

**Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione
e Sviluppo dei Servizi Sanitari**

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Augusto Zappi

Protocollo N°. ASS/BAS/05/39816

Data 24.11.2005

Alla Segreteria regionale AUPI
Associazione Unitaria Psicologi Italiani
Dott.ssa Colombari

Alla Segreteria Regionale SNUBCI
Sindacato Nazionale Unitario
Biologi Chimici Italiani
Dott.ssa Franceschetti

Alla Segreteria Regionale CGIL FP medici
Dott.ssa Donatella Poggi

Alla Segreteria Regionale federazione medici
UIL FPL
Dott. Paolo Messina

Alla Segreteria Nazionale SICUS
Dott. Fiorio

Alla Segreteria Nazionale SNALBIP

LORO SEDI

OGGETTO: Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici e psicologi)

Come è noto l'accordo collettivo nazionale sancito dalla conferenza Stato-Regioni il 23.3.2005 prevede, all'art. 34, comma 12, "Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività di cui al comma 10 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa ed alla stipula degli accordi regionali".

In data 29 settembre 2005 si sono incontrate la SISAC e le OOSS firmatarie degli accordi per la medicina generale e per la specialistica ambulatoriale per definire una interpretazione univoca agli art. 22,23,24, dell'accordo collettivo per la medicina generale e agli artt. 24,25,34 dell'accordo collettivo per gli specialisti ambulatoriali e le altre professionalità.



Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Le parti hanno concordato che per quanto riguarda la partecipazione alle negoziazioni degli accordi regionali sono titolari i firmatari dell'accordo nazionale e per la partecipazione agli accordi aziendali sono titolari i firmatari dell'accordo regionale.

Pertanto, si trasmette, in allegato, l'intesa regionale siglata il 15.11.2005 con le OOSS dei medici specialisti ambulatoriali interni SUMAI e CISL, per la valutazione ed eventuali osservazioni che riterrete di presentare in merito, la sottoscrizione dell'intesa e per definire eventualmente uno specifico accordo integrativo per biologi, chimici e psicologi.

Si chiede di contattare il servizio Assistenza Distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari (Giovanna Giacomazzi tel 0516397316 – e-mail:ggiacomazzi@regione.emilia-romagna.it) per concordare le modalità per la sottoscrizione o per organizzare un eventuale incontro per l'accordo integrativo di cui sopra.

Cordiali saluti.

Augusto Zappi

All. n. 1

Premessa

L'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità, ai sensi dell'art.8 del D.LGS. n°502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni, si realizza in un momento decisivo per il Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna, sia per la promulgazione della L.R.29/2004 che detta le norme sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale, sia per la presentazione del testo preliminare del Piano Sociale e Sanitario Regionale, fondato sulla programmazione integrata. Il nuovo accordo intende favorire ulteriormente l'obiettivo di una organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale fondata su un nuovo ruolo del Territorio, in particolare con i Medici di Medicina Generale e le altre figure professionali, con specifica attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali, e riservando all'ospedale il ruolo proprio, in un quadro di appropriatezza, sostenibilità economica ed integrazione dei diversi livelli assistenziali.

Il presente Accordo regionale sviluppa, in coerenza e continuità al precedente accordo attuativo ex DPR 271/00, le importanti innovazioni già raggiunte, da consolidare in tutte le realtà regionali:

1. la partecipazione dei medici specialisti ambulatoriali interni all'ufficio di coordinamento distrettuale, con le competenze specifiche e di supporto alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività e alla valutazione del loro raggiungimento;
2. il potenziamento dell'integrazione multidisciplinare, in particolare con i MMG, aderendo al nuovo modello dei Nuclei di Cure Primarie partecipando, in via sperimentale e con la necessaria gradualità, al loro funzionamento, anche attraverso l'assunzione di responsabilità specifiche, al fine di favorire una maggiore deospedalizzazione, l'assistenza domiciliare integrata, la realizzazione di percorsi di assistenza per le malattie croniche (gestione integrata del diabete mellito, scompenso cardiaco cronico, ecc.), e i percorsi di riabilitazione domiciliare e in strutture residenziali per anziani e disabili;

3. l'effettivo coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali interni per migliorare la qualità dell'assistenza adottando gli strumenti del governo clinico, con le funzioni attribuite al Responsabile di branca;
4. l'ampliamento delle esperienze di coordinamento degli ambulatori specialistici, per attuare la programmazione delle attività, la semplificazione dell'accesso alla specialistica ambulatoriale e la presa in carico clinica e organizzativa del paziente.

Alla luce della L.R. 29/2004 "Norme Generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" anche la figura dello specialista ambulatoriale dovrà essere prevista all'interno del Collegio di direzione aziendale e distrettuale, ove presente, nei Comitati di Dipartimento, nelle Unità Operative - dove presenti - di Medicina Generale e Specialistica, in coerenza con quanto previsto dalla regolamentazione regionale sugli atti aziendali e dal Piano sociale e sanitario, atti in corso di predisposizione.

Gli specialisti territoriali, nei presidi poliambulatoriali distrettuali, sono perciò coinvolti nella consulenza specialistica di primo accesso e nella realizzazione di percorsi diagnostico terapeutici per le patologie prevalenti, in collegamento con i MMG e in particolare con le loro forme associative, in maniera funzionale al fabbisogno evidenziato nel distretto.

