (Good Clinical Practices).
2. Individuare ed eliminare le cause di ricorso "inappropriato" alla diagnostica strumentale e di laboratorio, anche attraverso il blocco di iniziative tendenti a stimolare bisogni fittizi negli utenti in conseguenza della remunerazione a prestazione in vigore con la nuova legislazione. Anche in questo caso saranno sviluppate ed adottate linee-guida regionali formulate con la partecipazione attiva delle componenti specialistiche interessate.
3. Elaborare linee-guida per razionalizzare l'accesso alle strutture di riabilitazione.
4. Predisporre iniziative atte a ridurre il tasso di ospedalizzazione e valutare la convenienza di un trattamento al di fuori delle tradizionali strutture di ricovero.
5. Organizzare le strutture in termini di strumentazione e di personale per l'applicazione delle linee guida finalizzandole allo studio della patologia e non alla singola branca come previsto nel modello day-service.
6. Valutare con particolare attenzione l'opportunità di incentivare lo spostamento delle attività di primo intervento presso i Distretti con la presenza contemporaneo dei medici specialisti ambulatoriali, degli altri professionisti e dei medici di medicina generale al fine di limitare l'accesso alle strutture di secondo livello ai casi di effettiva necessità.
7. Riconoscere la funzione docente del medico specialista ambulatoriale, del medico veterinario e dei professionisti nell'ambito della formazione permanente, della formazione professionale infermieristica, dell'educazione sanitaria nelle scuole, dell'insegnamento di base pre e post-laurea, dell'aggiornamento ed audit e quanto altro verrà previsto in futuro.
8. Prevedere lo sviluppo della sperimentazione e della ricerca clinico epidemiologica all'interno delle attività specialistiche.
9. Favorire una maggiore integrazione nell'ambito dell'assistenza primaria tra specialistica ambulatoriale, le altre professioni, la medicina generale e la pediatria di libera scelta attraverso l'istituzione di Equipos Territoriali e le Utap.
10. Promuovere da parte delle Aziende le azioni che comprendano la messa in rete del sistema informatico della ASL al proprio interno e con gli studi dei Medici di Medicina Generale sul territorio attraverso l'informatizzazione degli Ambulatori specialistici.

Art. 1 - AMBITO DI APPLICAZIONE (INCARICHI DIRIGENZIALI)

1. Gli Specialisti Ambulatoriali a tempo indeterminato sono utilizzati nell'ambito aziendale anche per i compiti, le funzioni e le responsabilità previsti per il personale medico dalla L.R. 32/94, e successive modifiche, e dalla programmazione regionale e aziendale. Ai sanitari le Aziende possono attribuire incarichi "professional", di struttura semplice o complessa (ai sensi del D.P.C.M. 23 marzo 2000, N. 184) e di coordinamento. Lo specialista con incarichi di coordinamento o dirigenziali non può essere nominato responsabile di branca.
I requisiti e i criteri richiesti per l'accesso ad incarichi di responsabilità sono equiparati a quelli del personale dipendente.
Anche nella verifica dei risultati attesi, si seguiranno le stesse modalità previste dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) della dirigenza medica.
Per quanto riguarda il calcolo dell'anzianità di servizio, di almeno 5 anni, si fa riferimento al D.P.C.M. 8 marzo 2001.
2. Si precisa che i sanitari convenzionati che non abbiano un monte-orario a tempo pieno nell'Azienda di assegnazione dell'incarico (38h settimanali), al momento dell'affidamento dello stesso, nel caso di affidamento di struttura semplice e/o complessa, devono essere portati a 38 ore. Nel caso che lo specialista abbia delle ore presso altre Aziende i relativi incarichi vengono sospesi e le ore momentaneamente resesi disponibili, sono assegnate a tempo determinato.
3. Le parti concordano che gli incarichi di cui sopra debbano essere remunerati per la posizione ed il risultato secondo trattativa aziendale, utilizzando per il risultato i fondi costituiti secondo le modalità dell'art. 4 (progetti finalizzati) del presente accordo.
4. Per quanto riguarda le altre Professioni l'attribuzione degli incarichi avviene in conformità a quanto previsto dal CCNL dell'area della dirigenza sanitaria professionale tecnica del SSN.

Art. 2 - FLESSIBILITA OPERATIVA, RIORGANIZZAZIONE DEGLI ORARI E MOBILITA'.

1. Costituisce flessibilità operativa in ambito aziendale:
 - a) Modificazione dei turni orari di attività nell'ambito dello stesso presidio.
 - b) Concentrazione dell'orario di attività presso uno stesso presidio.
 - c) Mobilità tra presidi collocati nello stesso comune.
 - d) Mobilità tra presidi collocati in comuni diversi.
2. E' previsto il parere obbligatorio del comitato ex art. 24 qualora non sussista il consenso dello specialista o del professionista interessato.
3. La flessibilità viene attivata quando si manifesta la necessità di soddisfare una esuberante richiesta di prestazioni nella sede di destinazione e una contemporanea

persistente contrazione dell'attività, documentata attraverso le richieste di prenotazioni e le statistiche rilevate, con i criteri contrattuali, nell'arco di sei mesi, nella sede di provenienza.

4. L'individuazione dello specialista, del veterinario o del professionista da porre in mobilità nell'ambito dell'intera Azienda, avviene indipendentemente dall'U.O. in cui lo stesso presti la sua attività secondo i seguenti criteri:
 - a) precedenza al più anziano di servizio nel caso di richiesta dell'interessato;
 - b) precedenza al più giovane di servizio in caso di decisione aziendale.
5. Costituisce flessibilità organizzativa in ambito interaziendale:
 - concentrazione di attività tra aziende della stessa regione
 - a) concentrazione presso una sola azienda
 - b) provvedimento adottato dall'azienda per la copertura del turno comunicato al comitato ex art. 24
 - mobilità tra aziende della stessa regione
 - c) la mobilità può essere disposta per una parte o per l'intero orario di servizio su diversi presidi
 - d) i presidi devono essere allocati in un'altra azienda della stessa regione.
6. Nei casi di flessibilità di cui al comma precedente si adottano le seguenti procedure e criteri:
 - a) Intesa fra le aziende.
 - b) Parere obbligatorio del comitato ex art. 24 qualora non sussista il consenso dello specialista interessato.
7. La mobilità può avvenire a richiesta dello specialista, del veterinario o del professionista a mezzo istanza da inoltrare al comitato ex art. 24 entro il giorno 15 del mese di febbraio e va rinnovata ogni anno. Le domande possono essere presentate per raccomandata o protocollate a mano. Il comitato prima di procedere alla pubblicazione dei turni attuerà la mobilità dello specialista nel rispetto dei criteri di anzianità e secondo le priorità previste dall'art. 23 comma 1. La domanda può contenere l'indicazione di un unico Distretto o Presidio ospedaliero.
8. La mobilità del medico o del professionista può essere attuata anche attraverso l'istituto del comando temporaneo presso aziende ed enti che abbiano dato il loro assenso. Il comando è disposto con apposito provvedimento del Direttore Generale dell'azienda, accogliendo la domanda dello specialista o del professionista.
9. Salvo diverso accordo aziendale tra le parti, il provvedimento di mobilità di un dirigente medico o sanitario in una sede territoriale dove già operano specialisti o professionisti convenzionati ai sensi del presente accordo e che provochi conseguentemente un oggettivo esubero degli stessi, deve essere preventivamente concordato con le OO.SS. maggiormente rappresentative degli specialisti o professionisti convenzionati ai sensi del presente accordo, pena la sua nullità. L'attività specialistica degli ambulatori territoriali deve essere di pertinenza esclusiva degli specialisti e dei professionisti di cui all'ACN del 23 marzo 2005.

10. Lo specialista che svolge la propria attività in settori dove operano altri professionisti, siano essi convenzionati o dipendenti, pur conformandosi all'organizzazione Aziendale, mantiene la propria autonomia professionale nell'espletamento delle proprie attività, firma il referto ed è l'unico abilitato all'approccio con l'utente in campo preventivo, diagnostico e terapeutico oltre che parte integrante delle équipes territoriali.

Art. 3 - INTEGRAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CON LE STRUTTURE DI RICOVERO

Ai fini dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e strumentali presenti in tutte le strutture delle AA.SS.LL e della razionalizzazione degli acquisti che evitino inutili e costose duplicazioni, nell'ambito del concetto di strutture a rete integrata tra presidi ospedalieri e distrettuali in linea con quanto previsto dalle DGRC 3264/01, 3513/01, 4061/01, 170/07, 460/07, 546/07 e successive modifiche, si estende, a richiesta, agli specialisti la possibilità di utilizzare la strumentazione esistente nei presidi ospedalieri della ASL, ampliandone l'utilizzo della stessa (12 ore/die, 6 giorni/settimana) attraverso la definizione dei percorsi di impiego dei presidi ospedalieri delle AA.SS.LL. o delle strutture accreditate del S.S.N. per dare attuazione alla "continuità terapeutica" di cui all'art. 15 comma 1 lettera e dell'ACN), oltrech  favorire il nuovo modello assistenziale definito come Day-service/PACC.

La eventuale impossibilit  ad autorizzare la richiesta di cui sopra deve essere motivata dal Direttore Sanitario del Presidio ai sindacati maggiormente rappresentativi di cui all'art. 34 dell'ACN.

Art. 4 - PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI

Sono considerati obiettivi aziendali cui corrispondere, in caso di raggiungimento degli stessi, quote di remunerazione aggiuntiva, fatto salvo quanto previsto dall'art. 31 comma 5 del nuovo ACN, i seguenti programmi e progetti finalizzati:

1. riduzione delle liste di attesa;
2. rispetto dei livelli di spesa programmati, in particolare sulla farmaceutica, ma anche sulla diagnostica e la protesica, e dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni secondo quanto previsto dai LEA e dalle disposizioni attuative regionali;
3. razionalizzazione dei livelli di spesa.