Gli specialisti territoriali confermano un ruolo importante anche nel 2° livello specialistico, partecipando alla realizzazione di servizi che gestiscono casi clinici complessi (day service ambulatoriali - DSA - territoriali), anche in stretta collaborazione con i MMG e con la componente ospedaliera, realizzando (DGR 2142/2000) una semplificazione dei percorsi e il contenimento dei ricoveri impropri.

Con queste finalità assume sempre più importanza il ruolo svolto dagli specialisti ambulatoriali in ambito distrettuale e pertanto si auspica il graduale superamento dei rapporti a tempo determinato, anche di tipo libero-professionale.

Nella Regione Emilia-Romagna gli specialisti titolari di incarico sono attualmente oltre 700, cui si aggiungono gli oltre 200 specialisti con incarico a tempo determinato, ex protocollo aggiuntivo.

Nel periodo di realizzazione del precedente accordo essi hanno collaborato alla costruzione di percorsi integrati per la gestione di

malati con patologie croniche e sono stati coinvolti nei percorsi assistenziali con i MMG su problematiche specialistiche specifiche, partecipando così alla costituzione dei Nuclei di Cure Primarie.

Con l'applicazione del nuovo accordo occorre ampliare l'esperienza estendendola a tutti gli ambiti territoriali e ad un numero maggiore di malattie croniche, in stretta collaborazione con i MMG.

L'Accordo regionale si pone infatti come strumento per sviluppare ulteriormente il sistema delle cure primarie ed il modello regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, nell'ambito di una programmazione dei servizi efficiente e sostenibile, finalizzata a garantire tempestività ed equità di accesso, appropriatezza delle cure e continuità assistenziale. Individua le aree prioritarie e i principi di intervento, con particolare attenzione alla tutela della salute dei soggetti fragili e di quelli affetti da patologie croniche degenerative, in collegamento con i MMG e con l'ospedale nell'ambito di percorsi di presa in carico, demandando agli accordi aziendali la definizione delle azioni più appropriate con riferimento alle realtà locali.

Riferimenti normativi

Il D.Lgs. 229/99 e l'Accordo collettivo nazionale costituiscono i presupposti normativi contrattuali che definiscono il ruolo che i medici specialisti ambulatoriali sono chiamati a svolgere per realizzare i modelli organizzativi previsti dalla L.R. 29/2004 e dal Piano Sociale e Sanitario Regionale, in via di perfezionamento.

La normativa regionale, fin dalla D.G.R. n° 1296/1998 e da ultimo nel testo preliminare del Piano Sociale e Sanitario Regionale, indica per la specialistica ambulatoriale la realizzazione di un modello che permetta la presa in carico del paziente sia in termini organizzativi (semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni come da D.G.R. 2142/2000) sia in termini clinico assistenziali per i casi più complessi (Day Service Ambulatoriale, come da circolare regionale n. 8/2004). La Regione nel medesimo contesto ha inoltre fornito indicazioni precise per la corretta gestione delle liste di attesa ed il contenimento dei tempi di attesa, anche in attuazione del D.P.C.M. 16 aprile 2002 che, sulla base dell'accordo Stato-Regioni del febbraio 2002, inserisce l'erogazione tempestiva delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, ed in particolare di quelle ritenute urgenti, nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Gli accordi con i medici specialisti ambulatoriali si inseriscono necessariamente nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, definita dall'atto aziendale adottato da ciascuna Azienda, in collegamento anche con le attività ospedaliere e secondo le indicazioni della D.G.R. n. 309/2000, relativa alle linee guida sull'assistenza distrettuale, e della sopra citata L.R. 29/2004.

Devono essere pertanto complementari ed integrati con gli accordi di produzione pattuiti dalle Aziende USL con i presidi ospedalieri e ambulatoriali, con le Aziende Ospedaliere e con il privato accreditato. Dovranno inoltre essere inseriti come parte integrante del piano delle attività del Dipartimento di Cure Primarie ed essere coerenti con i piani di attività dei dipartimenti ospedalieri e territoriali, secondo gli obiettivi prioritari assegnati.

Quanto sopra indicato dovrà essere parte della programmazione del livello di assistenza relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale, che le Aziende USL sono chiamate ad elaborare entro agosto 2005 secondo le indicazioni della D.G.R. 293/2005. Il programma aziendale, come stabilito dalla stessa deliberazione regionale, dovrà specificare il fabbisogno di prestazioni specialistiche, per ciascun distretto, il livello territoriale di erogazione delle prestazioni e le azioni necessarie per soddisfare il fabbisogno.

Un ambito speciale della programmazione è quello dell'assistenza odontoiatrica, interessata da un processo di riorganizzazione finalizzato ad aumentare il volume e la complessità delle prestazioni erogate, per la realizzazione del programma regionale stabilito dalla D.G.R. n. 2678/2004. Questa riorganizzazione, supportata da investimenti per il potenziamento del servizio, richiede anche agli specialisti odontoiatri un investimento in termini di professionalità e di partecipazione attiva alla progettualità.

Va sottolineato che l'Accordo collettivo nazionale individua tra gli strumenti per la realizzazione degli obiettivi di salute la realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità dell'assistenza e individua le équipes territoriali come strumenti attuativi della programmazione sanitaria per la realizzazione di progetti e programmi finalizzati.

In questo ambito lo specialista ambulatoriale collabora al contenimento della spesa sanitaria secondo i principi dell'appropriatezza

prescrittiva, partecipa ai programmi di deospedalizzazione e dimissione protetta e alla realizzazione di percorsi integrati sia con l'attività di assistenza primaria sia con quella ambulatoriale ospedaliera.

Come per il precedente accordo, al fine di valutare i diversi singoli aspetti funzionali allo scenario sopra delineato, si assume l'orientamento di privilegiare l'analisi degli istituti contrattuali e normativi comportanti la necessità di approfondimento e di interpretazione correlata agli obiettivi e alle finalità che si intendono perseguire, rispetto agli istituti riferiti invece a norme di per sé esaustive.

Tutto ciò premesso si concorda sugli aspetti di seguito specificati.

Programma delle attività territoriali distrettuali e partecipazione degli specialisti ambulatoriali

Il programma delle attività territoriali, quale strumento di pianificazione del distretto, rappresenta l'atto esplicito della programmazione negoziata attuata con le altre macrostrutture dell'azienda, sulla base delle risorse assegnate e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale e aziendale.

Il programma delle attività territoriali distrettuali definisce i servizi e le prestazioni di assistenza primaria assicurati, i risultati di salute attesi, le attività previste, le risorse assegnate, la localizzazione dei servizi e i volumi quali-quantitativi delle cure primarie, dell'assistenza specialistica e delle prestazioni sociosanitarie.

Tale programma, elaborato dall'Ufficio di coordinamento distrettuale ed approvato dalla Direzione generale, è sottoposto al parere obbligatorio del Comitato di Distretto, che verifica anche il raggiungimento dei risultati di salute.

I medici specialisti ambulatoriali, come concordato nel precedente accordo e come previsto dal D.Lgs. 229/99, sono parte attiva all'interno dell'Ufficio di coordinamento del distretto, per la definizione degli obiettivi e dei programmi di attività e la per verifica del loro raggiungimento, secondo le modalità di partecipazione disciplinate dagli accordi aziendali.

Art. 17 - Flessibilità operativa

L'Accordo prevede che le aziende possano adottare provvedimenti per realizzare flessibilità operativa, anche temporanea, dell'orario di

servizio in sede aziendale e mobilità in sede interaziendale, finalizzati ad adeguare l'offerta al fabbisogno, sulla base dei criteri generali concordati nell'ambito dell'accordo regionale.

Qualora si rendano necessari interventi di riorganizzazione delle attività, per integrazione dei percorsi o per accorpamento o decentramento di funzioni o potenziamento anche temporaneo di servizi, le Aziende adottano provvedimenti di flessibilità operativa dell'orario di servizio.

Nel caso in cui lo specialista richieda la mobilità tra aziende, in presenza di consenso delle aziende interessate, i requisiti per l'individuazione tra più richiedenti sono:

- 1 - anzianità di servizio
- 2 - residenza
- 3 - particolari situazioni familiari (vedi anche legge 104).

Artt. 22 e 23

Si conviene che, secondo le norme dettate dall' ACN, la pubblicazione delle ore e la conseguente assegnazione dei turni debba avvenire di norma a tempo indeterminato. Qualora sussistessero ancora turni vacanti, si farà riferimento ai commi 10 e 11 dell' art. 23 dell' ACN.

Gli incarichi a tempo determinato, non rinnovabili, potranno essere pubblicati esclusivamente per progetti finalizzati, con durata limitata nel tempo e comunque non superiore a 15 mesi. Le motivazioni che determinano la pubblicazione di suddetti incarichi saranno presentate in sede di Comitato Consultivo Zonale ex art. 24.

Art. 23 comma 13 - Trasformazione di incarichi da tempo determinato a tempo indeterminato

L'Accordo collettivo nazionale prevede che le aziende, valutate la programmazione regionale dell'attività specialistica e il permanere delle esigenze organizzative e di servizio, possono trasformare gli incarichi già assegnati a tempo determinato in incarichi a tempo indeterminato. La trasformazione avviene sulla base delle intese definite con accordo regionale.

La legge finanziaria 2005, all'art. 1 comma 177, affida alle Regioni la definizione delle fattispecie per l'eventuale trasformazione da tempo determinato a tempo indeterminato, con i vincoli della riduzione della spesa pari ad almeno il 20% ed il limite del numero di ore di incarico attivate presso ciascuna azienda al 31.10.2004.

Si concordano, sulla base dei limiti indicati dalla normativa, i seguenti criteri:

- condizione preliminare ed indispensabile è il permanere delle esigenze assistenziali;
- altro elemento di valutazione necessario è il fabbisogno individuato con la programmazione regionale. Nell'ambito perciò della definizione dei programmi aziendali della specialistica ambulatoriale, di cui alla delibera di Giunta regionale n. 293/2005, l'Azienda USL individua il fabbisogno di attività specialistica per lo sviluppo dei percorsi di presa in carico presso gli ambulatori distrettuali e per l'integrazione con le forme associative dei medici di medicina generale;
- sulla base del fabbisogno così individuato vengono trasformati a tempo indeterminato gli incarichi che al 31/10/04 risulteranno formalmente assegnati ai sensi dell'Allegato 1 del DPR 271/2000 e con una anzianità di almeno 18 mesi continuativi.

Si conviene che il passaggio a tempo indeterminato va visto come momento di crescita professionale in quanto lo specialista si inserisce a pieno titolo nell'organizzazione aziendale, partecipando agli obiettivi aziendali. Lo specialista, pertanto, è tenuto tra l'altro ad aderire a quanto previsto dall'art. 33, comma 1, circa la formazione professionale e l'acquisizione di competenze ulteriori o integrative, strettamente correlate alle priorità individuate dalla programmazione aziendale.