1. RIDUZIONE LISTE DI ATTESA.

E' noto che tra gli obiettivi nazionali e regionali preminente risulta essere la riduzione delle liste di attesa cos  come previsto dal DGRC n. 170/07. Per alcune branche specialistiche (ortopedia, cardiologia, oculistica ecc.) i tempi di attesa risultano essere eccessivi per cui   necessario individuare soluzioni organizzative che consentano un efficace utilizzo delle risorse disponibili. Bisogna inoltre tenere conto che nonostante le liste di attesa gli

Specialisti non raggiungono le prestazioni attese a fine turno poiché molti pazienti non si presentano per eseguire le prestazioni prenotate senza peraltro comunicare la rinuncia, ricorrendo spesso a strutture provvisoriamente accreditate, ospedaliere o private. Si ritiene quindi di individuare una serie di possibilità di intervento:

- 1.1 forme di remunerazione legate al risultato;
- 1.2 ricorso all'istituto dell'intra-moenia;
- 1.3 pubblicazione di ore.

1.1 Remunerazione legate al risultato.

1.1.1 Riduzione liste di attesa – overbooking –

Si adotta un criterio di prenotazione che, tenuto conto della media di assenza di pazienti, preveda il reintegro delle prestazioni con un congruo numero di appuntamenti in soprannumero (overbooking) rispetto a quelli concordati con i responsabili di branca, secondo lo schema di una visita in soprannumero ogni 2 ore di attività, intendendo un utente a cui si debbano erogare una pluralità di prestazioni relative alla branca, fino ad un massimo di 4 visite. Per un reale abbattimento delle liste di attesa quelle in soprannumero dovranno essere prime visite. Fanno eccezione le prestazioni che recano sulla ricetta regionale la casella "B" barrata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. Qualora le prestazioni superino quelle di norma previste, per il presentarsi di tutti gli utenti regolarmente prenotati e di quelli prenotati in soprannumero, allo Specialista viene corrisposta un'ora di compenso per ogni visita che superi le prestazioni previste sia se effettuate durante che fuori orario di servizio. Sarà cura delle Aziende, secondo la propria organizzazione di accoglienza, permettere l'accesso del cittadino al meccanismo dell'overbooking evitando le rigidità nei meccanismi di prenotazione che potrebbero rendere inapplicabile l'abbattimento delle liste di attesa.

1.1.2 Sperimentazione ed attivazione secondo quanto previsto nel "Nomenclatore delle prestazioni Territoriali degli Specialisti Ambulatoriali" (allegato 2) e successiva raccolta dati informatizzata con relativi reports di attività - "Progetto Alloro" - così come già proposto dalla ASL Napoli 1 (art. 13).

1.1.3 Presa in carico del cittadino – Day-service/PACC.

Premesso che lo Specialista, insieme alle altre professionalità, è parte integrante del nuovo modello organizzativo "Day-service/PACC", definito con DGRC n. 546/07, a coloro che aderiscono al presente progetto, e che si impegnino inoltre, per il concetto di appropriatezza, ad attivare la presa in carico del cittadino con problemi di salute individuando percorsi diagnostico-terapeutici, che dovranno privilegiare l'utilizzo delle strutture aziendali fino al completamento dell'iter con invio finale dell'utente al proprio medico curante, spetta un incremento dell'ammontare annuo del compenso orario secondo quanto previsto dai successivi commi 4 e 5. L'adesione dello Specialista, che è facoltativa, viene comunicata per iscritto alla Direzione Generale o struttura delegata ed al Direttore Responsabile del Distretto ed ha effetto dal primo del mese successivo a quello di adesione che deve essere regolarmente protocollata. L'eventuale successiva rinuncia, protocollata, ha effetto almeno 30 giorni dopo e comunque non deve danneggiare gli utenti già prenotati. Ogni 90 giorni, il Direttore Responsabile del Distretto, insieme al Coordinatore del territorio, coadiuvati dal rappresentante degli Specialisti ambulatoriali presente nel competente Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, verificano le prestazioni svolte da ogni Specialista durante il normale orario di incarico, l'orario effettuato e i risultati raggiunti che inviano in Direzione Generale o struttura delegata,

come previsto dal successivo comma 6, per la verifica dei risultati e per la quantificazione dei compensi.

1.2 Intramoenia (Allegato 1)

Gli Specialisti ambulatoriali, che trattengono un rapporto anche parziale con un'Azienda, possono partecipare, secondo quanto previsto dall'art. 52 dell'ACN, sottoscritto il 23 marzo 2005, in presenza della disponibilità di strutture, attrezzature e personale, ad attività di intramoenia secondo il regolamento allegato (Allegato 1). Gli Specialisti in branche chirurgiche possono svolgere attività intramoenia, anche in regime di ricovero, presso una unità operativa ospedaliera, acquisito il parere favorevole del responsabile. Gli Specialisti che svolgono attività libero-professionale all'interno di una Azienda non possono svolgere uguale attività con altre Aziende con cui pure intrattengono rapporto di lavoro.

1.3 Pubblicazione di ore

Se nonostante l'utilizzo degli strumenti sopra indicati in uno o più distretti, in una determinata branca, permangano tempi di attesa più lunghi della media aziendale o sia necessario acquisire ulteriori competenze e professionalità, l'azienda, sentito il Coordinatore del territorio, attiverà le specifiche norme previste dal vigente ACN e dall'AIR.

2. RISPETTO DEI LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATA

2.1. In questi ultimi anni il costo dell'assistenza farmaceutica nella regione Campania ha subito un trend al ribasso per la maggiore appropriatezza delle prescrizioni da parte dei soggetti deputati, in particolar modo dei medici di medicina generale. Ciò nonostante il governo della spesa farmaceutica rimane uno dei fattori irrinunciabili per la riqualificazione delle spese aziendali ottimizzando le risorse e garantendo i livelli essenziali di assistenza. Le Aziende, quindi, alla luce delle numerose delibere regionali, si stanno organizzando per estendere l'erogazione diretta dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti che effettuano prestazioni presso i presidi a gestione diretta (poliambulatori ed ospedali), limitandolo in particolare al primo ciclo di terapia ai pazienti in visita specialistica ambulatoriale. Per i motivi su richiamati si articola un progetto che preveda:

- a) coinvolgimento di tutti i soggetti prescrittori in tutte le aree ed unità operative al fine di favorire la formulazione di percorsi prescrittivi interni per patologie in ambito di appropriatezza (linee guida);
- b) adozione di un modulario interno unico per la prescrizione dei farmaci attraverso la farmacia distrettuale;
- c) illustrazione del percorso erogativo all'utente da parte dello Specialista;
- d) impegno a ricorrere al canale interno in tutti i casi possibili.

Le farmacie distrettuali si impegnano a loro volta a fornire in tempo reale l'elenco delle molecole e/o i prodotti farmaceutici, ed i relativi dosaggi, agli Specialisti. La scelta delle molecole sarà fatta dai responsabili di branca. Ove mai la farmacia non fosse in possesso della molecola richiesta, lo specialista prescriverà su ricettario regionale. Lo Specialista dovrà riportare anche in caso di prescrizione su ricettario interno eventuali note CUF o, dove richiesto, il registro USL. È inteso che per l'appropriatezza prescrittiva lo Specialista

utilizzerà il ricettario interno aziendale, ove possibile, per facilitare sempre e comunque il paziente nei percorsi interni alle strutture aziendali. Nel caso sia necessario prescrivere più farmaci, sia di fascia A che di fascia A e C, alcuni in uso alla farmacia distrettuale ed altri non previsti, lo Specialista consegnerà all'utente sia la ricetta interna, inviandolo alla farmacia distrettuale, che la ricetta regionale e/o la ricetta bianca così come previsto dal D.G.R.C. n. 1018/01 con cui l'utente potrà recarsi, evitando il passaggio dal Medico di Medicina Generale, direttamente presso la farmacia privata.

Ritenendo la riqualificazione della spesa farmaceutica priorità assoluta per le Aziende si concorda che il progetto richieda l'adesione del maggior numero possibile di Specialisti che operano nei poliambulatori, consultori e ospedali aziendali. A costoro in caso di raggiungimento dell'obiettivo prefissato verrà riconosciuta una retribuzione di risultato in percentuale all'effettivo risparmio aziendale venuto a determinarsi prevedendo nel computo anche i costi organizzativi. In attesa di predisporre gli strumenti affinché la spesa farmaceutica venga differenziata all'interno dei singoli Distretti per l'anno in corso l'indicatore di riferimento sarà il valore della spesa indifferenziata e l'utilizzo delle molecole presenti nelle farmacie distrettuali. La verifica del trend di spesa farmaceutica sarà effettuata, e remunerata, ogni sei mesi dalla Direzione Generale o struttura delegata, di cui al successivo comma 6, per consentire il calcolo dell'indennità di risultato da erogare agli Specialisti.

2.2. Come per la farmaceutica è possibile ipotizzare progetti finalizzati al contenimento della spesa per la riabilitazione e per la protesica. Tali progetti, essendo orientati verso alcune branche, debbono prevedere una preventiva valutazione del numero di specialisti prescrittori presenti sul territorio regionale ed uniforme distribuzione delle ore impiegate nella funzione di ottimizzazione e controllo della spesa sanitaria oltre che l'attivazione dei percorsi terapeutici (per la appropriatezza delle prestazioni riabilitative ex art. 26 e 44, L. 833/78 nonché per la prescrizione di ausili e protesi) finalizzati al controllo ed al monitoraggio della spesa sanitaria, secondo quanto stabilito dalle linee guida della Regione Campania, DGRC n. 482/04, attraverso l'attivazione delle Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UVBR) in tutte le ASL, al fine di giungere ad una corretta individuazione del percorso del paziente (evitare i ricoveri incongrui in intensiva al costo del 40% superiore rispetto all'estensiva) e ad una contemporanea riduzione del carico delle commissioni finalizzate alla valutazione dell'handicap come previsto dalla legge 104/92 .

3 RAZIONALIZZAZIONE DEI LIVELLI DI SPESA

In questo punto rientrano tutte le progettualità regionali ed aziendali che interessano gli specialisti, i medici veterinari e professionisti che operano in equipe con personale dipendente nelle UU.OO., sia semplici che complesse , e nei Dipartimenti, sia territoriali che ospedalieri.