Nella definizione dei Programmi della specialistica ambulatoriale, le Aziende hanno provveduto a definire il fabbisogno e le priorità sulla base delle quali trasformare gli incarichi da tempo determinato a tempo indeterminato.

Entro il 30 novembre le aziende USL individueranno gli aventi diritto in possesso dei requisiti sopra enunciati e con incarico ancora in corso, e predisporranno gli atti per il passaggio a tempo indeterminato, che avverrà a far data dal 1 gennaio 2006.

Il requisito dei 18 mesi dovrà essere posseduto alla data di adozione dell'atto di trasformazione dell'incarico da parte delle aziende.

Le trasformazioni successive, subordinate sempre al permanere delle esigenze assistenziali e all'individuazione del fabbisogno nell'ambito della programmazione aziendale ex D.G.R. n. 293/2005, riguarderanno gli specialisti titolari di incarico a tempo determinato, formalmente attribuito, anche successivamente al 31/10/04, che avranno maturato 18 mesi continuativi di anzianità di incarico.

Nel caso di più incarichi a tempo determinato conferiti allo stesso specialista nella medesima azienda sanitaria, allo stesso viene confermato l'incarico a tempo indeterminato per un numero di ore pari alla somma degli incarichi a tempo determinato , salvo ridefinire eventualmente, sulla base della programmazione aziendale, la sede di incarico per le ore per le quali non è stata maturata l'anzianità di 18 mesi.

Per il calcolo dell'anzianità di incarico non si sommano le eventuali ore di incarico conferite per progetti a termine o per il mancato permanere di esigenze assistenziali.

Si conviene che qualora lo specialista ricopra incarichi presso più aziende, la trasformazione di un incarico in un'azienda deve, poiché il rapporto di lavoro con il SSN è unico, comportare la trasformazione contestuale degli incarichi, previo accordo tra le aziende interessate e verifica del permanere dei bisogni assistenziali.

Art. 30 - Organizzazione del lavoro

La funzione di governo clinico è affidata come responsabilità complessiva al Direttore Sanitario ed è funzione principale dell'azienda sanitaria per assicurare la qualità assistenziale, l'efficienza tecnico-operativa e la distribuzione appropriata dei servizi.

Le Aziende, a seguito del precedente accordo e degli accordi aziendali, hanno individuato i Responsabili di branca, nella massima parte aziendali. Questi hanno operato quali referenti per la realizzazione del governo clinico sulla base degli obiettivi assegnati annualmente dalle aziende, partecipando a gruppi di lavoro su linee guida per specifiche patologie (glaucoma, cataratta, scompenso cardiaco cronico, diabete, asma bronchiale, ed altri programmi a sviluppo locale quali le urgenze in endoscopia digestiva, su percorsi organizzativi di accesso alla specialistica di 2° livello o al day hospital e comunque utilizzando gli strumenti del governo clinico:

- linee guida condivise basate sulla medicina della evidenza;
- procedure definite;
- programma di miglioramento continuo della qualità;
- piani per la formazione professionale permanente;
- politiche per affrontare adeguatamente la scarsa performance;
- audit clinico;

- idonea documentazione sanitaria.

Anche per il presente accordo i Responsabili vengono individuati per le branche specialistiche caratterizzate da complessità tecnico-gestionale, cui è addetta una pluralità di specialisti, individuate in base ad accordi intercorsi tra la Direzione sanitaria Aziendale e le OOSS maggiormente rappresentative. Nel caso di branche di particolare complessità operativa e con un consistente numero di specialisti, nell'ambito degli accordi aziendali potranno essere individuati anche Referenti distrettuali per il governo clinico, che parteciperanno alla realizzazione degli obiettivi assegnati in stretto collegamento con il rispettivo Responsabile di branca.

Le Aziende, sulla base dell'organizzazione del sistema di produzione, in presenza di programmi assistenziali che prevedono una multidisciplinarietà di intervento, potranno individuare d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentative un Responsabile di branca unico per le branche specialistiche interessate.

Il Responsabile di branca verrà individuato dagli specialisti all'interno della branca, preferibilmente tra i colleghi titolari di un congruo numero di ore. Saranno i professionisti a definire le modalità per l'individuazione del Responsabile di branca.

Il Responsabile di branca assume funzioni di proposta e di coordinamento tecnico-professionale, nell'ambito dei programmi di assistenza aziendali, partecipando alla elaborazione, implementazione, diffusione e applicazione delle linee guida. Partecipa quindi ai lavori finalizzati alla condivisione e alla redazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, al monitoraggio e alla verifica dell'attività, nell'ambito dei gruppi di lavoro aziendali, anche multidisciplinari, che prevedono i necessari confronti con gli altri servizi e/o dipartimenti e con i medici di medicina generale.

L'attuazione della funzione di Responsabile di branca non dovrà in ogni caso pregiudicare l'attività ambulatoriale ordinaria.

Al Responsabile di branca verrà riconosciuto un compenso omnicomprensivo che sarà proporzionalmente determinato sulla base dell'entità degli impegni assegnati ed in relazione agli obiettivi concordati.

Tale compenso è graduato tra il 4 e il 12 % della quota oraria (art. 42 punto A) ed è proporzionale al grado di realizzazione degli obiettivi che debbono essere raggiunti in funzione di:

- complessità dell'area specialistica presso cui viene svolta la funzione;
- numero di specialisti di branca coinvolti nei gruppi di lavoro, integrazione con altre funzioni o ambiti di attività (altre branche specialistiche, altri servizi specialistici);
- strumenti di governo clinico attivati e portati a termine secondo gli obiettivi concordati con la Direzione sanitaria aziendale.