In questo progetto sono comprese anche tutte le attività di prevenzione svolte singolarmente oltre che la partecipazione alle fasi organizzative e di supporto necessarie per il raggiungimento del risultato. Tali attività saranno individuate e concordate con le OO.SS. rappresentative e riguarderanno sia gli specialisti ambulatoriali, che i medici veterinari e le altre professionalità.

4 ACCORDI AZIENDALI

Le Aziende e gli Enti dove operano gli specialisti, i medici veterinari o i professionisti si impegnano a definire e ad implementare, entro e non oltre sessanta giorni dall'entrata in

vigore del presente Accordo, di intesa con le OO.SS. rappresentative secondo l'art. 34 del vigente ACN, i progetti di cui ai precedenti punti.

5 COMPOSIZIONE DEL FONDO

5.1. Il fondo per i programmi e progetti finalizzati è costituito:

- a) dal 20% della somma annua dei compensi di cui all'art. 42 lettera A del nuovo ACN così come previsto dall'art. 31 dello stesso Accordo, integrando, come atteso dal comma 3 lettera B dell'art. 42, il tetto previsto dal DPR 271/00;
- b) dalle quote orarie ex comma 1 e 2 dell'art. 42 lettera B dell'ACN.

Tale somma aumenterà in relazione all'effettiva diminuzione di spesa che tali progettualità indurranno, mantenendo invariato o migliorando il livello di assistenza dell'utente.

5.2. I Fondi derivanti dall'attivazione dei commi 1.2 e 1.3 (Intramoenia – Pubblicazione di ore) vanno stanziati a parte secondo le necessità aziendali.

5.3. Il fondo relativo alle altre professioni sanitarie va costituito a parte e gestito nell'ambito delle relative componenti, fermo restando la partecipazione ai precedenti progetti aziendali.

5.4. Il fondo è costituito:

- a) dal 20% della somma annua dei compensi di cui all'art. 43 lettera A del nuovo ACN così come previsto dall'art. 31 dello stesso Accordo, integrando, come atteso dal comma 3 lettera B dell'art. 43, i tetti previsti dal DPR 446/01;
- b) dalle quote orarie ex comma 1 e 2 dell'art. 43 lettera B dell'ACN.

Tale somma aumenterà in relazione all'effettiva diminuzione di spesa che tali progettualità indurranno, mantenendo invariato o migliorando il livello di assistenza dell'utente.

5.5. Gli incentivi economici corrisposti al singolo Specialista Ambulatoriale Interno a tempo indeterminato per l'adesione alla partecipazione alle attività di cui sopra, secondo quanto previsto dall'art. 42 quota B, attualmente definite quote di ponderazione, a partire dal 1 gennaio 2006, risultano essere di € 2,950. Gli incentivi per lo Specialista a tempo determinato risultano essere, dalla stessa data, di € 1,370.

5.6. Gli incentivi economici corrisposti al singolo Professionista, sia a tempo determinato che indeterminato, per l'adesione alla partecipazione alle attività di cui sopra, secondo quanto previsto dall'art. 43 quota B, attualmente definite quote di ponderazione, a partire dal 1 gennaio 2006 risultano essere di € 1,750.

5.7. Alla verifica dei progetti è previsto un compenso forfetario pari a € 1,925 per ora di incarico, quale differenza tra la quota di ponderazione e quanto previsto dal comma 1 della lettera B dell' art. 42, per gli specialisti, e di € 1,92, quale differenza tra la quota di ponderazione e quanto previsto dal comma 1 della lettera B dell'art. 43, per le altre professioni. Tale compenso per il 70% verrà erogato mensilmente, sia per gli specialisti che per le altre professioni, il restante 30% previa verifica dei risultati.

5.8. Per le attività relative al processo di informatizzazione è previsto un compenso forfetario pari a 2 € per ora di incarico, da ricondurre alla lettera a) del comma 5.1 del

presente articolo. Tale compenso verrà erogato semestralmente, sia per gli specialisti che per le altre professioni, previa verifica dei risultati attesi.

5.9 Il fondo relativo ai medici veterinari va costituito a parte e gestito nell'ambito delle relative componenti, fermo restando la partecipazione ai progetti aziendali.

5.10 L'attività svolta dagli specialisti ambulatoriali nell'ambito di progetti e di programmi finalizzati in coordinamento con il personale dipendente è disciplinata all'interno dei progetti e programmi stessi ed è valutata agli effetti economici in proporzione all'apporto dato dallo specialista convenzionato che vi partecipa per il raggiungimento dei risultati.

5.11. Le Aziende entro il 31 gennaio di ogni anno dovranno provvedere a quantizzare e deliberare il fondo secondo quanto previsto dai precedenti commi in base al monte ore attivato per gli specialisti, i veterinari e gli altri professionisti al 31 dicembre dell'anno precedente e ad inviarne comunicazione ai competenti uffici regionali che provvederanno alla sua verifica.

5.12 Il fondo non utilizzato nell'anno in corso andrà ad integrare il fondo dell'anno successivo.

6 ORGANISMO CENTRALE AZIENDALE

Ogni Azienda costituisce un organismo di lavoro centrale che ha compiti di costituzione e gestione del fondo previsto dal presente accordo, di individuazione dei progetti finalizzati in linea con gli obiettivi del presente Accordo, oltre che di verifica e controllo dei risultati raggiunti. Tale organismo dovrà prevedere modalità e forme di compenso per gli specialisti e le altre professioni partecipanti alle attività incentivanti. I componenti di tale organismo sono nominati con provvedimento formale dal Direttore Generale in numero di sei e pariteticamente distribuiti tra parte aziendale e specialistica, ed è presieduto dallo specialista più anziano. La componente specialistica deve essere individuata tra coloro che operano nell'Azienda, con incarico settimanale non inferiore alle 38 ore, e concorda con il Direttore Generale la nomina così condivisa dei componenti aziendali. A tale organismo collaborano, per i compiti a loro affidati, anche i Coordinatori del territorio. Il gruppo di lavoro così formato lavora in staff con il Direttore Generale, fungendo da garante per le attività delegate.

L'organismo centrale viene integrato, quando vengono trattati i progetti che riguardano le altre professionalità, da uno o più componenti individuati, tra coloro che operano nell'Azienda per le specifiche professionalità, con provvedimento formale da parte del Direttore Generale.

Art. 5 - COORDINATORE DEL TERRITORIO E RESPONSABILE DI BRANCA: FUNZIONI, COMPITI, COMPENSI

1. INDIVIDUAZIONE

1.1. L'ambito di riferimento per l'individuazione del Coordinatore del territorio è variabile in relazione alla situazione organizzativa complessiva della Azienda.

1.2. Il Coordinatore del territorio viene nominato dal Direttore Generale tra gli Specialisti Ambulatoriali Interni operanti nell'Azienda; il Coordinatore del territorio dovrà, per il periodo di durata dell'incarico, sospendere gli altri incarichi già ricoperti, ad esclusione di quanto previsto dall'art. 4 comma 6.

La selezione avverrà previa presentazione da parte degli Specialisti interessati del curriculum vitae attestante le competenze di cui al successivo comma 1.3 entro il 31 del mese successivo alla data di approvazione del presente Accordo.

La nomina avverrà in modo perentorio entro i successivi 60 giorni, dopo attenta valutazione dei curriculum vitae presentati.

1.3. Le competenze specifiche per ricoprire la responsabilità devono prevedere incarico a tempo pieno all'atto dell'incarico nell'azienda interessata, almeno dieci anni di anzianità di servizio, secondo quanto previsto dal DPCM 8 marzo 2001, in una stessa branca, e comprovata competenza organizzativa.

1.4. Le funzioni, i compiti ed i compensi spettanti al Coordinatore del territorio decorrono dalla data di svolgimento delle funzioni e/o dalla notifica del provvedimento allo specialista interessato.

1.5. L'incarico ha durata quadriennale ed è tacitamente rinnovato.

1.6. Lo specialista può dare le dimissioni dall'incarico di Coordinatore in qualsiasi momento, con un preavviso di 30 giorni, mediante lettera raccomandata diretta al Direttore Generale.

1.7. Tale incarico fiduciario potrà essere revocato in qualunque momento con atto scritto e motivato dal Direttore Generale. Dopo due anni d'incarico almeno la metà più uno degli specialisti aventi titolo può avanzare richiesta scritta e motivata al Direttore Generale per provvedere all'individuazione di un nuovo responsabile. In ambedue i casi lo specialista invia delle controdeduzioni che possano chiarire l'eventuale scostamento dai compiti e obiettivi di cui al comma 2.

1.8. Nella scelta del numero di incarichi da attivare, vale la complessità organizzativa e la popolazione del territorio di riferimento e sono in numero non minore a quello dei distretti e dei dipartimenti attivati nelle singole Aziende o Enti.

2. FUNZIONI E COMPITI DEL COORDINATORE DEL TERRITORIO

2.1. Il Coordinatore del territorio svolge le funzioni di referente tecnico per le specialità nei confronti del Direttore Generale o del suo Delegato. Inoltre collabora con l'organismo centrale aziendale per il corretto svolgimento delle progettualità legate ai fondi incentivanti e la verifica dei risultati raggiunti dagli specialisti che operano in ambito distrettuale e dipartimentale, sia a livello territoriale che ospedaliero.

2.2. Ferma restando l'autonomia professionale dei singoli specialisti, al Coordinatore del territorio sono assegnati compiti organizzativi di indirizzo e di monitoraggio delle attività specialistiche territoriali.