La fascia minima del 4% è in relazione agli obiettivi concordati e riguarda di norma alcuni strumenti di governo clinico, mentre la graduazione massima del 12% è in relazione agli obiettivi concordati per tutti gli strumenti di governo clinico sopra elencati.

La verifica sull'attività svolta sarà effettuata dal Direttore Sanitario sulla base di criteri oggettivi, preventivamente individuati sentite le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative, e comporterà la decadenza dalla funzione qualora, nell'arco di un biennio, sia stato evidenziato il mancato raggiungimento degli obiettivi concordati.

A) L'assistenza specialistica ambulatoriale distrettuale e i nuclei di cure primarie

Specialisti e Nuclei di cure primarie

La partecipazione degli specialisti alla riorganizzazione delle Cure Primarie è stata affrontata da tutte le Aziende riguardo all'assistenza domiciliare integrata e all'assistenza nelle strutture residenziali per anziani, suddividendo i tempi di risposta delle consulenze per il MMG sulla base della priorità clinica. Presso alcune Aziende, nell'ambito dei NCP, sono stati realizzati percorsi di gestione integrata del diabete con consulenze oculistica e cardiologica dedicate, percorsi per lo scompenso cardiaco cronico, consulenza degli specialisti presso ambulatori per patologia, lettura ECG con refertazione, presenza all'interno dei NCP dello specialista cardiologo, percorsi di riabilitazione domiciliare e in strutture residenziali per anziani e disabili.

Si concorda sulla valutazione positiva delle collaborazioni instaurate e sulla opportunità di ampliare l'esperienza estendendola a tutti gli ambiti territoriali, in stretta collaborazione con i MMG.

La collaborazione degli specialisti è inserita nella programmazione delle attività finalizzate alla continuità assistenziale e viene realizzata:

- nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata, nelle strutture residenziali, negli hospice territoriali,
- attraverso percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, in particolare relativi alla patologia diabetica (in applicazione della circolare regionale n. 14/2003), all'ipertensione, allo scompenso cardiaco cronico, all'ictus,
- attraverso sperimentazioni di accesso diretto dello specialista nella sede delle forme associative dei MMG, per l'erogazione di prestazioni e consulenze, nell'ambito di programmi di monitoraggio clinico.

Quanto indicato può facilitare un accesso più appropriato agli ambulatori specialistici territoriali ed ospedalieri e alle tecnologie complesse, contribuendo a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, con un impatto positivo anche sulle liste di attesa.

B) La semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali -

Sulla base del precedente accordo in molte aziende sono state sviluppate esperienze di coordinamento degli ambulatori specialistici, per attuare la programmazione almeno trimestrale delle attività, la semplificazione dell'accesso alla specialistica ambulatoriale (come da deliberazione regionale 2142/2000, che ha recepito l'accordo stipulato con le Organizzazioni sindacali mediche, compresi i medici specialisti ambulatoriali) e la presa in carico clinica ed organizzativa del paziente, attuata utilizzando anche una quota oraria predefinita autogestita.

Gli specialisti ambulatoriali, in alcune realtà, hanno inoltre collaborato ai percorsi di semplificazione dell'accesso e alla costruzione di percorsi ambulatoriali complessi (day service ambulatoriale, secondo le indicazioni regionali in via di predisposizione).

I principi che ispirano la riorganizzazione sono la trasparenza dei criteri e delle modalità di accesso ai servizi, l'appropriatezza della risposta in relazione al bisogno assistenziale, l'equità di accesso alle prestazioni. In particolare la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale, con i percorsi di semplificazione e di day service, ha la finalità di ricondurre l'intero percorso diagnostico agli accessi necessari, secondo modalità programmate, riducendo l'onere per il cittadino dei finora troppo numerosi e frammentati passaggi per la prescrizione e la prenotazione delle prestazioni, che possono pregiudicare la stessa continuità dell'assistenza.

L'attuazione di questi principi comporta interventi sugli assetti organizzativo-gestionali e sulle responsabilità clinico-assistenziali, rispetto ai quali gli specialisti garantiscono la collaborazione per concretizzare:

- la concentrazione delle prestazioni relative allo stesso problema clinico in un solo giorno, o comunque in un numero limitato di accessi programmati;
- l'individuazione della responsabilità di uno specialista per l'intero iter clinico assistenziale previsto nella struttura ambulatoriale;
- l'integrazione funzionale e, ove possibile, la concentrazione di attività in strutture ambulatoriali ospedaliere e distrettuali adeguate per attrezzature e personale, con presenza contestuale di più specialisti che offrano prestazioni diverse in tempi adeguati e siano in grado di organizzare, se necessario, successivi accessi alla stessa o ad altre strutture sanitarie.

In particolare, in attuazione anche dell'art. 29 dell'Accordo collettivo nazionale, gli specialisti concordano sulla necessità di adottare la modulistica aziendale, finalizzata a ridurre il carico per il cittadino di accessi ripetuti per prescrizioni e prenotazioni.

C) Liste di attesa

Le liste di attesa costituiscono un elemento strutturale delle prestazioni dei Livelli Essenziali di Assistenza (come da DPCM 16 aprile 2002 allegato al DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza), che richiede azioni complesse ed articolate per conseguire gli obiettivi di trasparenza, facilitazione dell'accesso, risposta all'urgenza, rispetto dei tempi massimi stabiliti, secondo adeguate

strategie di governo della domanda e di governo clinico, per applicare criteri di appropriatezza.

Per realizzare l'equità di accesso e l'attuazione dei LEA per i tempi di attesa si concorda sulla necessità di interventi per la gestione efficiente delle liste di attesa, con attenzione soprattutto alle prestazioni critiche, in particolare quelle con tempi di attesa superiori agli standard di 30 o 60 giorni, e agli interventi per garantire l'accesso alle prestazioni urgenti differibili.

Per queste ultime devono essere garantiti, fermo restando l'offerta programmata, **accessi aggiuntivi per visite e prestazioni urgenti finalizzati a raggiungere e mantenere lo standard dei 7 giorni di attesa stabiliti.**

Per il perseguimento di questo obiettivo, ai professionisti delle branche specialistiche interessate sarà riconosciuto l'orario aggiuntivo svolto e verrà inoltre corrisposto un compenso di 18 € a prestazione aggiuntiva effettuata. Tale compenso sarà erogato mensilmente sulla base della rendicontazione dello specialista.

Tutti gli specialisti sono tenuti a perseguire tale obiettivo in base alle esigenze dell'Azienda. I volumi di attività necessari, le modalità per l'accesso alle visite/prestazioni urgenti differibili aggiuntive e il relativo monitoraggio, saranno definiti dall'azienda unitamente ai Sindacati maggiormente rappresentativi, coinvolgendo gli specialisti interessati.

Progetto abbattimento liste di attesa in branche critiche per periodi limitati (art. 31 comma 4).

Si conviene che le Aziende possono adottare, in accordo con i sindacati maggiormente rappresentativi e con il coinvolgimento del Responsabile di branca, provvedimenti di contenimento delle liste di attesa, secondo modalità e con compensi concordati in sede aziendale, anche attraverso il ricorso all'overbooking o alla libera professione d'azienda.

Urgenze non differibili (24 h)

Le aziende, d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentative, possono prevedere accordi a livello aziendale tesi a dare risposta alle urgenze 24h, prevedendo modalità di erogazione e relativi compensi.

Anche per gli accordi locali tutti gli specialisti sono tenuti a partecipare al raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Art. 31 - Programmi e progetti finalizzati

In applicazione del precedente accordo, che prevedeva una prima fase sperimentale presso le aziende per la valenza innovativa di questa modalità di co-responsabilizzazione dello specialista rispetto ad obiettivi aziendali, presso alcune Aziende sono stati individuati Responsabili di programma o di progetto ai quali è stata affidata la responsabilità di gruppi di lavoro interdisciplinari per il raggiungimento degli obiettivi individuati. Le esperienze hanno riguardato Responsabili di progetti locali (percorso nascita, tutela salute riproduttiva, oncologia ginecologica) e, in casi più limitati, anche responsabilità di strutture.

Si concorda sulla positività delle esperienze realizzate, e si individuano le aree di intervento prioritario rispetto alle quali strutturare i programmi o progetti aziendali:

- integrazione con le forme associative dei MMG per la consulenza presso gli ambulatori per patologia o la sede dei NCP (es. diabete mellito, scompenso cardiaco cronico) nell'ambito di percorsi condivisi;
- garantire, sulla base della programmazione definita nell'ambito del dipartimento di cure primarie, la consulenza specialistica extra moenia al paziente in assistenza domiciliare, ovvero presso le strutture residenziali o gli hospice territoriali, anche ai fini della deospedalizzazione e della dimissione protetta. Obiettivo è garantire la consulenza entro un arco di tempo definito dalla richiesta (3 giorni per ADI 2° e 3° livello e 7 giorni negli altri casi);
- sviluppo dell'attività ambulatoriale, cioè percorsi di semplificazione e day service ambulatoriale, tramite partecipazione degli specialisti al miglioramento dell'accesso alla prenotazione e all'organizzazione delle attività ambulatoriali tramite:
 - prenotazione degli accessi successivi,
 - programmazione almeno trimestrale delle agende,
 - condivisione di dati della scheda ambulatoriale con altri specialisti e/o con i MMG nell'ambito anche di progetti di informatizzazione (es. progetto SOLE),

- gestione informatizzata di dati relativi ai piani terapeutici odontoiatrici, anche al fine di rilevare i tempi di attesa previsti dal programma regionale per l'assistenza odontoiatrica,
- organizzazione delle attività (es. DSA) per interventi di chirurgia ambulatoriale quali cataratta e tunnel carpale, in collegamento con i relativi dipartimenti ospedalieri.

Le parti concordano che ai partecipanti alle attività di cui sopra, al raggiungimento degli obiettivi concordati, sia riconosciuto un compenso corrispondente all'acconto della quota oraria di ponderazione di cui all'art. 42 lettera B, comma 5, di cui il 60% fisso e il restante 40% al raggiungimento degli obiettivi, previa verifica dei risultati, concordati in sede aziendale.

Si conviene che, per i progetti ADI, tale compenso sia aggiuntivo al normale compenso previsto dall' art. 32 dell' ACN.

Si conviene che talune forme di responsabilità (per programma-progetto o per direzione di unità operativa o di modulo organizzativo), già sperimentate con risultati positivi, vadano confermate ed eventualmente ulteriormente ampliate.

Il compenso per il Responsabile di programma/progetto, cui fanno riferimento gruppi pluridisciplinari, sarà determinato dalla Direzione aziendale sulla base degli obiettivi affidati e delle modalità di lavoro e di verifica concordate sulla base dell'accordo aziendale.