2.3. In particolare il Coordinatore del territorio, sentiti anche i responsabili di branca, collabora, mediante proposte e pareri, con la dirigenza medica responsabile della macrostruttura presso la quale opera, al fine di:

- assicurare un'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali adeguata alla domanda avanzata dai cittadini;
- affrontare e risolvere, nell'ambito delle risorse disponibili, i problemi operativi concernenti le branche specialistiche;
- garantire il supporto tecnico-professionale alle iniziative distrettuali ed aziendali che comportano il coinvolgimento della specialistica ambulatoriale;
- organizzare gli orari d'erogazione delle prestazioni in modo da facilitare l'accesso da parte dei cittadini;
- organizzare ed assicurare l'assistenza specialistica domiciliare e ambulatoriale anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- organizzare ed assicurare l'attività specialistica ambulatoriale nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle strutture di ricovero non dedicate ai malati in fase acuta e negli hospice;
- organizzare e strutturare le prestazioni all'interno delle équipes territoriali ed eventualmente delle UTAP;
- provvedere ad individuare tutte le possibili prestazioni che vengono erogate all'interno degli ambulatori, individuando anche i tempi di esecuzione necessari, per offrire al cittadino una prestazione di qualità e omogenea su tutto l'ambito territoriale della ASL;
- verificare l'andamento dei programmi e progetti finalizzati e valutarne i risultati al fine di una corretta remunerazione;
- monitorare le attrezzature tecniche necessarie allo svolgimento delle prestazioni sanitarie; proporre studi di fattibilità per nuove attrezzature in rapporto alle esigenze della popolazione.

2.4. Il Coordinatore del territorio può avanzare proposte ai dirigenti sanitari responsabili delle macrostrutture di riferimento per:

- l'organizzazione di un sistema corretto di informazione su disponibilità e modalità di accesso alle attività specialistiche ambulatoriali a favore dei cittadini, compresi modelli di comunicazione efficaci;
- l'elaborazione di programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, mediante il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili e il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni secondo quanto previsto dall'Accordo integrativo;
- l'innovazione tecnologica delle dotazioni strumentali necessarie allo svolgimento delle attività specialistiche ambulatoriali;
- la stesura di programmi aziendali concernenti la formazione continua degli specialisti ambulatoriali, in modo da assicurare la corrispondenza dell'aggiornamento professionale e della formazione permanente alle necessità evidenziate a livello territoriale attraverso l'analisi della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali avanzata dalla utenza.

2.5. Per la complessità dell'incarico tale funzione è equiparata a quella di struttura complessa aziendale.

3. RESPONSABILE DI BRANCA

3.1. Il responsabile di branca collabora con il Coordinatore del territorio in tutte le attività previste dal precedente comma 2.

3.2. Il responsabile di branca, deve essere sentito dall'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali per le problematiche concernenti la relativa specialità, compresi gli aspetti erogativi delle prestazioni.

3.3. E' demandata alla contrattazione Aziendale la convocazione delle conferenze di branca per la nomina dei responsabili. Nelle more gli attuali responsabili di branca conservano l'incarico .

4. INDIVIDUAZIONE

4.1. L'ambito di riferimento per l'individuazione del responsabile di branca è variabile in relazione alla situazione organizzativa complessiva della Azienda ed alle sue dimensioni.

4.2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 30, comma 2, dell'ACN, per rispondere adeguatamente alle esigenze dipendenti dall'assetto aziendale, in ciascuna Azienda viene definito, tra i rappresentanti della Azienda e i rappresentanti delle Organizzazioni sindacali firmatarie del presente accordo, un responsabile di branca a livello di Azienda. A livello di distretto e a livello di presidio può essere individuato un responsabile di branca anche in ambito interdistrettuale e interpresidio in rapporto alla consistenza numerica degli specialisti, comunque non inferiore a due. Lo specialista con incarico di coordinamento funzionale e gestionale di strutture specialistiche ambulatoriali e distrettuali non può essere nominato responsabile di branca.

4.3. Con riferimento agli ambiti individuati con i criteri su esposti, il direttore del distretto, il responsabile del presidio sanitario e il direttore sanitario, secondo le rispettive competenze, indicano entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo la "Conferenza di branca" per l'individuazione, tra loro, da parte degli specialisti convenzionati e dei professionisti, nell'ambito delle singole categorie, del responsabile di branca.

4.4. Alla conferenza partecipano di diritto gli specialisti convenzionati della branca ed i professionisti operanti nell'ambito precedentemente definito.

4.5. Previo suo assenso, il responsabile di branca è individuato a maggioranza dagli specialisti presenti operanti nella branca e dai professionisti nell'ambito della propria categoria. In caso di parità prevale lo specialista, il veterinario o il professionista con maggiore orario d'incarico a tempo indeterminato e la maggiore anzianità d'incarico, nella ASL in cui si è nominati.

4.6. Della conferenza è redatto apposito verbale, sottoscritto dal soggetto che l'ha indetta e dagli specialisti e professionisti convenzionati presenti.

4.7. Ai fini della formalizzazione della posizione del responsabile di branca per gli effetti previsti dall'Accordo nazionale e dal presente Accordo, il verbale è recepito con

provvedimento del Direttore generale dell'Azienda. In ogni caso entro 30 giorni dalla notifica al Direttore Generale, il verbale diventa esecutivo.

4.8. Le funzioni, i compiti ed i compensi spettanti al responsabile di branca decorrono dalla data di svolgimento delle funzioni e/o dalla notifica del provvedimento allo specialista interessato.

4.9. L'incarico di responsabile di branca ha durata biennale ed è rinnovabile. E' compito della conferenza di branca, all'uopo convocata dall'azienda, individuare il Responsabile.

4.10. Lo specialista o il professionista può dare le dimissioni dall'incarico di responsabile di branca in qualsiasi momento, con un preavviso di 30 giorni, mediante lettera raccomandata diretta al Direttore generale e, per conoscenza, al responsabile dell'attività specialistica nel cui ambito svolge il proprio servizio.

5. FUNZIONI E COMPITI DEL RESPONSABILE DI BRANCA

5.1. Il responsabile di branca svolge le funzioni di referente tecnico per la specialità o la categoria nei confronti del Direttore del distretto, del Coordinatore del territorio o degli altri sanitari responsabili delle attività specialistiche ambulatoriali erogate nei presidi ove operano specialisti convenzionati.

5.2. Ferma restando l'autonomia professionale dei singoli specialisti e professionisti, al responsabile di branca possono essere assegnati dai competenti dirigenti sanitari della Azienda compiti organizzativi di indirizzo e di monitoraggio delle attività specialistiche territoriali relative alla branca stessa.

5.3. Il responsabile di branca deve essere sentito dall'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali per le problematiche concernenti la relativa specialità, compresi gli aspetti erogativi delle prestazioni.

5.4. Lo specialista convenzionato membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali cura un costante rapporto con i responsabili di branca al fine di assicurare all'Ufficio stesso una corretta informazione sull'andamento erogativo delle specialità assicurate a livello territoriale e sulla sussistenza di eventuali problematiche assistenziali.

5.5. In particolare il responsabile di branca collabora, mediante proposte e pareri, sentiti i Professionisti interessati, con la dirigenza medica responsabile del servizio presso il quale opera (distretto, poliambulatorio, altra struttura aziendale) al fine di:

- a - assicurare un'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali adeguata alla domanda avanzata dai cittadini;
- b - affrontare e risolvere, nell'ambito delle risorse disponibili, i problemi operativi concernenti la branca specialistica;
- c - garantire il supporto tecnico-professionale alle iniziative distrettuali ed aziendali che comportano il coinvolgimento della specialistica ambulatoriale;
- d - organizzare gli orari d'erogazione delle prestazioni in modo da garantire l'accesso da parte dei cittadini;

- e - organizzare ed assicurare l'assistenza specialistica domiciliare e ambulatoriale anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- f - organizzare ed assicurare l'attività specialistica ambulatoriale nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle strutture di ricovero non dedicate ai malati in fase acuta e negli hospice.

5.6. Inoltre il responsabile di branca può avanzare proposte ai dirigenti sanitari responsabili della gestione dei servizi per:

- l'organizzazione di un sistema corretto di informazione su disponibilità e modalità di accesso alle attività specialistiche ambulatoriali e delle singole professioni a favore dei cittadini, compresi modelli di comunicazione efficaci;
- l'elaborazione di programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, mediante il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili e il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni secondo quanto previsto dalle linee guida, formulate dai competenti soggetti in base al Piano sanitario nazionale e alla programmazione regionale;
- l'innovazione tecnologica delle dotazioni strumentali necessarie allo svolgimento delle attività ambulatoriali;
- la stesura di programmi aziendali concernenti la formazione continua degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti, in modo da assicurare la corrispondenza dell'aggiornamento professionale e della formazione permanente alle necessità evidenziate a livello territoriale attraverso l'analisi della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali e professionali avanzata dalla utenza.

6. MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE

6.1 Anche i medici veterinari e gli altri professionisti eleggono al loro interno un responsabile di categoria.

6.2 I responsabili di categoria verranno individuati ed avranno le funzioni ed i compensi previsti dai commi 4, 5 e 7 del presente articolo.

7. COMPENSI

7.1. Al Coordinatore del territorio, per lo svolgimento dei compiti previsti dal presente Accordo regionale, è corrisposto un incremento del compenso orario, spettante ai sensi dell'art. 42 dell'ACN, pari al 30%. Inoltre almeno il 50% delle ore di attività settimanali saranno impegnate nei compiti previsti dal comma 2.

7.2. Al responsabile di branca è corrisposto, per lo svolgimento dei compiti previsti dal presente Accordo regionale, un incremento del compenso orario, spettante ai sensi dell'art. 42 dell'ACN, pari al 10%. Inoltre almeno 4 ore di attività settimanali saranno dedicate nei compiti previsti dal comma 3.

7.3. I compensi previsti per l'attività di Coordinatore del territorio verranno prelevati dal fondo di cui all'art. 4, "programmi e progetti finalizzati".

Art. 6 - UNITA' TERRITORIALE DI ASSISTENZA PRIMARIA (UTAP)

Come già evidenziato la necessità di riqualificare la spesa, ottimizzando le risorse, ha spinto diverse Regioni a riprogettare il sistema delle cure primarie, individuando il territorio quale punto di forza principale per la riorganizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio-sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni, offrendo ai cittadini le migliori cure possibili sia per l'assistenza di base che per quella specialistica ambulatoriale, domiciliare, riabilitativa, residenziale e semi-residenziale, integrando quella ospedaliera.

Per raggiungere tali obiettivi la Regione Campania e le OO.SS. maggiormente rappresentative ritengono necessario spingere le Aziende ad avviare una sperimentazione a livello di uno o più Distretti, ma essendo necessaria la presenza delle altre figure professionali presenti nel territorio, MMG, PLS, CA, si rinvia l'accordo all'apertura di un altro tavolo di trattativa con le OO.SS. maggiormente rappresentative delle predette categorie che verrà convocato in tempi rapidi. Nel frattempo i responsabili di branca saranno invitati a produrre delle linee guida, riprendendo quelle regionali, per alcune patologie acute e croniche maggiormente ricorrenti e per questo a maggiore impatto socio-sanitario (diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, malattie infettive acute, dislipidemie, dispepsia e ulcere gastro-duodenali ecc.) per la cogestione dei percorsi diagnostico-terapeutici tra tutti i soggetti che operano sul territorio.

Art. 7 - ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI INCARICHI

1. L'Azienda sentiti i sindacati di cui all'art. 34 comma 12 dell'ACN provvede ad assicurare gli specialisti ambulatoriali, i medici veterinari e le altre professionalità contro gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale e contro i danni da responsabilità professionale verso terzi, secondo i massimali previsti dall'art. 41 dell'ACN, che comprendano anche le tutele di cui ai commi successivi.
2. Vengono compresi anche i danni eventualmente subiti dagli specialisti, da i veterinari ed i professionisti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio sia che il servizio venga prestato in comune diverso da quello di residenza, sia nello stesso comune, se lo specialista svolga attività domiciliare (polizza Kasco).
3. L'azienda, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile, contabile o penale nei confronti dello specialista ambulatoriale, del medico veterinario o del professionista per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio ed all'adempimento dei compiti di ufficio, mette a disposizione, a condizione che non sussista conflitto di interesse, un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso.
4. Qualora lo specialista ambulatoriale, il medico veterinario o il professionista

intendano nominare un legale di fiducia in sostituzione di quello indicato dall'azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato. Nel caso di conclusione favorevole del procedimento, l'azienda procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico qualora avesse trovato applicazione il comma 3, che comunque, non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica. Tale ultima clausola si applica anche nei casi in cui allo specialista, prosciolti da ogni addebito, non sia stato possibile applicare inizialmente il comma 1 per presunto conflitto di interesse.

Art. 8 - FORMAZIONE CONTINUA

1. Il riferimento delle Aziende per determinare l'ammontare del finanziamento per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente di cui all'art. 33 dell'ACN, deve essere in linea con quello previsto per i dipendenti per i quali si fa riferimento alla circolare del Ministero della funzione pubblica n. 14 del 24.4.95 che prevede una cifra annua pari all'1% del monte salari.

2. A tal fine le parti prendono a riferimento l'ammontare complessivo della spesa sostenuta annualmente dalle Aziende sanitarie nell'ambito regionale per la retribuzione dei medici e professionisti convenzionati ai sensi dell'Accordo nazionale.

3. Lo specialista, il veterinario o il professionista, titolari di rapporti convenzionali nella stessa branca presso più Aziende che svolgono il medesimo programma formativo, partecipano alla formazione presso l'Azienda ove hanno il maggior numero di ore di incarico;

4. Le attività di formazione si articolano in obbligatorie e facoltative e saranno così disciplinate:

a. le attività obbligatorie, cui destinare il finanziamento di cui ai precedenti commi 1 e 2, comprendono:

- i corsi di aggiornamento organizzati dalla Regione e dalle Aziende;
 - i programmi, stabiliti dalle Aziende, di frequenza obbligatoria a iniziative di aggiornamento professionale attuate da altri soggetti individuati dalla stessa Azienda;
- le precedenti attività dovranno soddisfare almeno il 70% dei crediti formativi.

b. i percorsi formativi facoltativi, anche autogestiti dai sanitari convenzionati, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 33 dell'ACN.

Nel caso in cui l'Azienda non sia in grado di garantire il 70% dei crediti formativi, che sono obbligatori ai sensi del Programma ECM varato dal Ministero della Salute, gli specialisti, i veterinari ed i professionisti partecipano a convegni, congressi e corsi di formazione e aggiornamento usufruendo di un permesso retribuito per le ore di durata del corso, non superando i limiti orari previsti per il personale dipendente. Partecipa al calcolo di tale orario il tempo impiegato per il raggiungimento della sede se posta fuori regione. E' previsto un contributo per il rimborso spese documentate, da regolamentare a livello Aziendale, nell'ambito del finanziamento previsto per la formazione comunque non inferiore a quanto stabilito al comma 1.

L'Azienda a tal proposito, sentito il parere delle OO.SS. rappresentative, deve programmare entro il 30 novembre dell'anno precedente le attività formative per permettere agli specialisti di integrare la formazione con offerte di provider esterni. Almeno il 50% della formazione programmata dall'Azienda deve riguardare la branca specialistica ed il 50% argomenti di carattere generale.

5. A livello aziendale il Responsabile della Formazione promuove appositi incontri con i Responsabili di branca e con le OO.SS. maggiormente rappresentative al fine di raggiungere specifiche intese finalizzate all'ottimizzazione delle risorse destinate alla formazione e all'aggiornamento sia obbligatori che facoltativi nel senso di coniugare, ove possibile, i percorsi di cui alle lettere a e b del precedente comma.

6. Le parti, inoltre, concordano di promuovere appositi incontri appena saranno effettivamente operanti gli articoli 16-bis, 16-ter e 16-quater introdotti dal decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, al fine di raggiungere ulteriori specifiche intese sull'applicazione dell'art. 33 dell'Accordo nazionale, ed in particolare:

- sui temi formativi di interesse regionale ;
- sull'organizzazione e sulla gestione della formazione continua;
- sull'ammontare dello specifico finanziamento regionale ed aziendale da destinare alla formazione continua.
- sulle modalità di formazione a distanza (FAD); anche per la FAD si applicano le stesse modalità già previste per i permessi retribuiti facendo sì che ad ogni ora (ECM) di aggiornamento corrisponda almeno un'ora di permesso.

7. Le parti convengono, nell'ambito della formazione permanente, sulla funzione docente del medico specialista, del veterinario e del professionista per la formazione professionale, infermieristica, dell'educazione sanitaria nelle scuole oltre che nelle aree dell'insegnamento universitario pre e post-laurea e specialistico, aggiornamento ed audit, ricerca clinica epidemiologica e sperimentazione.

8. E' prevista la possibilità di sviluppare percorsi formativi finalizzati ad acquisire competenze specifiche coerenti con gli obiettivi regionali e aziendali. In tale ambito si possono prevedere periodi di frequenza clinica, acquisito il consenso dell'Azienda, presso ospedali, cliniche universitarie o altre strutture idonee, fermo restando il riconoscimento del permesso retribuito, sia per gli specialisti, che per i veterinari ed i professionisti.

Art. 9 - ASSENZE PER MANDATI ELETTORALI

In caso di mandati elettorali e ordinistici, allo specialista, al veterinario e al professionista competono, a richiesta, il trattamento previsto per il personale dipendente di cui agli artt. 79, 80 e 81 del "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali" D. Lgs 18 agosto 2000, n. 267. I periodi di assenza sono conteggiati come anzianità di incarico.

Art. 10 - ISTITUTO DELLA PRONTA DISPONIBILITÀ E INDENNITÀ PER ORARI NOTTURNI, FESTIVI O NOTTURNI FESTIVI

1. Gli specialisti ambulatoriali, i medici veterinari ed i professionisti, sia a tempo determinato che indeterminato, che operano esclusivamente o per la maggior parte del loro orario, comunque non inferiore a 24 ore settimanali, in U.O. ospedaliere o territoriali, ove sia necessario effettuare turnazioni notturne e festive, pur conservando la propria autonomia professionale, entrano a far parte dell'organizzazione della U.O.

2. Pur nel rispetto del contratto sottoscritto, i soggetti di cui al comma 1, in conformità all'assetto organizzativo dell'azienda, assicurano la propria presenza in servizio ed il proprio tempo di lavoro, articolando in modo flessibile l'impegno di servizio per correlarlo alle esigenze della struttura cui sono preposti ed all'espletamento dell'incarico affidato, in relazione agli obiettivi e programmi da realizzare.

3. Nelle ore notturne e nei giorni festivi le emergenze vengono assicurate mediante l'istituto della pronta disponibilità normata secondo quanto previsto dall'art. 18 del vigente CCNL dei medici e sanitari dipendenti, fatte salve eventuali altre necessità da individuare in sede aziendale, con le procedure indicate nello specifico articolo dello stesso CCNL .

4. La contrattazione integrativa, in base ai modelli organizzativi adottati dall'azienda con riguardo alla razionalizzazione dell'orario di lavoro, servizi di guardia e pronta disponibilità che abbiano carattere di stabilità, potrà integrare il fondo con i relativi risparmi destinandoli a rideterminare l'importo dell'indennità di pronta disponibilità, fissato nella quota minima di € 25,00 e comunque seguirà gli eventuali incrementi previsti per il personale dipendente.

5. In particolare i servizi di guardia devono essere assicurati nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni della settimana mediante una opportuna programmazione ed una funzionale e preventiva articolazione degli orari e dei turni di guardia che siano parificati con quelli dei dirigenti medici, così come previsto dall'art. 17 del vigente CCNL.

6. È prevista una maggiorazione del 30% del compenso orario, sia per incarichi a tempo determinato sia per incarichi a tempo indeterminato, per le attività svolte nei giorni festivi e nelle ore notturne e del 50% per l'attività svolta nelle ore notturne festive, salvo diversa disposizione a livello nazionale.

Art. 11 - SEDI DISAGIATE

Vengono individuate come disagiate, ai fini dell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, le isole. Si demanda agli accordi aziendali l'individuazione di ulteriori sedi disagiate. Vengono comunque confermate le sedi disagiate già individuate nel precedente accordo.

Il compenso orario di cui agli art. 42, per gli specialisti ambulatoriali, e 43, per le altre professionalità, del vigente ACN, viene maggiorato del 20 %.

Art. 12 - MODALITÀ PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI CON RICHIESTA DI COMPETENZE.