Le Aziende, in analogia al precedente Accordo regionale, possono prevedere l'affidamento di una Responsabilità di struttura organizzativa (unità operative o moduli organizzativi). Per tale incarico sarà previsto un compenso determinato con gli stessi criteri e modalità adottati per le responsabilità di programma/progetto e comunque analogo a quello previsto per il personale dipendente.

Le parti concordano che gli eventuali progetti/programmi già avviati alla data della presente intesa saranno compensati secondo quanto previsto da appositi accordi stipulati a livello aziendale.

Ruolo professionale dello specialista ambulatoriale:

Rispetto dei livelli di attività programmata (art. 28 comma 5)

Lo specialista ambulatoriale assieme al Medico di medicina generale, al pediatra di libera scelta e allo specialista ospedaliero concorre in modo determinante al corretto utilizzo delle risorse sanitarie disponibili.

L'adeguata dotazione strumentale degli ambulatori, l'aggiornamento professionale, l'implementazione delle linee guida e degli altri strumenti del governo clinico assicurano il miglioramento continuo dell'attività permettendo una maggiore capacità risolutiva dei problemi diagnostici e terapeutici da parte di tutti i medici coinvolti, limitando pertanto il ricorso al ricovero ospedaliero, agli ulteriori approfondimenti specialistici, alle visite di controllo ripetute.

Allo stesso modo è determinante l'apporto del medico specialista ambulatoriale per il miglioramento dell'appropriatezza delle indicazioni terapeutiche e farmacologiche in coerenza con le note AIFA e con la legge finanziaria n° 388/2000, che all'art. 85, comma 26, raccomanda le prescrizioni dei farmaci generici o comunque di quelli che, a parità di efficacia terapeutica, presentino un miglior rapporto costo beneficio.

In particolare, lo specialista ambulatoriale concorre in modo significativo all'obiettivo dell'appropriatezza clinica e prescrittiva attraverso l'applicazione di linee guida, specie di quelle indicate a livello regionale (es. ecocolordoppler, MOC, diabete mellito, asma, antibioticoresistenza, prestazioni di diagnostica per immagini e di laboratorio, o altri programmi a livello locale quali le epatiti croniche) e la partecipazione a programmi aziendali di governo clinico (audit clinici, momenti di confronto strutturati con altri professionisti quali il farmacista facilitatore).

Lo specialista ambulatoriale collabora, insieme con gli altri professionisti sopra citati, al contenimento della spesa sanitaria e per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, in coerenza con le note AIFA e con la prescrizione di farmaci generici o comunque di farmaci che, a fronte di equivalenza terapeutica, presentano un miglior rapporto costo/ beneficio (come stabilito dalla sopra citata legge finanziaria n° 388/2000). Collabora inoltre aderendo a specifiche altre misure individuate a livello aziendale (es. invio dei pazienti ai punti di distribuzione diretta per i farmaci suggeriti in seguito a visita specialistica ambulatoriale).

Lo specialista ambulatoriale concorre inoltre all'obiettivo dell'appropriatezza clinica e prescrittiva attraverso la condivisione e l'applicazione di linee guida aziendali e regionali basate sulla medicina dell'evidenza (vedi quelle sopra richiamate) e attraverso la

partecipazione a programmi aziendali di informazione indipendente e di governo clinico, anche al fine di favorire momenti di confronto strutturati con altri professionisti.

Visto il ruolo fondamentale della farmacovigilanza in un percorso di appropriatezza clinica e prescrittiva, anche lo specialista ambulatoriale, alla pari degli altri professionisti coinvolti, collabora a segnalare le reazioni avverse da farmaci in un'ottica di sempre maggiore attenzione ai rischi connessi con il loro uso.

Dalla rilevazione dei dati dell'assistenza specialistica ambulatoriale (flusso ASA) risulta elevato il numero di prestazioni di diagnostica strumentale complessa e delle visite di controllo: la percentuale delle visite di controllo presentano una variabilità dal 20% al 50% sul totale delle visite con una diversa variabilità nelle singole discipline.

Migliorare l'appropriatezza in questo ambito vuol dire ridurre il numero di prestazioni improprie, attraverso la definizione di protocolli di follow up concordati nell'ambito della branca e con i MMG, anche ai fini di un recupero di gestione efficiente delle agende ambulatoriali.

Si concorda che gli ambiti prioritari per la definizione dei livelli programmati di attività per l'assistenza specialistica sono: le visite oculistiche, diabetologiche, cardiologiche, la diagnostica radiologica e per immagini, o altri programmi a livello locale quali la diagnostica endoscopica, la diagnostica di laboratorio.

Le parti concordano che il compenso variabile correlato al raggiungimento degli obiettivi riferiti ai livelli di attività programmata sia determinato a livello aziendale, secondo gli indirizzi regionali e le priorità aziendali.

Art. 33 - Formazione continua

La formazione deve rappresentare uno strumento di dialogo e promozione dell'integrazione dello specialista ambulatoriale con le altre figure coinvolte nell'assistenza. Lo specialista ambulatoriale concorre con gli altri professionisti (aziendali) al raggiungimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, mettendo al centro la persona ed i suoi bisogni, al fine di realizzare percorsi formativi interdisciplinari per la costruzione di percorsi assistenziali condivisi. Il piano annuale di formazione per gli specialisti ambulatoriali viene concordato perseguendo l'obiettivo della unicità della formazione rispetto anche al corrispettivo personale dipendente, prevedendo una

quota di ore di formazione, di cui si faranno carico le Aziende, su tematiche di interesse aziendale e su obiettivi prioritari.