1. Dopo aver portato a termine quanto previsto dall'art. 2 (mobilità) del presente AIR e prima di esperire le procedure di cui al comma 1 dell'art. 23, qualora la pubblicazione dei turni contenga la richiesta di possesso di particolari capacità professionali, le Aziende provvedono all'invio dei turni al comitato di cui all'art. 24 entro il quindicesimo giorno del mese di pubblicazione (marzo, giugno, settembre, dicembre), affinché gli interessati possano esprimere la propria disponibilità con lettera raccomandata, documentando la propria competenza, entro il giorno 10 del mese successivo.
2. Le competenze saranno verificate da una commissione, che si riunirà entro i dieci giorni successivi, formata da quattro specialisti nella branca, veterinari o professionisti: due nominati dalla parte medica del comitato, e due di nomina aziendale. La parte medica del Comitato si riunirà preventivamente per la nomina degli specialisti della branca e, in caso di più nominativi proposti, si esprimerà secondo valutazione percentuale della rappresentanza sindacale. E' ritenuta valida la commissione in cui siano presenti almeno tre componenti designati.
3. Nel caso che uno, o più specialisti, veterinari o professionisti di cui all'art 23 comma 1 dimostri il possesso dei requisiti richiesti, il Comitato procederà all'assegnazione delle ore che avverrà alla data prevista dal bando e comunque non oltre la fine del mese, secondo la graduatoria di cui all'art. 23, comma 1 e 2.
4. Nel caso che nessuno specialista, veterinario o professionista di cui all'art 23 comma 1 esprima la disponibilità a partecipare all'assegnazione dei turni, o, se in caso di partecipazione, nessuno dei suddetti dimostri il possesso delle particolari capacità professionali richieste, il comitato provvederà alla convocazione in sede della Commissione Aziendale, all'uopo costituita, della ASL che abbia fatto richiesta del turno con particolari capacità professionali.
5. Le Commissioni vengono istituite dalle Aziende entro 30 giorni dall'entrata in vigore dell'AIR e rimangono in carica fino al rinnovo del successivo accordo.
6. La Commissione Aziendale è composta da:
 - a) un rappresentante medico nominato dal Direttore generale, che ne assume la presidenza, e due rappresentanti medici designati dall'Azienda;
 - b) due specialisti designati dai membri di parte medica del Comitato consultivo zonale secondo valutazione percentuale della rappresentanza sindacale.
7. Quando l'assegnazione riguarda i medici veterinari e le altre professionalità la parte medica verrà integrata da due veterinari o biologi o psicologi o chimici, uno di parte aziendale ed uno designato dal Comitato zonale.
8. La commissione è integrata, quando si tratta di valutare un medico specialista, da due specialisti nella branca, uno per la componente aziendale ed uno per la parte medica.
9. Le funzioni di segretario sono svolte da un dirigente indicato dal Direttore Generale dell'Azienda.

10. La Commissione si riunisce entro il giorno 20 del mese successivo a quello dell'assegnazione del Comitato art. 24 e provvede alla individuazione degli idonei all'incarico, dopo la valutazione dei titoli e del colloquio attitudinale.
11. Il colloquio, oltre che sui contenuti di conoscenza dell'organizzazione del Servizio Sanitario nazionale e regionale, verterà anche sulla conoscenza della branca o della categoria in esame, il tutto finalizzato ad accertare il livello di professionalità dell'interessato.
12. L'incarico, di uno o più turni vacanti, viene assegnato dal Direttore Generale, o suo delegato, sentito il Presidente della Commissione Aziendale, a uno o più specialisti, veterinari o professionisti che abbiano ottenuto l'idoneità.
13. L'Azienda comunica entro 10 giorni dalla fine dei lavori della Commissione i nominativi degli specialisti e/o veterinari e/o professionisti individuati al Comitato zonale competente, assegnando contestualmente l'incarico, a partire dal 1° giorno del mese successivo.
14. Allo specialista, al veterinario o al professionista così individuato viene applicata la normativa contrattuale a tempo determinato secondo i criteri e le modalità previste dall'Accordo Collettivo Nazionale.
15. La trasformazione dell'incarico da tempo determinato a tempo indeterminato, stante il permanere delle esigenze organizzative e di servizio, compatibilmente con i tetti previsti dalla legge finanziaria di cui all'art. 14 del presente AIR, in assenza di uno specifico provvedimento di revoca da parte del Direttore Generale, da comunicare all'interessato almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto, avviene con provvedimento formale da adottarsi da parte dell'Azienda che ne da comunicazione al comitato di cui all'art. 24.
16. Nel caso in cui l'assegnatario risulti essere un disponibile, per l'assenza di domande di specialisti, veterinari o professionisti in graduatoria e permanendo le esigenze che ne hanno determinato la pubblicazione, alla scadenza del primo anno l'azienda, in assenza di uno specifico provvedimento di revoca da parte del Direttore Generale, da comunicare all'interessato almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto, rinnova l'incarico per un ulteriore anno. In tal caso l'incarico non potrà essere trasformato a tempo indeterminato se non dopo che siano trascorsi almeno due anni dalla decorrenza del contratto.

Art. 13 - ELENCO DELLE PRESTAZIONI E RELATIVO TEMPARIO.

1. Progetto Alloro

1.1. Alcune ASL regionali, sentita l'esigenza di predisporre un nuovo elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la valorizzazione professionale e oltre che economica delle prestazioni erogate all'interno delle proprie strutture, nella consapevolezza dei limiti posti dal vigente tariffario nazionale e regionale, si sono fatte promotrici di un progetto relativo allo sviluppo di un tempario delle prestazioni sanitarie e di servizio effettuate dagli specialisti ambulatoriali e dalle altre professioni.

1.2. In modo particolare, nell'ambito della ASL Napoli 1, è stato dato incarico ai responsabili di branca di individuare tutte le possibili prestazioni che vengono erogate all'interno degli ambulatori, individuandone anche i tempi necessari, per offrire al cittadino una prestazione non solo di qualità ma anche il più possibile omogenea su tutto l'ambito territoriale della ASL. Il lavoro risultante è stato definito "Nomenclatore delle Prestazioni Territoriali, Ambulatoriali Clinico-Diagnostiche e di Servizio delle AA.SS.LL." (Allegato 2).

1.3. Su tale base, presso la Asl Na 1 è anche in corso di sperimentazione la predisposizione di un software operativo che permetta la raccolta e l'analisi di tutti i dati prodotti dai singoli specialisti ambulatoriali con relativi reports di attività. Tale progetto è stato denominato "Progetto Alloro" e rappresenterà la sintesi di tutti i passaggi occorrenti alla creazione di un database relazionale interagente con il singolo specialista e che potrà consentire un'analisi approfondita dei dati sia a livello locale che regionale.

1.4. La Regione intende istituire un osservatorio permanente delle prestazioni sanitarie erogate dagli Specialisti Ambulatoriali Interni per consentire un aggiornamento in tempo reale dell'offerta sanitaria.

Pertanto si invitano tutte le AA.SS.LL. a prendere atto di quanto già sperimentato presso la ASL Na 1 e di predisporre sistemi informativo – informatici che consentano di adeguare i propri sistemi di raccolta dati sanitari alle esigenze dell'Osservatorio.

2. Organizzazione del sistema informativo

2.1. Il "Progetto Alloro" prevedrà, tra l'altro, attraverso l'utilizzo di computer in possesso dello Specialista Ambulatoriale la raccolta e la lettura dei dati in tempo reale dell'attività giornaliera attraverso un collegamento in rete.

2.2. L'informatizzazione, ormai in fase avanzata, dei Centri Unici Prenotazione (CUP) delle AA.SS.LL., dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e le nuove norme che regolano l'emissione della nuova ricetta standardizzata, fanno ritenere lo strumento informatico un requisito fondamentale atto a contribuire, in maniera significativa, alla riorganizzazione del servizio sanitario regionale per migliorarne le capacità assistenziali. Le parti firmatarie del presente Accordo intendono promuovere lo sviluppo dell'informatizzazione al massimo livello e nella forma più estensiva possibile, con l'obiettivo fondamentale della messa in rete di tutto il sistema assistenziale del territorio e che potrà consentire di produrre il file C1 e C2, definiti nei loro tracciati record dalla delibera 1200/2006, ed il file in formato XML da inviare, tramite SOGEI, al Ministero delle Finanze.

2.3. Le Aziende, nell'ambito dei propri fondi legati a programmi e progetti finalizzati, riconoscono un contributo una tantum di € 2.000 (duemila). Tale contributo viene erogato esclusivamente dall'Azienda dove lo specialista o il professionista, aderente a tale programma di sviluppo informatico, ha il maggior numero di ore, per la messa a disposizione di un personal computer per la realizzazione dei progetti. Lo specialista in caso di accorpamento o trasferimento di ore in altra Azienda dovrà dichiarare di non aver già usufruito di tale contributo. Qualora lo specialista, per cause a lui imputabili, dovesse interrompere l'attività progettuale dovrà restituire il contributo.

2.4. L'Obiettivo a cui tendere, riguarda anche la fornitura di reports di attività di prestazioni per branca, per specialista e per struttura, dati statistico-epidemiologici (dati di prevalenza suddivisi per fasce di età delle patologie di maggior impatto socio sanitario), e, a seconda delle esigenze aziendali, dati prescrittivi globali aggregati per problema.

2.5. Le Aziende cureranno la tenuta di un elenco generale delle caselle di posta elettronica degli specialisti ambulatoriali. I medici specialisti ambulatoriali e le altre

professionalità sanitarie che aderiscono al progetto sono tenuti a comunicare all'Azienda un recapito e-mail e ad impegnarsi al controllo almeno settimanale dei messaggi pervenuti.

2.6. Altra progettualità potrà essere l'attivazione della fornitura alle Aziende di servizi relativi alla implementazione della cartella clinica on-line, con disponibilità dei dati sanitari degli assistiti, attraverso la consultazione di Banche Dati di sistemi informativi integrati in rete, con conseguente integrazione tecnologica dei percorsi assistenziali, anche attraverso il nuovo modello day-service, nell'assoluto rispetto della privacy.

2.7. In altra progettualità potranno essere avviate le procedure per l'invio del referto direttamente al prescrittore e/o all'utente, tramite procedura informatica.

2.8. Tutta l'attività informatica rientrerà nell'ambito di programmi e progetti finalizzati. Pertanto Il diritto al compenso per attività informatica decorre secondo quanto previsto dall'art. 4, comma 5.8. L'adesione ad uno dei progetti è facoltativa e deve essere espressa chiaramente con lettera scritta indirizzata al Direttore Generale o sua struttura delegata ed al responsabile di ciascun Distretto dove lo specialista svolge la sua attività.

Art. 14 -TRASFORMAZIONE DEGLI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO

1. Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della spesa di almeno il 20% previsto dalla Legge 371 art. 1 comma 177 (legge Finanziaria per l'anno 2005) le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e gli altri Enti, ove operano gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti incaricati nel rispetto delle procedure previste dal vigente ACN e del precedente ACN di cui al DPR 271/00, procedono alla trasformazione a tempo indeterminato degli incarichi, entro 60 giorni dell'entrata in vigore del presente Accordo, con atto formale, allo specialista o al professionista che abbia maturato nella Regione Campania una anzianità di servizio a tempo determinato di almeno 12 (dodici) mesi in maniera continuativa.
2. Tale possibilità riveste carattere di dinamicità ed è da considerarsi valida fino alla definizione e alla stipula di un nuovo Accordo Collettivo Nazionale.
3. Agli Specialisti cui il rapporto a tempo determinato è stato trasformato in rapporto a tempo indeterminato si applicano le condizioni economiche del tempo indeterminato e l'anzianità per la partecipazione alle assegnazioni, di cui all'art. 23 dell'ACN, a far data fin dal 1° incarico a tempo determinato purché mantenuto in essere ininterrottamente fino alla data della trasformazione del rapporto.
4. Allo Specialista che abbia instaurato rapporti con più AA.SS.LL. della Regione Campania, ritenendosi unico il rapporto col S.S.N. ai sensi dell'art. 13 comma 3 dell'ACN, all'atto della trasformazione del rapporto da tempo determinato a tempo indeterminato anche presso una sola Azienda regionale il rapporto deve intendersi trasformato a tempo indeterminato dalla stessa data anche presso le altre aziende o Enti.
5. Per la formalizzazione dei commi precedenti le Aziende e gli Enti interessati trasmetteranno al Comitato zonale competente, gli atti relativi alla trasformazione

nei quali dovranno essere esplicitamente riportate sia la data della decorrenza della trasformazione che quella dell'anzianità giuridica ed economica degli stessi incarichi, secondo le modalità previste dal precedente comma 3.

6. A far data dal 1 novembre 2005 le ore già affidate a specialisti ambulatoriali e professionisti saranno considerate a pieno titolo sostitutive di ore equivalenti/unità di personale già previsto nella dotazione organica aziendale; pertanto la dotazione organica andrà ricalcolata ed adeguata sulla base del presente comma.

Art. 15 - RECUPERO ORARIO

Allo specialista, al veterinario o al professionista è consentito il recupero dell'eventuale ritardo nella stessa giornata prolungando dello stesso tempo la fine del servizio, restando a disposizione per prestazioni già prenotate o che si dovessero ritenere indispensabili e per eventuali compiti derivanti da incarichi aziendali.

Nel caso che lo specialista abbia necessità di raggiungere un altro ambulatorio tale recupero può essere effettuato, programmandolo con il dirigente medico responsabile, anche in altra data o nel mese successivo e non dà luogo a decurtazioni di orario.

Si ribadisce comunque che l'inosservanza ripetuta dell'orario costituisce infrazione contestabile da parte dell'Azienda.

Art. 16 – OSSERVATORIO PER LE VIOLENZE MORALI SUL LAVORO COMPRESO IL MOBBING E LE PARI OPPORTUNITÀ

1. Le parti prendono atto della necessità di prevenire e contrastare tutte le forme di violenza morale o psichica, anche a sfondo sessuale, razziale o religioso, in ambiente di lavoro oltreché tutelare la persona eliminando ogni distinzione, esclusione o limitazione basata sul sesso .
2. In relazione al comma 1, le parti riconoscono la necessità di avviare adeguate ed opportune iniziative al fine di contrastare la diffusione di tali situazioni di rilevanza sociale, nonché di prevenire il verificarsi di possibili conseguenze pericolose per la salute fisica e mentale del lavoratore interessato e, più in generale, migliorare la qualità della vita e la sicurezza nell'ambiente di lavoro e di promuovere un'adeguata rappresentanza di donne negli organismi contrattuali.
3. Sono, pertanto, istituiti, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente contratto, specifici Comitati Paritetici presso ciascuna azienda o ente con i seguenti compiti:
 - a) raccolta dei dati relativi all'aspetto quantitativo e qualitativo delle violenze morali sul lavoro compreso il *mobbing*

- b) individuazione delle possibili cause del fenomeno, con particolare riferimento alla verifica dell'esistenza di condizioni di lavoro o fattori organizzativi , gestionali, relazionali, che possano determinare l'insorgere di situazioni persecutorie o di violenza morale;
 - c) formulazione di proposte di azioni positive in ordine alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di criticità, anche al fine di realizzare misure di tutela del lavoratore interessato;
 - d) attuazione di interventi formativi e di aggiornamento del personale sulle tematiche connesse alle violenze morali e psicologiche sul lavoro;
 - e) individuazione di interventi di tipo organizzativo mirati a favorire la tolleranza, la coesione e la solidarietà dei lavoratori, attraverso una più specifica conoscenza dei ruoli e delle dinamiche interpersonali all'interno degli uffici e dei servizi;
 - f) valutazione di fenomeni che possono creare disparità tra sessi, impegnando in particolare le aziende per la tutela ed il sostegno della maternità e paternità anche per i lavoratori convenzionati.
4. I Comitati sono costituiti da almeno tre componenti designati dalle Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, e che siano in possesso dei requisiti di rappresentatività di cui ai commi 10 e 11 art. 34 dell'ACN, e da un pari numero di rappresentanti delle aziende o enti. Il Presidente del Comitato viene designato tra i rappresentanti delle aziende o enti, il vicepresidente dai componenti di parte sindacale. Per ogni componente effettivo è previsto un componente supplente. I Comitati sono integrati da un delegato dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri della provincia di appartenenza delle aziende o enti.
5. Le aziende o enti favoriscono l'operatività dei Comitati e garantiscono tutti gli strumenti idonei al loro funzionamento.
6. I Comitati di cui al presente articolo rimangono in carica per la durata di un quadriennio e comunque fino alla costituzione dei nuovi. Le riunioni vengono convocate almeno trimestralmente o a richiesta di una delle parti. I componenti dei Comitati possono essere rinnovati nell'incarico. Per la partecipazione alle riunioni non è previsto alcun compenso fatto salvo il permesso retribuito secondo quanto previsto dall'art 34 comma 5 dell'ACN per la parte sindacale, mentre per i componenti aziendali si rimanda a quanto previsto dalla norma finale n. 4.

Art. 17 - Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza delle Prestazioni, delle Prescrizioni e dell'uso etico delle Risorse.

1. Entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, l'Assessorato istituisce l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza delle Prestazioni, delle Prescrizioni e dell'uso etico delle Risorse e per l'organizzazione degli strumenti di

programmazione, monitoraggio e controllo così come previsto dall'art. 4 del nuovo A.C.N.

2. L'Osservatorio Regionale è diretto dal Coordinatore dell'Assistenza Sanitaria dell'Assessorato ed è composto da:
 - Il Direttore Generale dell'ARSAN o suo delegato
 - I Responsabili dell'Area di coordinamento dell'Assistenza Sanitaria e della Programmazione Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità
 - Due Direttori Generali delle ASL individuati dall'Assessore alla Sanità
 - Cinque rappresentanti dei medici specialisti ambulatoriali individuati dalle OO.SS. della Specialistica ambulatoriale come definito dall'art. 34 comma 12 integrato dal componente di categoria per quanto riguarda i medici veterinari e le altre professionalità
 - Un esperto in Informatica e Statistica Sanitaria.
3. Compito dell'Osservatorio è quello di:
 - a. individuare, approvare e divulgare, per l'uniforme applicazione sul territorio regionale, i parametri di appropriatezza delle prestazioni sanitarie di competenza specifica dell'area delle cure primarie e delle attività distrettuali, relative alle patologie di maggiore interesse sociale e sanitario e con più forte incidenza di spesa;
 - b. promuovere la costituzione degli Osservatori Aziendali per l'Appropriatezza delle Prestazioni e definirne i criteri generali di funzionamento e d'interazione con l'Osservatorio Regionale;
 - c. determinare gli strumenti, le metodologie e gli indicatori da applicare per la valutazione per il raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza correlati ai diversi regimi assistenziali; in particolare il percorso operativo di base verrà vincolato allo studio dell'implementazione a livello di ASL delle linee guida già adottate tramite il potenziamento del sistema in atto della valutazione dei report mensili dell'attività dei medici informatizzati (es. Progetto Alloro) e la costruzione di modelli statistici, epidemiologici e clinici di riferimento per le patologie prescelte da usare come griglie di valutazione dell'Appropriatezza del comportamento prescrittivo anche dei medici specialisti ambulatoriali non informatizzati ed, in via indiretta, di tutti i centri specialistici induttori di spesa;
 - d. monitorare in ciascuna Azienda le attività dell'Osservatorio Aziendale;
 - e. provvedere alla pubblicazione periodica di un bollettino da divulgare a livello di tutte le strutture interessate (ASL, Distretti, MMG ecc.).
4. I Comitati di cui al presente articolo rimangono in carica per la durata di un quadriennio e comunque fino alla costituzione dei nuovi. Le riunioni vengono convocate almeno trimestralmente o a richiesta di una delle parti. I componenti dei Comitati possono essere rinnovati nell'incarico. Per la partecipazione alle riunioni non è previsto alcun compenso fatto salvo il permesso retribuito secondo quanto previsto dall'art 34 comma 5 dell'ACN per la parte sindacale, mentre per i componenti regionali e aziendali si rimanda a quanto previsto dalla norma finale n. 4.