Con il precedente accordo regionale si è concordato sull'opportunità di aumentare a 50 ore, rispetto alle 32 previste dall'accordo nazionale, il limite massimo di ore annue di formazione: si conferma tale decisione anche per il presente accordo. Si prevede peraltro la possibilità di deroga al limite di 50 ore, sulla base di una specifica progettualità aziendale, per:

- iniziative di formazione di interesse aziendale/regionale
- lo sviluppo di percorsi formativi finalizzati ad acquisire competenze specifiche, (come successivamente specificato)
- conseguire un numero sufficiente di crediti formativi come previsto dalle normative nazionali.

La formazione di interesse aziendale, cui lo specialista è tenuto a partecipare (art. 33, comma 1), sarà in particolare programmata e finalizzata a sviluppare competenze professionali integrative per rispondere ai fabbisogni assistenziali individuati dai Programmi aziendali per la specialistica. Si conviene sull'opportunità della partecipazione di referenti per la formazione degli specialisti ambulatoriali, che partecipano, insieme agli altri referenti delle U.O. e dei dipartimenti dell'Azienda sanitaria, all'analisi dei bisogni formativi e alla costruzione del piano strategico di formazione, nell'ambito dei lavori e delle competenze del Servizio Formazione aziendale. Le proposte formative saranno formulate con riferimento alle priorità aziendali e regionali e perseguendo l'obiettivo dell'unicità della formazione rispetto anche al corrispettivo personale dipendente.

Le aziende mettono a disposizione degli specialisti ambulatoriali, così come avviene per il restante personale, le informazioni relative alle iniziative formative in un calendario, periodicamente aggiornato per consentire allo specialista di programmare la propria partecipazione. L'offerta complessiva dovrà attestarsi sul 70% del debito formativo annuale.

Lo specialista ambulatoriale ha facoltà di partecipare a corsi non compresi nella programmazione regionale ed aziendale, purché accreditati ed inerenti, fino ad un massimo del 30% del credito obbligatorio e un massimo di 25 ore.

Nel caso in cui la formazione aziendale non venga programmata nei modi e nei tempi sopra specificati, oppure venga comunicata ma non effettuata o

sia in ogni caso insufficiente a coprire il 70% del debito formativo, lo specialista avrà la facoltà di acquisire ulteriori crediti formativi in modo autonomo, allo scopo di ottenere l'intero monte-crediti previsto, godendo del relativo permesso retribuito, anche superando il limite delle 25 ore sopra indicate.

Circa le iniziative di formazione a distanza (FAD) lo specialista ambulatoriale ha facoltà di partecipare a corsi di formazione a distanza organizzati dall'Ausl o da provider esterni accreditati attinenti, ed in questo ultimo caso a proprie spese.

Al medico specialista ambulatoriale sono riconosciuti crediti didattici, equiparati ai crediti formativi, o eventuali esoneri, come previsto dalla DGR 1217/2004, allegato n. 1, nei seguenti casi:

- a) attività di docenza/tutoraggio nell'ambito della formazione aziendale e formazione sul campo;
- b) attività di tutoraggio in sede di attività professionale (ad es. tirocinanti per la Medicina di Base);
- c) attività di tutoraggio pre- e post- laurea (scuole di specializzazione), previo accordo tra Azienda ed Università per le parti di rispettiva competenza (come da all. 1 della DGR 1217/2004).

Si conviene che per le attività di docenza e tutoraggio (funzione quest'ultima strutturata per le tipologie di formazione individuate nell'AUSL) di cui al punto a) sia previsto un compenso orario o forfetario, da concordare in sede locale, equiparato a quello previsto per il personale dipendente.

Come previsto dalla DGR 1217/2004 è' riconosciuta la possibilità di ottenere crediti formativi operando nelle seguenti aree:

- audit clinico.
- Ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione, con particolare riguardo alla farmacovigilanza e al monitoraggio post-marketing dei farmaci di recente introduzione; in tali ambiti il ruolo dello specialista ambulatoriale dovrà essere valorizzato con specifici progetti-obiettivo (eventualmente in modo congiunto con i MMG o i Medici ospedalieri) e relativa eventuale pubblicazione scientifica dei risultati.

Si prevede, infine, 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 ("addestramento", come da all. 1 della DGR 1217/2004) presso ospedali, cliniche universitarie o altre idonee strutture universitarie, anche in deroga alle 50 ore, fermo restando il riconoscimento del permesso retribuito.

NORMA FINALE 1

Per tutti gli oneri derivanti dall'applicazione dell'accordo regionale e dei conseguenti accordi locali le Aziende dovranno fare riferimento al fondo di ponderazione aziendale calcolato secondo quanto indicato all'art.42 lettera B dell'ACN.

NORMA FINALE 2

Si conviene che la eventuale mancanza di copertura finanziaria sarà di pregiudizio all'applicazione dei progetti, dei quali andranno ponderate le priorità in relazione alle finanze certe e disponibili.

NORMA FINALE 3

Si conviene di comunicare annualmente alle OO.SS. maggiormente rappresentative l'entità del fondo di quota ponderata regionale e aziendale, anche ai fini della verifica dello stato di attuazione dell'accordo.

NORMA FINALE 4

Il presente accordo regionale si intende esteso anche alle categorie dei professionisti (biologi, chimici e psicologi), come previsto dall'A.C.N. 23.3.2005, salvo eventuali accordi integrativi regionali per definire le peculiarità di tali professionisti.