Le parti firmatarie auspicano che l'attività dell'Osservatorio siano raccordate alle attività di organismi similari previste dagli Accordi Collettivi per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta.

Art. 18 – CONGEDO MATRIMONIALE

Allo specialista ambulatoriale, al medico veterinario ed al professionista titolare di incarico sia a tempo indeterminato che determinato spetta un congedo matrimoniale retribuito di 15 giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data dei matrimonio.

Norma Generale: Gli specialisti ambulatoriali, i medici veterinari ed i professionisti possono operare nelle Aziende Territoriali, Ospedaliere, Policlinici, Istituti a carattere scientifico, che in questo Accordo vengono definite Azienda, oltreché l'Inail e tutte quelle strutture che utilizzano personale medico specialistico, veterinario o professionisti che si avvalgono dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, i medici veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, con le modalità di attribuzione degli incarichi previsti dall'art. 23.

Norma finale n.1: Trascorsi 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo integrativo se non viene stipulato alcun Accordo Aziendale si intende recepito dall'Azienda quanto previsto, per la parte normativa ed economica, dal presente Accordo.

Norma finale n. 2: In considerazione del limite fissato dall'art. 19, comma 4, lettera a) dell'ACN, lo specialista, il veterinario o il professionista può presentare la relativa domanda di inclusione nella graduatoria annuale, valida per l'anno successivo, purché, nell'arco temporale di validità della graduatoria, non compia il 65° anno di età.

Allo specialista o professionista che abbia compiuto il 65° anno non è comunque consentito il conferimento di incarichi sia a tempo determinato che indeterminato, anche nel caso si tratti di trasformazione di altro incarico in atto.

Norma finale 3: Nell'ambito della Regione Campania operano n. 5 Comitati zonali, ubicati rispettivamente presso le Aziende Sanitarie Locali:

- Napoli 1 con sede in via Acquaviva, 41 – 80143 Napoli
- Salerno 2 con sede in via Nizza, 146 – 84123 Salerno
- Caserta 1 con sede in via Unità Italiana, 28 – 81100 Caserta
- Avellino 2 con sede in via Degli Imbimbo – 83100 Avellino
- Benevento con sede in via Perasso, 14 – 82100 Benevento

Per il funzionamento dei cinque comitati le Aziende rientranti nella rispettiva competenza sono tenute a concorrere alle relative spese.

Per il funzionamento dei Comitati (personale, sedi, mezzi, strumenti tecnologici, assistenza di ogni genere anche di natura legale) è previsto un contributo da parte di ogni Azienda o Ente, sulla previsione di spesa proposta dalla Azienda sede del Comitato, salvo

conguaglio, fino al raggiungimento delle spese sostenute, diviso in base al numero di abitanti ascritti a ciascuna Azienda.

I competenti Uffici regionali opereranno le opportune compensazioni in sede di distribuzione delle quote di finanziamento del SSN, previa comunicazione, entro il 31 gennaio di ogni anno, al comitato regionale art. 25 da parte dei presidenti dei comitati zionali provinciali, del numero di ore attivate presso ciascuna azienda nell'anno precedente.

Norma finale n. 4: Per la partecipazione alle riunioni dei Comitati e delle Commissioni di cui agli artt. 22 comma 4 e 24, 25 e 27 dell'ACN, al presidente spetta un gettone di presenza, a titolo di rimborso spese, di € 150 lorde, al segretario di € 100 lorde, ai componenti di parte pubblica di € 80, fatto salvo diverso ordinamento dell'Ente di appartenenza degli interessati.

Per la partecipazione alle riunioni previste dal presente accordo, anche in orario che non coincida con quello di servizio ed in località diversa da quella di residenza/servizio, le Aziende devono assicurare i rappresentanti dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed i Professionisti contro gli infortuni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei predetti organismi e, nel caso di utilizzo del proprio mezzo, la copertura assicurativa totale (Kasco) prevista dall'art. 32 comma 7.

Norma finale n. 5: E' confermato il contenuto del DGRC 1018/01 in materia di attribuzione dei codici personali agli specialisti ambulatoriali. Si precisa, tuttavia, allo scopo di uniformarne l'attribuzione da parte di tutti i Comitati zionali, a far data dalla pubblicazione del presente Accordo, verrà utilizzato il numero di iscrizione all'Ordine di competenza dello specialista, del veterinario o del professionista preceduto dalla sigla della provincia di iscrizione, e verrà attribuito dal competente Comitato al momento in cui entrerà in possesso della copia del contratto sottoscritto dall'interessato. Detto codice resterà invariato in caso di assegnazione o trasferimento di ore ad altra provincia della regione.

Nel corso dell'anno sarà cura delle Aziende o Enti provvedere alla modifica del codice agli specialisti ed ai professionisti che già operano al loro interno.

Norma transitoria n. 1: Gli effetti giuridici, normativi ed economici del presente Accordo Regionale, salvo quanto previsto dal successivo comma, conservano la loro validità fino alla data di pubblicazione di un nuovo Accordo integrativo Regionale.

Le parti, nel darsi reciprocamente atto del grande impegno profuso nello sforzo di normalizzare la critica situazione finanziaria in cui versa la sanità regionale, concordano quanto segue:

- a. mentre la parte normativa del presente accordo entra immediatamente in vigore, la parte economica sarà operativa in ragione delle risorse finanziarie che si renderanno disponibili a seguito dell'applicazione del piano di rientro;
- b. in attesa di tali disponibilità rimangono comunque in vigore i benefici economici previsti dal 1° Accordo Integrativo regionale, pubblicato sul BURC n. 58 del 5/11/2001, DGRC 4863/01, rimanendo in ogni caso invariate le competenze previste dagli articoli 42 e 43 lettera A e lettera B comma 1 e 3 del vigente ACN, adottando i progetti ed i criteri previsti dall'articolo 4 del presente accordo.

Norma transitoria n. 2: Fino all'insediamento dei Comitati e delle Commissioni di cui agli articoli 24, 25 e 27 del presente Accordo sono confermati in carica i Comitati e le Commissioni di cui agli articoli 11, 12, 14 del Dpr n. 271/00, integrati dai membri designati dai sindacati di cui all'art. 34 delle categorie dei veterinari e delle altre professionalità sanitarie (biologi, psicologi, chimici).

Al fine di omogeneizzare i comportamenti ed i processi che discendono dall'attuazione dell' Accordo Integrativo Regionale, in coerenza con gli obiettivi di una corretta programmazione regionale ed aziendale tendenti alla razionalizzazione della spesa, così come previsto dal DGRC. n. 1843 del 9 dicembre 2005 , e per la compensazione di cui alla norma finale n. 3, i cinque membri previsti dal comma 1, lettera b), art. 25 del vigente ACN, Comitato Consultivo Regionale, sono identificati con i presidenti, esclusivamente medici ambulatoriali, dei comitati ex art. 23. Il Comitato inoltre viene integrato dal responsabile del servizio regionale assistenza sanitaria di base, da un medico con esperienza di management e negoziazione aziendale, e da un funzionario amministrativo con compiti di segretario, questi ultimi senza diritto di voto.

L'Ufficio ha la stessa durata del presente Accordo Regionale e cessa in caso di un mutato quadro normativo derivante da un nuovo accordo collettivo nazionale.

Norma transitoria n. 3: Visto l'art. 13 (Campo di applicazione) del vigente ACN si dispone, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, la trasformazione degli incarichi dei medici generici e specialisti, odontoiatri e professionisti provenienti dal Ministero di Grazia e Giustizia operanti nell'attività penitenziaria, a tempo determinato. Gli incarichi sono trasformati a tempo indeterminato secondo quanto previsto dall'art. 14 del presente Accordo. Le aziende ove operano gli specialisti o i professionisti di cui alla presente norma transitoria, provvederanno a trasmettere i relativi atti al comitato zonale ex art. 24 competente per territorio.

Norma transitoria n. 4: Per l'anno 2007 le competenze per l'attribuzione degli incarichi ai professionisti (biologi, chimici, psicologi) sono attribuiti ai Comitati zionali di cui all'art. 24 del vigente ACN.

Entro trenta giorni dall'applicazione del presente Accordo pertanto, la Struttura regionale, ex art. 12 DPR 446/01, provvederà a trasmettere ai Comitati zionali di cui all'art. 24 del vigente Accordo tutti gli atti in proprio possesso relativamente alla tenuta degli elenchi dei professionisti già incaricati sia a tempo determinato che indeterminato, a seconda del luogo di ubicazione della sede di lavoro dei professionisti.

Nel caso in cui i professionisti operano in più sedi ricadenti in province diverse, i nominativi dovranno essere comunicati a tutti i comitati competenti per provincia con il relativo numero di ore.

Nei confronti dei professionisti incaricati tra più aziende o enti, sarà applicata la normativa prevista dall'art. 13, comma 3, dell'ACN, relativamente all'unicità del rapporto.

Per l'attribuzione degli incarichi fino al 31.12.07, i Comitati art. 24 utilizzeranno la graduatoria unica regionale predisposta per l'anno 2006 dalla Struttura regionale ex art. 12 DPR 446/01 e valida per l'anno 2006. I professionisti aspiranti agli incarichi presenteranno regolare istanza ai singoli Comitati zionali nel rispetto delle scadenze e procedure previste dall'art. 23 dell'ACN.

Norma transitoria n. 5: Le parti firmatarie concordano che, per quanto non espressamente previsto negli articoli del presente Accordo, valgono le disposizioni del

vigente ACN. Si concorda, inoltre, che eventuali questioni applicative o quesiti posti dalle Aziende siano oggetto di esame da parte del comitato ex art. 25, ai sensi del comma 6.

Dichiarazione a verbale: Le parti, tenuto conto di quanto previsto dalla “ipotesi di accordo per l’attuazione della norma finale n. 6 dell’ACN del 23 marzo 2005”, ratificato in data 1 marzo 2006 dalla Conferenza Stato-Regioni, in attesa di una ricognizione su tutto il territorio regionale, da parte del competente settore, del numero di medici veterinari in rapporto convenzionale, si impegnano a definire entro 90 giorni la struttura del compenso. Resta salva la parte normativa del vigente ACN e del presente AIR.